UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SUELI LEIKO TAKAMATSU GOYATÁ

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES ADULTOS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS E DE SEUS FAMILIARES NO PERÍODO PRÓXIMO À ALTA HOSPITALAR

Ribeirão Preto
2005

SUELI LEIKO TAKAMATSU GOYATÁ

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES ADULTOS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS E DE SEUS FAMILIARES NO PERÍODO PRÓXIMO À ALTA HOSPITALAR

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental
Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.
Orientadora: Professora Associada Lídia Aparecida Rossi

Ribeirão Preto
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da

Goyatá, Sueli Leiko Takamatsu.
Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos queimados e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar / Sueli Leiko Takamatsu Goyatá; orientadora Lídia Aparecida Rossi – Ribeirão Preto, 2005.
321 f.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Universidade de São Paulo, 2005.

1.Queimaduras. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Família. II. Título.

CDD: 610.73

Sueli Leiko Takamatsu Goyatá
Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.
Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovado em 25 de fevereiro de 2005.

Banca Examinadora

Profª Drª Lida Aparecida Rossi
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Orientadora

Profª Drª Ana Emília Pace
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Profª Drª Maria Célia Barcellos Dalri
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Profª Drª Maria Márcia Bachion
Faculdade de Enfermagem/UFG

Profª Drª Tânia Couto Machado Chianca
Escola de Enfermagem/UFMG

Ao Pacelli, meu marido, a Luiza e Mariana, minhas filhas, ao Mitsuo e Hatuko, meus pais, a Luzia e Celso, minha sogra e meu sogro (*in memorian*), aos meus tios Hakumitsu Takamatsu e Okida Massuko, aos meus amigos Sebastião e Lúcia e aos demais familiares Takamatsu e Goyatá, com amor e carinho pelo apoio e compreensão durante a fase de elaboração desta tese.

Ao Francisco, Carlos Alberto, Vera, Frederico, Felipe, Ana Carolina, João Filocre e Tieko, com respeito pela busca do aprimoramento científico e profissional.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Lídia Aparecida Rossi, pelos ensinamentos, orientações, apoio, ajuda e incentivo na elaboração desta tese.

Aos membros da banca examinadora, Profªs Drª Ana Emília Pace, Drª Maria Célia Barcellos Dalri, Drª Maria Márcia Bachion e Drª Tânia Couto Machado Chianca, pelas importantes contribuições no aprimoramento desta pesquisa.

À Profª Drª Maria Célia Barcellos Dalri, pela disponibilidade e contribuição na elaboração deste estudo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela oportunidade oferecida.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, pelos ensinamentos recebidos.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, pela colaboração durante todo o período do curso.

Aos colegas do Curso de Pós-graduação, pela troca de experiência e incentivo na realização desta tese.

À Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas-Centro Universitário Federal/Efoa-Ceufe, por possibilitar a minha liberação para a realização do doutorado.

À Chefe do Departamento de Enfermagem, Profª Maria Betânia Tinti de Andrade, às Profª Sueli de Carvalho Vilela e Clícia Valim Cortes Gradim, aos colegas desse Departamento, pelo apoio e colaboração direta ou indireta.

Ao Diretor Geral do Hospital João XXIII de Belo Horizonte (MG), Dr. Charles Simão Filho, e ao Diretor Clínico, Dr. Mário Eustáquio Neves, que permitiram a realização desta pesquisa.

À Coordenadora Geral de Enfermagem do Hospital João XXIII, Sra. Edmea Costa Silva de Mello, ao Chefe da Unidade de Tratamento de Queimados, Dr. Ilmeu Comes Dias, ao Dr. Tarcísio Lemos, à Assistente Social Sra. Maria do Espírito Santo Oliveira, às Enfermeiras Ana Paula Yole e Kátia Barros Rodrigues e à equipe de saúde da Unidade de Queimados, pelo apoio e incentivo.

À Chefe do Serviço de Prontuário de Pacientes do Hospital João XXIII, Sra. Magda Aparecida Marques, às funcionárias Maria Regina Marques da Silva e Eliene Diniz Ribeiro, pelo apoio na localização dos prontuários dos pacientes.

Às Beneditinas da Fundação Vita et Pax, pelo acolhimento físico e espiritual durante todo o período de realização deste trabalho.

Aos meus pais, minha irmã Dulce, meus sobrinhos Ranasari e Sanakan, pelo apoio, incentivo e acolhimento durante a minha permanência na cidade de Belo Horizonte.

Ao Pacelli, meu marido, pelo amor e carinho dispensados à nossa filha Luiza, na minha presença ou ausência.

À Maria Rita de Cássia de Oliveira, pelo apoio recebido nos cuidados com a Luiza durante todo o período de realização deste trabalho.

À Mariana e Fátima Goyatá, pela colaboração na realização desta tese.

Aos pacientes e seus familiares, que concordaram em participar deste estudo, pela disponibilidade e atenção oferecidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio e concessão da bolsa durante a realização do doutorado.

Resumo

GOAYATÁ, S. L. T. Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar. 2005. 321 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Este estudo teve como objetivos identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos queimados e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar e verificar as percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes no mesmo período. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório em que se utilizou como método de investigação a estratégia de estudo de casos. Para a etapa de coleta de dados foram elaborados dois instrumentos: um para a avaliação do paciente e outro do familiar. O instrumento de coleta de dados do paciente foi elaborado com base no referencial teórico de Imogene King e o do familiar foi baseado nesse referencial e no Modelo Calgary de Avaliação da Família proposto por Wright e Leahey. Para o alcance do terceiro objetivo proposto neste estudo, os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com os familiares, utilizando-se a análise temática descrita por Minayo. Foram avaliados 10 pacientes adultos queimados e 10 familiares desses pacientes, durante o período de abril a agosto de 2004, na Unidade de Queimados do Hospital João XXIII da cidade de Belo Horizonte (MG). Após o levantamento dos dados, utilizou-se um processo raciocínio para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, sendo esses nomeados de acordo com a Taxonomia II da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e a interpretação da Taxonomia I da NANDA realizada por Carpenito. Os dados coletados e os diagnósticos de enfermagem estabelecidos pela pesquisadora foram analisados por duas enfermeiras com experiência na assistência ao paciente queimado e conhecimento específico em diagnóstico de enfermagem e, posteriormente, revisados pela pesquisadora e confirmados por essas enfermeiras. Foram identificados, pela pesquisadora, nove diferentes diagnósticos de enfermagem nos pacientes adultos queimados com percentual igual ou superior a 50%: integridade tissular prejudicada, dor aguda, ansiedade, padrão de sono perturbado, conhecimento deficiente, imagem corporal perturbada, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho/higiene e risco para infecção. Nos familiares foram identificados 11 diagnósticos de enfermagem distintos: conhecimento deficiente, ansiedade, padrão de sono perturbado, tensão devida ao papel de cuidador, sentimento de pesar disfuncional, conflito no desempenho do papel de pai/mãe, comportamento para elevar o nível de saúde, disposição para enfrentamento familiar aumentado, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, manutenção do lar prejudicada e enfrentamento familiar comprometido. Em relação aos problemas apresentados pelos pacientes, percebidos pelos familiares, os que obtiveram congruência igual ou maior que 30% quando comparados com os diagnósticos identificados pela pesquisadora foram: integridade tissular prejudicada e risco para infecção, dor aguda, imagem corporal perturbada, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, higiene íntima e síndrome de déficit no autocuidado, ansiedade e medo, sentimento de pesar disfuncional e tristeza crônica.

Palavras-chave: Queimaduras. Diagnóstico de enfermagem. Família.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos pacientes queimados avaliados segundo o sexo, tipo de acidente e idade, Belo Horizonte, 2004..... 102

Tabela 2- Distribuição dos pacientes queimados avaliados segundo a natureza das lesões por queimaduras, agente causador e percentual da superfície corporal queimada (SCQ), Belo Horizonte, 2004..... 104

Tabela 3- Distribuição dos pacientes queimados avaliados segundo a ocupação/profissão e grau de instrução, Belo Horizonte, 2004.... 109

Tabela 4- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real de pacientes queimados avaliados, Belo Horizonte, 2004..... 111

Tabela 5- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real de pacientes queimados avaliados, com freqüência maior ou igual a 50%, fatores relacionados e características definidoras, Belo Horizonte, 2004..... 113

Tabela 6- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco de pacientes queimados avaliados, Belo Horizonte, 2004..... 176

Tabela 7- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco de pacientes queimados avaliados e fatores de risco, Belo Horizonte, 2004..... 176

Tabela 8- Distribuição dos familiares de pacientes queimados segundo a idade, sexo e estado civil, Belo Horizonte, 2004..... 190

Tabela 9- Distribuição dos familiares de pacientes queimados segundo o parentesco e renda familiar, Belo Horizonte, 2004..... 191

Tabela 10- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real dos familiares de pacientes queimados, Belo Horizonte, 2004..... 194

Tabela 11- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real dos familiares de pacientes queimados, fatores relacionados e características definidoras, Belo Horizonte, 2004..... 196

Tabela 12- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real de família, fatores relacionados e características definidoras, Belo Horizonte, 2004..... 214

Tabela 13- Distribuição do percentual de acordos positivos e negativos e de desacordos entre as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e os diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora, Belo Horizonte, 2004 228

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO**..... 12

2. **OBJETIVOS**..... 25

3. **MODELOS TEÓRICOS UTILIZADOS NA ABOSDAGEM AO PACIENTE QUE SOFREU QUEIMADURAS E AO SEU FAMILIAR**..... 26

3.1 **Teoria do Alcance de Metas de Imogene King**..... 26

3.2 **Modelo Calgary de Avaliação da Família**..... 34

3.3 **Processo de enfermagem como método de assistência**..... 39

3.3.1 Coleta de dados de avaliação do paciente adulto que sofreu queimaduras..... 45

3.3.2 Coleta de dados de avaliação do familiar do paciente adulto que sofreu queimaduras..... 68

3.3.3 Diagnóstico de enfermagem..... 80

3.3.4 Processo de estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem..... 86

4. **METODOLOGIA**..... 88

4. 1 **Campo de estudo**..... 91

4.2 **Sujeitos da pesquisa**..... 92

4.3 **Etapas da pesquisa**..... 93

5. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**..... 102

5.1 **Caracterização dos pacientes adultos que sofreram queimaduras**..... 102

5.2 **Diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes adultos que sofreram queimaduras**..... 111

5.3 **Caracterização dos familiares de pacientes adultos que sofreram queimaduras**..... 190

5.4 **Diagnósticos de enfermagem identificados em familiares de pacientes adultos que sofreram queimaduras**..... 193

5.5 **Comparação entre as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e os diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora**..... 225

6. **CONCLUSÕES**..... 252

7. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 254

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 260

APÊNDICE A..... 278
APÊNDICE B..... 290
APÊNCIDE C..... 295
APÊNCIDE D..... 297
APÊNCIDE E..... 299
APÊNCIDE F..... 305

ANEXO A..... 321

1 INTRODUÇÃO

O foco de interesse deste estudo são os diagnósticos de enfermagem de pacientes que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo a alta hospitalar.

Não se sabe o número exato de pacientes vítimas de acidentes por queimaduras no Brasil ao ano. No entanto, as queimaduras têm sido um grande problema de saúde em nosso contexto, tanto pela gravidade de suas lesões quanto pelas seqüelas que acompanharão para sempre o paciente queimado. Estima-se que anualmente no país ocorrem cerca de 1.000.000 acidentes. Desses acidentes, 100.000 pessoas que sofreram queimaduras serão atendidas nas unidades hospitalares e 2.500 irão a óbito. Em estudo realizado com 2.500 pacientes do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital do Andaraí-RJ em 2000, foram encontradas como principais causas de queimaduras o líquido superaquecido, o combustível, a chama, a superfície aquecida e os agentes elétricos (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no Serviço Público de Emergência no município de São Luís-MA em 1996. Em 565 pacientes queimados, os líquidos escaldantes e o contato direto com chamas foram apontados como as principais causas de queimaduras (PAIVA, 1997).

São 35 os Centros de Tratamento de Queimados no Brasil, que estão distribuídos em 11 Estados e o Distrito Federal, organizados em uma Rede Nacional

de Assistência a Queimados. Os leitos destinados aos pacientes queimados são insuficientes para suprir a demanda (LIMA JÚNIOR; ALMEIDA; MATTAR, 2004). Segundo esses autores, nos Estados Unidos da América existe em média um leito especializado para tratamento de queimados para cada 140.000 habitantes, no Brasil, se disponibiliza 1 leito especializado para cada 327.167 habitantes.

As diretrizes de agências internacionais têm contribuído para a redução significativa da sua morbi-mortalidade, permitindo, inclusive, a recuperação de pessoas que sofreram queimaduras com até 92% da superfície corporal queimada (SCQ) (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

O paciente que sofreu queimaduras, durante a sua internação, geralmente passa por três fases: a primeira do pós-trauma imediato, quando a preocupação é com a sobrevivência do paciente queimado, denominada fase aguda; a segunda em que são realizadas cirurgias e a terceira fase que se refere ao processo de recuperação e de reabilitação do paciente (GOMES; SERRA; PELLON, 1997).

A primeira fase é crucial para a sobrevida das pessoas que sofreram queimaduras, sendo prioridade absoluta a estabilização hemodinâmica nas primeiras 48-72 horas (DALRI, 1993; DOURADO, 1994; GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001; OMAN; REILLY, 1998; SOARES, 1998).

O prognóstico depende de alguns fatores como: doença de base, agente causal, traumas associados e idade, sendo que pacientes com idades inferiores a 2 anos e seis meses e superiores a 65 anos são os que apresentam pior prognóstico. O prognóstico depende também da extensão da queimadura, que quanto maior, pior o prognóstico do paciente queimado (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

Para Oman e Reilly (1998), as prioridades assistenciais na primeira fase são: minimizar o dano tecidual, prover adequado suporte respiratório e circulatório,

identificar e tratar qualquer ferimento traumático concorrente e prover aporte psicológico e social para o paciente e a família. Da mesma forma, como ocorre com os pacientes que sofreram queimaduras, que têm necessidades de intervenções físicas e psicossociais imediatas, a família também requer apoio emocional significativo durante o período de crise pós-acidente. Diante disso, é fundamental estabelecer de imediato um adequado canal de comunicação e de interação entre paciente, família e equipe de saúde.

O desfecho favorável da abordagem terapêutica dos distúrbios hidroeletrolíticos, ácido-básicos e hemodinâmicos da fase inicial pós-trauma de pacientes queimados esbarra no surgimento da infecção, responsável por 75% dos óbitos, tornando-se um grande desafio na manutenção de suas vidas (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001). As infecções em queimados podem ser desencadeadas não só pelo estado imunodepressor, como também pelas condições da ferida favorável à proliferação bacteriana (WEBER, 1998; GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001; ARAÚJO, 2004).

Silva, Ferreira e Matheus (1997) afirmam que a equipe de enfermagem deve atentar para o surgimento de indicativos de infecção, tais como: hipertermia, hipotermia, deterioração do estado mental, invasão de tecidos não queimados, distensão abdominal, sudorese, pulso acelerado, intolerância alimentar, edema e mudança das áreas queimadas como, por exemplo, coloração, presença de secreção, aprofundamento.

A segunda fase de internação é marcada pelos procedimentos cirúrgicos, os desbridamentos e as enxertias cutâneas. Atualmente, inúmeras técnicas cirúrgicas são utilizadas para diminuir o tempo de hospitalização e acelerar a reabilitação dos pacientes que sofreram queimaduras. Quanto mais precocemente são realizados os

desbridamentos cirúrgicos e as cirurgias de enxertia, melhor o prognóstico (MOZINGO, 1998; OMAN; REILLY 1998). Com isso, entre os cuidados de enfermagem ao paciente que sofreu queimaduras, durante a segunda fase de internação, encontra-se a preparação para a enxertia nos períodos pré, intra e pós-operatórios.

Para Oliveira, Aquino e Calbo (1990), o enfermeiro é o profissional mais preparado para assistir o paciente em sua integralidade, identificando as suas necessidades, realizando a avaliação, prevendo a continuidade de cuidados e planejando a assistência nos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório.

A meta prioritária durante a fase perioperatória da pessoa que sofreu queimaduras é prepará-la fisiológica e psicologicamente para a cirurgia, incluindo também a família. Desse modo, diminui-se o risco cirúrgico e promove-se uma fase pós-operatória de maior êxito (OLIVEIRA; AQUINO; CALBO, 1990).

Após a cirurgia de enxertia, inicialmente o paciente pode estar até mesmo muito insatisfeito com a aparência do enxerto da pele, apesar de a equipe pensar e, muitas vezes, afirmar que o resultado está "muito bom". Durante a fase pós-operatória imediata e enquanto as cicatrizes estão se processando, o paciente precisará de orientação e de apoio em relação à diferença entre uma ferida que parece terapeuticamente "estável" e a sua expectativa quanto à aparência (SUMMER; HANSEN; SHARAR, 1998).

A fase de reabilitação demanda cuidados com a ferida, uma vez que essa ainda não sofreu o processo de cicatrização completa. Há aspectos residuais que determinam graus variáveis de incapacidades ou seqüelas, tais como: pés com calos ósseos, artralgia, fadiga, falta de resistência, hipo ou hiperpigmentação da pele,

comprometimento sensitivo, lubrificação anormal da pele, crescimento anormal dos pêlos, sudorese anormal, intolerância ao frio e ao calor, prurido e pele frágil (SILVA; FERREIRA; MATHEUS, 1997)

O cuidado da pele é um assunto importante, que deve ser mais enfatizado em serviços de tratamento de queimadura. Pele pós-queimada, recentemente curada, é frágil, seca e suscetível à queimadura de sol. O cuidado inadequado da pele, de pacientes que sofreram queimaduras, pode resultar em distúrbios de sono e em perturbações de humor, depressão e complacência quanto ao tratamento no processo de reabilitação.

É importante ressaltar que os Centros de Tratamento de Queimados deveriam abordar todos os aspectos do cuidado, incluindo a fase reabilitadora, adotando protocolos de assistência aos pacientes queimados e programas de educação continuada para a equipe de saúde. No Hospital Príncipe de Gales em Hong Kong, por exemplo, foi implantado um serviço de cuidado da pele desde fevereiro de 1996, por uma equipe de saúde constituída por cirurgião plástico, dermatologista, terapeuta ocupacional e enfermeira especialista. Nesse serviço, são realizadas cirurgias reparadoras, tratamento estético das lesões, principalmente de regiões mais expostas como face e mãos. A equipe de saúde desse serviço organizou protocolos para terapia ocupacional e atividades educacionais sobre os cuidados com a pele dos pacientes, trazendo resultados positivos para o processo de reabilitação de pessoas que sofreram queimaduras (HO et al., 2001).

Na fase de recuperação e de reabilitação, além do processo de cicatrização das lesões e do cuidado da pele, o desfiguramento representa um dos maiores problemas do paciente que sofreu queimaduras. O desfiguramento causa um profundo efeito sobre a imagem corporal e expectativas no contato social,

especialmente naqueles que apresentam queimaduras na face e nas mãos. Os indivíduos enfrentam o desfiguramento por meio de diferentes mecanismos, sendo o seu extremo o isolamento social e o suicídio (HURREN, 1995).

Em estudo realizado por Bergamasco et al. (2002), na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo entre janeiro de 1997 e dezembro de 1999, foram entrevistados 35 pacientes com seqüelas por lesão de queimaduras. Essas autoras afirmam que o trauma por queimaduras geralmente provoca mudanças psicológicas devido ao desfiguramento facial e alterações em outras partes do corpo. Enquanto permanece internado, o paciente se sente protegido na unidade de queimados, uma vez que os outros pacientes apresentam problemas semelhantes e os profissionais de saúde aceitam as mudanças desenvolvidas em seus corpos. Próximo à alta hospitalar, eles demonstram ansiedade, medo, e sinais de distúrbio da imagem corporal. Os pacientes relataram que há dois momentos críticos associados à percepção de alterações em seus corpos: quando eles observam a imagem no espelho e/ou quando observam o olhar das outras pessoas (BERGAMASCO et al., 2002).

O distúrbio da imagem corporal é um problema para o qual a equipe da unidade de queimados precisa estar atenta. O profissional enfermeiro é um agente importante na identificação desse diagnóstico e no planejamento de intervenções para ajudar o paciente a assimilar o problema e a desenvolver mecanismo de enfrentamento positivo (BERGAMASCO et al., 2002)

Price (1990a) já enfatizava a conduta do profissional enfermeiro frente à alteração na imagem corporal do paciente hospitalizado. Segundo esse autor, um problema na imagem corporal pode afetar significativamente a reabilitação do paciente, comprometendo o seu retorno a um estado de independência. Desse

modo, o enfermeiro precisa ter uma visão adequada da situação do paciente, de sua percepção sobre a imagem corporal normal e alterada e das estratégias de enfrentamento por ele utilizadas.

Em relação aos aspectos psico-emocionais, Adcock, Boeve e Patterson (1998) e Hurren (1995) afirmam que a maneira como os indivíduos enfrentam o trauma por queimaduras depende substancialmente do padrão de personalidade antes do acidente e do contexto de vida. Esses autores afirmam, também, que a estimativa de distúrbios psiquiátricos na fase anterior ao trauma é maior nos pacientes que sofrem acidentes por queimaduras, principalmente, por tentativa de auto-extermínio. Os distúrbios mais freqüentes são: depressão, personalidade anti-social, alcoolismo e abuso de droga.

Na fase de reabilitação, uma vez mantida a condição física, o sono torna-se mais regular e o processo cognitivo do paciente queimado dá sinais de restabelecimento. Entretanto, os pacientes manifestam dor quando se vestem, quando são realizados cuidados com a pele e durante a mobilização. Outras dificuldades psicológicas surgem como, por exemplo, tristeza, depressão, ansiedade, estresse, hostilidade, raiva e dependência (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

A melancolia é diferente da depressão. A primeira ocorre, freqüentemente, em pessoas que sofreram queimaduras e tiveram como resultado da perda da função física, do desfiguramento, da mudança no potencial de trabalho e do afastamento de sua própria residência. A depressão, por outro lado, tem sido relacionada ao longo período de internação e ao estresse devido aos conflitos familiares e conjugais (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998; HURREN, 1995).

Para Silva, Ferreira e Matheus (1997), a equipe do Centro de Tratamento de Queimados precisa estar envolvida não apenas com o estado físico do paciente, mas também, com o problema social, englobando paciente, família e sociedade. Neste sentido, acredita-se ser de fundamental importância a inclusão de informações sobre as condições sócio-econômicas, na etapa de avaliação de pacientes queimados, para se prever as necessidades futuras de suportes assistenciais, psicológicos, sociais e financeiros e estabelecer com a família do paciente que sofreu queimadura uma relação de co-responsabilidade.

Turner (1998) afirma que a compreensão por parte da pessoa que sofreu queimaduras e do cuidador sobre as complicações e resultados esperados na fase de reabilitação é importante para a sua recuperação. É necessário orientar o paciente e o familiar em relação ao cuidado da pele, à medicação e à observação sobre os sinais de infecção das lesões. Segundo esse autor, o cuidador também possui um papel fundamental no estímulo ao paciente a alimentar-se utilizando uma dieta balanceada no domicílio.

Na alta definitiva da unidade hospitalar, o paciente e os membros da família devem também ser informados em relação a alguns cuidados, tais como, banho diário, no qual a limpeza das lesões é fundamental para a prevenção de infecção, uso de hidratante sobre as cicatrizes, maior ingestão de líquidos, não exposição ao sol por aproximadamente um ano, posicionamento adequado das áreas afetadas pelas queimaduras. Estes cuidados devem ser realizados, visando à prevenção de seqüelas decorrentes das queimaduras, que podem limitar o potencial para o trabalho, lazer e convívio familiar e social (SILVA; FERREIRA; MATHEUS, 1997).

Vale ressaltar que o principal objetivo da equipe de saúde no Centro de Tratamento de Queimados é promover o retorno do paciente ao seu nível de

capacidade anterior ao acidente e propiciar o restabelecimento de sua função social com retorno ao trabalho ou à escola. Entretanto, o resultado final da fase de reabilitação nem sempre é o completo retorno do paciente ao seu estado de saúde anterior ao trauma (HURREN, 1995).

Neste sentido, cabe ao profissional enfermeiro um importante papel na utilização do máximo potencial da pessoa que sofreu queimaduras na fase de reabilitação, sobretudo no cuidado domiciliar, promovendo o seu retorno ao convívio familiar, o conforto e a segurança e a elevação do nível de independência, visando à recuperação de suas capacidades físicas, psicológicas e socais.

Segundo Helm e Fisher (1992), durante a fase de reabilitação, o paciente e a família passam a se defrontar com os resultados agressivos das queimaduras, apresentando diversas alterações físicas e emocionais. Transcorrido o momento imediato do pós-trauma, é necessário apoiar os pacientes e familiares, promovendo a sua adaptação, superação e crescimento por meio das relações de auto-ajuda (LACERDA, 1996).

O profissional enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde na unidade de queimados, é responsável por estabelecer os diagnósticos de enfermagem, planejar e avaliar a assistência prestada ao paciente, que podem traduzir em uma experiência positiva para o paciente e a família (SUMMER; HANSEN; SHARAR, 1998). Isso significa que durante o período de internação do paciente queimado, deveria ser prerrogativa do profissional enfermeiro, a utilização de métodos assistenciais em enfermagem, entre eles, o processo de enfermagem, com o objetivo de prover o cuidado de pacientes que sofreram queimaduras e de sua família em bases técnico-científicas e legais. Na revisão de literatura realizada durante o desenvolvimento do presente estudo, não se encontraram pesquisas que

concomitantemente aplicaram o processo de enfermagem na assistência à pacientes queimados e em seus familiares.

No âmbito nacional, foram encontrados estudos, tais como, os realizados por Amaral (1981), Angelo (1982), Neira Huerta (1984), que desenvolveram trabalhos com mães de crianças hospitalizadas, marcando o início de um movimento no sentido de maior conhecimento ao atendimento dos familiares. Entretanto, observou-se uma ampliação significativa dessa temática a partir da década de 90, em que os estudos têm como objetos de investigação os indivíduos e a família, ora abordando os aspectos assistenciais do paciente ou de familiares, ora considerando os aspectos do cuidado na perspectiva cultural da família ou do cuidador familiar (ARAÚJO; GARCIA; COLER, 1999; BOUSSO; ANGELO, 2001; FARO, 1998, 1999a; LACERDA, 1996; MOURA, 2001; PAI; SOARES, 1999; PATRICIO,1994; PAVELQUEIRES, 2002; PERLINI, 2000; ROSSI, 2001; VIEGAS, 2001, entre outros). O tema tem merecido maior atenção por parte dos enfermeiros assistenciais, docentes e pesquisadores em enfermagem, resultando em avanços do conhecimento acerca da participação da família no cuidado ao familiar na situação de saúde ou de doença.

A esse respeito, Rossi (2001) realizou um estudo na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- FMRP (HC-RP)-USP sobre os aspectos culturais relacionados ao processo de cuidar de pacientes com queimaduras na perspectiva dos seus familiares, resultando numa proposta educativa. Essa autora ressalta a importância do envolvimento da família desses pacientes em sua recuperação e reabilitação durante a internação e no domicílio.

Estudos sobre a operacionalização do processo de enfermagem na assistência de enfermagem à pessoa que sofreu queimaduras não são muito desenvolvidos em nosso contexto. Dalri (1993) identificou em sua pesquisa a freqüência dos diagnósticos de pacientes que sofreram queimaduras nas primeiras 72 horas de internação, na fase aguda do trauma térmico. No entanto, a fase de recuperação e reabilitação pós-aguda também requer atenção, pois demanda um tratamento em longo prazo. “É geralmente durante esta época que o paciente e a família descobrem como esta agressão foi devastadora para o corpo” (HELM; FISHER, 1992, p. 961). Essas questões colocam, sobretudo para o profissional enfermeiro, a necessidade de identificar, no planejamento para a alta hospitalar, diagnósticos de enfermagem de pacientes que sofreram queimaduras e também de seus familiares.

Pelo levantamento bibliográfico realizado na literatura nacional e internacional até o momento não foi encontrado nenhum estudo de aplicação do processo de enfermagem, como um todo ou em partes, em pacientes que sofreram queimaduras e seus familiares, na fase de recuperação, ou seja, no período próximo à alta hospitalar.

Entretanto, na literatura nacional, há inúmeros estudos que tratam de investigar o diagnóstico de enfermagem no ensino, na pesquisa e na assistência, trazendo benefícios para o profissional, ao paciente e às instituições de saúde e de ensino (BRAGA et al., 2002; CARVALHO, 1995; CHOLOWSKI; CHAN, 1992; CROSBY, 1988; CRUZ, 1989, 1992, 2001; CRUZ, 1990, 1993; DALRI, 2000; FARIA, 2000; FARO, 1995; FONTES; CRUZ, 2002; FREITAS; GUEDES; SILVA, 1997; GALDEANO, 2002; JESUS, 1992; LOPES et al., 1997; MARTINS; GUTIÉRREZ,

2002; RICCIO et al., 1994; ROSSI et al., 2000a; SILVA; CRUZ, 1994; VOLPATO; CRUZ, 2002; entre outros).

Há trabalhos específicos de investigação de diagnóstico de enfermagem de pacientes que sofreram queimaduras (DALRI, 1993, 2000; DALRI et al., 1995; MENEGUELLO et al., 1996; ROSSI et al., 1998c; BERGAMASCO et al., 2002) e de familiares de pacientes queimados na fase aguda do pós-trauma (ROSSI et al., 2004). Esses estudos são, ainda, em número reduzido e estão, geralmente, voltados para o período de internação hospitalar em sua fase aguda.

Tão importante quanto identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes que sofreram queimaduras é identificar os diagnósticos de familiares que acompanham e/ou prestam cuidados aos pacientes queimados internados. Sabe-se da importância do papel desempenhado pelo familiar no cuidado as pessoas vítimas de acidentes por queimaduras nas diferentes fases do trauma. Os familiares podem atuar como cuidadores durante a internação do paciente queimado, no domicílio e no processo de reabilitação (ROSSI, 2001). Entretanto, essa tarefa não é fácil, principalmente no período próximo à alta hospitalar, quando o risco de morte já foi superado, mas o paciente pode apresentar alguma seqüela, incapacidade ou limitação física, emocional, psicológica e social e encontra, muitas vezes, uma família despreparada emocionalmente para dar continuidade ao seu processo de recuperação e de reabilitação. Assim, a identificação de diagnósticos de enfermagem em familiares nessa fase do pós-trauma do paciente queimado internado, passa a ser fundamental para a redução do impacto da queimadura sobre o familiar no cuidado à pessoa queimada e no retorno do paciente e familiar ao ambiente social.

Outro aspecto importante é em relação às percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes que sofreram queimaduras durante o período próximo à alta hospitalar. Os problemas percebidos pelos familiares de pacientes que sofreram queimaduras internados podem ser comparados aos diagnósticos de enfermagem identificados pelo profissional enfermeiro e revelar níveis de congruência satisfatórios ou insatisfatórios, que podem subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente queimado na fase anterior a alta hospitalar.

É possível que a família perceba problemas ou antecipe problemas potenciais que não foram detectados pelos profissionais. Por outro lado, os diagnósticos identificados pelo enfermeiro podem não ser percebidos pelos familiares como um problema. A percepção de um problema depende do contexto e é aprendida no processo de socialização. Assim, é importante que o profissional de saúde leve em consideração a perspectiva da família.

Conhecendo os benefícios da utilização do processo de enfermagem na prática clínica é que se buscou, neste estudo, identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes que sofreram queimaduras e de seus familiares e verificar as percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes internados, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias de planejamento para a alta hospitalar.

Os resultados dessa pesquisa possibilitarão aos profissionais de enfermagem um conhecimento mais aprofundado sobre os diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares, e as percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes nessa fase da assistência de enfermagem.

2 OBJETIVOS

- Analisar os diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes adultos que sofreram queimaduras no período próximo à alta hospitalar.
- Analisar os diagnósticos de enfermagem identificados em familiares de pacientes adultos que sofreram queimaduras no período próximo à alta hospitalar.
- Verificar, no mesmo período, a percepção dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes que sofreram queimaduras.
- Analisar a congruência das percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes que sofreram queimaduras no período próximo à alta hospitalar e os diagnósticos de enfermagem estabelecidos no mesmo período.

3 MODELOS TEÓRICOS UTILIZADOS NA ABORDAGEM AO PACIENTE QUE SOFREU QUEIMADURAS E AO SEU FAMILIAR

3.1 **Teoria do Alcance de Metas de Imogene King**

Segundo Leopardi (1999), as teorias de enfermagem tiveram origem nos EUA, tendo como precursora, em 1859, Florence Nightingate. Essas teorias deveriam ser analisadas criticamente no sentido de permitir melhor adequação à realidade brasileira, a qual pauta-se na tradição de ensino numa abordagem positivista com adesão ao modelo biomédico que, por sua vez, tem se caracterizado como reducionista, marginalizando as práticas emancipatórias do paciente.

Nóbrega e Barros (2001) argumentam que os modelos diferem em suas concepções e na maneira como descrevem os conceitos nucleares da enfermagem. O paciente pode ser descrito como agente em constante interação; como um sistema aberto ou adaptativo, um ser em equilíbrio e como um agente do autocuidado, participante ativo ou passivo do cuidado. O enfermeiro pode ser o agente de mudança, como alguém que ensina, interage com o paciente, que reduz o estresse e/ou que busca a adaptação do paciente. A saúde pode ser descrita como um estado de equilíbrio ou desequilíbrio, como processo de interação, estado de

adaptação ou de habilidade para o autocuidado. O ambiente refere-se às pessoas significativas para o paciente ou ao local em que ocorre o cuidado. O que difere, segundo essas autoras, os diferentes modelos existentes, é a forma de organização e levantamento dos dados, que conduz a várias formas do cuidado. Para Carvalho e Rossi (1998), a escolha do modelo teórico favorece a forma de conduzir a coleta e a análise de dados e as estratégias de assistência a serem implementadas junto ao paciente, a família ou a comunidade.

Optou-se pela Teoria do Alcance de Metas de Imogene King (1981), cujos princípios são:

1- Foco na Interação
2- Ação e comunicação
3- Tomada de decisão resultante do processo de interação paciente – enfermeiro
4- Planejamento das intervenções resultante da transação – definição de metas e objetivos compartilhados

Na literatura nacional, há diversos estudos que tratam da utilização do modelo teórico proposto por Imogene King (1981), abordando diferentes aspectos da assistência de enfermagem (GARCIA, 1996; GARCIA; CARVALHO; PELÁ, 1993; GUIDO, 1996; JESUS, 1992; MARQUES; ELSEN, 1994; MOREIRA; ARAÚJO, 1999; MOREIRA; ARAÚJO; PAGLIUCA, 2001; NASCIMENTO, 1991; RESENDE, 1998; RODRIGUES, 1992; SANTOS, 1990). Desses autores, Marques e Elsen (1994), Nascimento (1991), Rodrigues (1992) e Santos (1990) utilizaram o modelo teórico de King e o processo de enfermagem descritos por King (1981).

Segundo Leopardi (1999), existem muitos autores que buscam estudar, analisar e classificar o conhecimento de enfermagem. Meleis (1985) classifica as

teorias de enfermagem em três categorias de análise: em termos do foco, relação paciente-enfermeiro, razão de ser da enfermagem. Desse modo, as teorias são classificadas em teorias das necessidades, da interação e de resultado.

A Teoria de King (1981) é classificada como interativa, juntamente com a de Joyce Travelbee, Hildegard Peplau e Ida Jean Orlando (MELEIS, 1985). As Teorias de Enfermagem, classificadas como interativas, têm os seguintes princípios: a Enfermagem fornece ajuda e assistência, sendo um processo interpessoal e deliberativo. Interpessoal porque envolve uma pessoa que necessita de ajuda e outra que é capaz de fornecer ajuda e deliberativo por envolver processos decisórios. O enfermeiro utiliza o "self" de forma terapêutica, compreendendo dessa forma seus próprios valores. O cuidado é um ato humanista e o enfermeiro precisa de conhecimentos sistemáticos. Nesse contexto, o processo de enfermagem resulta da parceria paciente e enfermeiro, sendo considerados os valores e as singularidades do paciente. A elaboração da estrutura conceitual de Imogene King teve início na década de 60, época em que a enfermagem buscava se afirmar socialmente como profissão. Em 1964 e 1968, King publicou os artigos – *Nursing theory: problems and prospect* e *A conceptual frame of reference of Nursing*, respectivamente. Entre os anos de 1971 e 1992, desenvolveu a Teoria do Alcance de Metas; após esta data nenhuma mudança ocorreu na estrutura conceitual por ela proposta (FREY; SIELOFF, 1995).

Para Leopardi (1988), o desenvolvimento da Teoria de Imogene King passou por três etapas: em 1964, ocorreram as primeiras reflexões acerca de conceitos fundamentais para a enfermagem: indivíduo, organização social e comunidade. Em 1968, King (1981) definiu Enfermagem como uma profissão que desempenha suas funções em instituições sociais onde interage com indivíduos, grupos e a sociedade.

Em 1971, ampliou o marco conceitual, incluindo os conceitos de sistemas dinâmicos interativos: pessoal, interpessoal e social. Nessa época, King alterou conceitos básicos formulados por ela em 1968. O conceito de “comunicação” foi incluído nas “relações interpessoais” e o conceito de “instituições sociais” foi substituído por “sistemas sociais”, que era um conceito mais amplo.Em 1981, houve um refinamento da abordagem de sistemas abertos e identificação e desenvolvimento dos quatro conceitos básicos: os seres humanos em interação com o meio ambiente são o foco da enfermagem, cuja atribuição seria a de conduzi-los a um estado de saúde, ou seja, torna-los aptos para atuarem em seus papéis sociais. Essa autora afirmava que em qualquer situação, a enfermagem interage nos três sistemas: pessoal, interpessoal e social, pois são conceitos inter-relacionados (LEOPARDI, 1988).

Como princípios básicos de sua teoria, King (1981) afirma que o ser humano tem três necessidades fundamentais de saúde: 1) informação; 2) atendimento preventivo à doença e 3) atendimento quando incapazes de cuidarem de si mesmos.

De acordo com essa autora, a Teoria do Alcance de Metas tem como pressupostos básicos: a interação é um conceito chave; os indivíduos são seres sociais, com sentimentos, racionais, perceptivos, reativos, controladores, com propósitos e orientados para a ação e no tempo; o processo de interação é influenciado pelas percepções, objetivos, necessidades e valores tanto do paciente quanto do enfermeiro; é responsabilidade do pessoal de saúde informar aos indivíduos sobre os aspectos do cuidado à saúde para ajudá-los a tomar decisões conscientes; pode haver incongruências entre os objetivos dos que prestam o cuidado e os que necessitam do cuidado; as pessoas têm o direito tanto de aceitar quanto de rejeitar qualquer aspecto do cuidado à saúde; os pacientes querem

participar ativamente no processo de cuidado, sendo conscientes e cognitivamente capazes de participar na tomada de decisões (KING, 1981).

Leopardi (1999) afirma que a configuração do processo de enfermagem deve estar fundamentada em pressupostos conceituais que dêem sustentação teórica à sua formulação e propósito. Diante disso, com base nos pressupostos elaborados por King (1981), foram identificados os seguintes princípios que nortearam esta pesquisa:

- o foco de atenção da assistência de enfermagem no período próximo à alta hospitalar a pacientes que sofreram queimaduras e a seus familiares deve ser baseado na interação enfermeiro-paciente-família;
- os pacientes e seus familiares devem ser considerados como seres humanos com sentimentos, racionais, perceptivos, reativos, controladores, com propósitos e orientados no tempo para a ação;
- o processo de interação é influenciado pelas percepções, objetivos, necessidades e valores, tanto do paciente e de seus familiares, quanto do enfermeiro;
- deve ser considerada responsabilidade do enfermeiro e da equipe de saúde informar ao paciente que sofreu queimaduras e aos seus familiares os cuidados necessários para ajudá-los a tomar decisões conscientes sobre a sua saúde e vida;
- os pacientes devem participar ativamente no processo de cuidado, pois são seres humanos conscientes e capazes de participar na tomada de decisões;
- se houver diferentes objetivos entre o enfermeiro, a equipe de saúde, o paciente e seus familiares, deverá haver um consenso mediado pela

comunicação e pela interação entre todos os participantes do processo de cuidado, resultando em transação.

King (1981) define saúde como as experiências dinâmicas de vida do ser humano que implicam no ajustamento constante aos estressores no ambiente interno e externo, por meio do uso ideal dos próprios recursos para atingir o potencial máximo para a vida diária. Afirma, ainda, que a saúde é um estado "holístico". Os estressores podem ser pessoas, objetos e/ou eventos (GONOT, 1989). No caso específico dos pacientes queimados, o trauma por queimaduras já se configura como um estressor.

Essa autora não define explicitamente o conceito de ambiente em sua obra, mas pode se considerar que esse conceito está relacionado à busca constante de adaptação do ser humano aos estressores à interação com o sistema organizado, e delimitado por regras, comportamentos e práticas sociais (LEOPARDI, 1999).

Finalmente, a enfermagem é definida por King (1981) como um processo de ação, reação e interação pelo qual a enfermeira e o paciente compartilham informações sobre as suas percepções na prática assistencial de enfermagem. Por meio da comunicação, estabelecem metas, exploram meios e concordam sobre os meios para atingir as metas.

A Teoria de Enfermagem de Imogene King baseia-se, sobretudo, na Teoria de Sistemas. A FIG.1 é uma representação esquemática dos três sistemas dinâmicos interatuantes propostos pela autora.

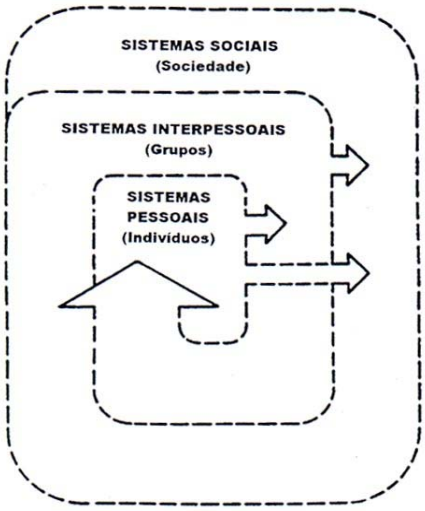


Figura1 – Sistemas dinâmicos interatuantes
Fonte: Reproduzido de KING, I.M. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: John Wiley & Sons, 1981, p. 11.

Considerando-se King (1981) apresentou diversos conceitos que deveriam ser objetos de investigação no processo interativo paciente-enfermeiro, tais como: de sistema pessoal, considerando a percepção como sendo a representação que cada ser humano tem da realidade; de *self*, a definição subjetiva que a cada pessoa tem si mesma; de imagem corporal, entendida como a representação mental que o ser humano tem de seu próprio corpo limitado no espaço; de crescimento e desenvolvimento entendida como o processo no qual o ser humano busca alcançar a maturidade e a auto-realização; de tempo que se refere à ordem e à duração entre a ocorrência de um evento e outro; e de espaço que tem relação com distância, área, percepção e comunicação.

Segundo Gonot (1989), as formulações de *self*, imagem corporal, tempo e espaço refletem as inter-relações conceituais do sistema pessoal. A percepção, por exemplo, é a base para desenvolver o conceito de *self*, de padrões de crescimento e de desenvolvimento. Imagem corporal é um componente relacionado ao crescimento e desenvolvimento, que por sua vez influencia o conceito de *self*. A experiência que o ser humano tem sobre a dimensão espaço-temporal influencia a sua percepção, a

imagem corporal, o *self* e o crescimento e desenvolvimento. Isso revela uma circularidade, porque são facetas da experiência humana (GONOT, 1989).

O sistema interpessoal, para Gonot (1989), é o mais importante na formulação teórica de King, uma vez que é a base da teoria do alcance de metas. Percepção, comunicação e transação são conceitos fundamentais para a compreensão das interações humanas no sistema interpessoal. A interação envolve os comportamentos verbais e não-verbais, situacionais, perceptivos e transacionais. Segundo King (1981), a interação humana é uma experiência única na qual o tempo, o local, a situação e as pessoas envolvidas não podem ser repetidos. A transação ocorre quando os envolvidos concordam com os meios para alcançar os objetivos. A comunicação, para King (1981), é o processo pelo qual a informação é transmitida entre os envolvidos os quais utilizam sinais e símbolos significativos para possibilitar a interação e a transação. Para essa autora, papel é um conjunto de comportamentos esperados quando se ocupa uma posição no sistema social; pressupõe interação entre indivíduos com objetivos a alcançar. O estresse é definido, por ela, como um estado dinâmico do organismo pelo qual o ser humano, interagindo com o ambiente, procura manter o “equilíbrio” para alcançar o crescimento e o desenvolvimento, envolvendo o controle dos estressores.

De acordo com Gonot (1989), os conceitos presentes no sistema social, tais como organização, autoridade, poder, *status* e tomada de decisão, servem para identificar vários fatores que afetam as interações humanas. Segundo essa autora, King sugere que existem forças sociais no sistema social as quais influenciam comportamentos sociais, interações, percepções e saúde.

No sistema social, King (1981) define organização, autoridade, poder, *status*, tomada de decisões. A organização é uma unidade social caracterizada por

estrutura, função, recursos materiais e humanos para atingir objetivos pessoais e organizacionais. A autoridade é percebida como legítima, existente no papel e posicionada nas organizações formais ou existentes nas pessoas em virtude de seu conhecimento e experiência. O poder é a capacidade de uma pessoa ou grupo para atingir os objetivos ou o processo pelo qual uma pessoa influencia outras pessoas. O *status* é a posição de um indivíduo no grupo ou de um grupo em relação a outros grupos em uma organização. A tomada de decisão é definida como um processo dinâmico, contínuo e sistemático, pelo qual uma escolha é feita e praticada por indivíduos ou grupos para alcançar um objetivo.

Na estrutura de sistemas dinâmicos interatuantes de Imogene King (1981), a interação humana, mediada pela comunicação e linguagem entre os indivíduos e grupos sociais, sobretudo no sistema interpessoal entre "paciente-enfermeiro", resulta no intercâmbio de informações, valores, sentimentos e percepções da realidade, visando alcançar metas de saúde. Nesse processo, os pacientes são agentes ativos e participam na tomada de decisão sobre os meios necessários para alcançar aqueles objetivos mutuamente acordados para a promoção, o tratamento e a recuperação de sua saúde.

3.2 **Modelo Calgary de Avaliação da Família**

A utilização da fundamentação teórica e metodológica de avaliação familiar, descrita por Wright e Leahey (1994), foi necessária para a complementaridade da abordagem da assistência à família pela limitação instrumental da Teoria do Alcance

de Metas de Imogene King (1981), que tem como foco de intervenção o indivíduo interagindo nos sistemas pessoal, interpessoal e social. Entretanto, é preciso ressaltar que a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King possibilita uma abordagem à família considerando esta como uma categoria de análise dentro do sistema interpessoal ou social a qual pertencem, tanto o paciente queimado como o familiar.

King (1981) caracteriza família como um grupo de pessoas que convivem juntas ou não, que tem objetivos comuns para promover a socialização de seus membros. No sistema interpessoal, quando a família é o foco de interação paciente-enfermeiro, o cliente é a família. Entretanto no sistema interpessoal pode-se ter um membro ou diversos membros de uma família, sendo considerados então como sub-sistemas do sistema familiar, da mesma forma que a família é um subsistema da sociedade. Na teoria de sistemas abertos, cada sistema influencia os outros, pois a interação ocorre fluidamente por todos os sistemas. A consideração da família nos sistemas dinâmicos interatuantes e na Teoria do Alcance de Metas de King (1981) requer a inclusão de diferentes clientes (pessoa com problemas de saúde, membros da família e unidade familiar) como unidades apropriadas de análises por causa da influência do todo nas partes e vive-versa (WICKS, 1995).

Na literatura, há uma diversidade de abordagens teóricas de avaliação e de assistência à família. Além disso, a “família” enquanto objeto de investigação e de unidade de assistência é considerada uma categoria conceitual em permanente construção (ELSEN, 1994).

Wright e Leahey (1994) citam obras que apontavam para a compreensão das necessidades de avaliação e intervenções com indivíduos e famílias desde a década de 70. Bousso e Angelo (2001) apresentam trabalhos que têm discutido novas

abordagens teóricas direcionadas a uma melhor compreensão e suporte pela enfermagem à família. Pavelqueires (2002) salienta, em sua tese de doutoramento que as famílias, enquanto objetos de estudo, foram analisadas sob diversas perspectivas e disciplinas (antropologia, sociologia, psicologia, desenvolvimento humano, saúde coletiva, entre outras).

A escolha de um referencial teórico na abordagem à família convergente com a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King (1981) foi um grande desafio. Essa teoria deveria fundamentar a investigação do membro da família enquanto pessoa que presta cuidado ou acompanha o paciente queimado durante o período de internação e que será responsável pelos cuidados no domicílio e, ao mesmo tempo, considerar o paciente e o membro da família num processo dinâmico de interação com o grupo familiar ao qual pertencem. A escolha recaiu sobre o Modelo Calgary de Avaliação da Família, descrito por Wright e Leahey (1994).

Os pressupostos teóricos da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King (1981), a partir dos sistemas abertos interatuantes e do modelo proposto por Wright e Leahey (1994) têm como pontos de convergências a Teoria de Sistemas, a interação entre os sujeitos/ação e a relação de interconectividade dos diferentes sistemas.

Wright e Leahey (1994) afirmam que qualquer evento ou mudança significante em um membro da família afetará todos os demais membros dessa família. Elas afirmam que essa concepção é importante para a enfermeira compreender o impacto da doença na família. Citam como exemplo a doença coronariana no pai de família. No exemplo citado pelas autoras, o pai e a mãe foram incapazes de continuar juntos praticando a atividade esportiva de interesse. A mãe passou a trabalhar em horário integral para suprir a redução financeira na fase de

convalescença do marido. A filha mais velha que se afastou da família desde o seu casamento, passou a visitar o pai com maior freqüência. A filha mais nova que proporcionava o suporte emocional tornou-se mais próxima à sua mãe. Todos os familiares foram afetados, assim como a organização e o funcionamento da rotina familiar foram alterados. Desse modo, se algum membro da família inicia o processo de mudança, os outros familiares deverão ser capazes de responder a essa mudança, criando um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade.

Wicks (1995) e Wright e Leahey (1994) afirmam que a presença de um membro da família com doença crônica afeta potencialmente toda a família, considerando-a como um sistema aberto.

Wicks (1995) relata a sua experiência na utilização da Teoria de King (1981) para identificar as estratégias de *coping* dos familiares no enfrentamento à doença pulmonar crônica. Segundo essa autora, a família requer, assim como o indivíduo, a saúde para desempenhar com sucesso o seu papel funcional nas relações interpessoais e sociais. A doença pulmonar crônica torna-se um estressor o que pode traduzir no desequilíbrio da dinâmica familiar. Enfim, as doenças crônicas podem influenciar a saúde ao nível dos sistemas pessoal, interpessoal e social. A presença de muitos estressores pode resultar em crise familiar. O familiar pode também entrar em crise uma vez que desempenha diversos papéis simultaneamente como esposa/marido, trabalhador/trabalhadora, mãe/pai, cuidador/cuidadora, entre outros. Como resultados da pesquisa, Wicks (1995) revela que a saúde familiar foi influenciada pela percepção, estresse e estressores na ocorrência da doença crônica, tendo como objetos de intervenção o paciente, os familiares e a unidade familiar.

Na perspectiva relatada por Wicks (1995), o trauma por queimaduras pode se constituir uma doença crônica, uma vez que importantes seqüelas podem ocorrer em pessoas queimadas, resultando muitas vezes em longos períodos de recuperação e de reabilitação.

Neste estudo, foram utilizados conceitos derivados da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King (1981) considerando-se as perspectivas apresentadas por Wicks (1995), em que o paciente e o membro da família (sub-sistema do sistema familiar) são o foco de intervenção de enfermagem e a queimadura como um fator estressor, podendo se revelar uma doença crônica para muitos casos de pessoas que sofreram queimaduras. Neste sentido, foram coletados dados de pacientes queimados internados e de familiares, entendendo-os como unidades de análise necessárias à compreensão das respostas dos pacientes e de seus familiares à queimadura.

Concordamos com Faro (1999b, p. 335), quando diz que:

> A família deve ser participante do tratamento, recebendo suporte não apenas para aprender a cuidar do paciente, mas, sobretudo, subsídios para enfrentar, compreender e compartilhar a situação de doença e/ou deficiência, ajudando-a a lidar com seus próprios problemas, conflitos, medo e aumento de responsabilidades.

A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 242) define a unidade de cuidado como a população alvo para a qual um diagnóstico de enfermagem é estabelecido. Sendo assim, a família é definida como:

> [...] duas ou mais pessoas que mantém relacionamentos contínuos ou sustentados, observando obrigações recíprocas, percebendo significados comuns e compartilhando certas obrigações em relação a outros; relacionados por sangue ou escolha.

Segundo Silveira (2000a), a família transforma um organismo biológico em um ser social e lhe dá o aporte de padrões culturais, valores e objetivos sociais. Remete à idéia de um grupo de parentes co-residentes cujo parentesco pode advir

de consangüinidade, aliança ou adoção, mantendo uma solidariedade multifuncional. A presença desta solidariedade no seio familiar promove uma melhor adesão do paciente ao tratamento. Além disso, constitui-se em um campo fértil para a identificação do cuidador intrafamiliar solidário.

Para Aristizábal (1998), o cuidador intrafamiliar pode ser classificado a partir de duas vertentes: social/altruísta e individual/egoísta. Enquanto o primeiro promove o bem-estar do paciente, o segundo se omite ou limita alguns aspectos do cuidar. De acordo com Karsch (1998), a expressão “cuidador familiar” refere-se a uma pessoa da família ou a um indivíduo com fortes laços afetivos, que promove o cuidado da pessoa doente ou deficiente. Geralmente, ele é oriundo da família, também denominado de cuidador informal por não apresentar formação na área da saúde. É fato que para cuidar de uma pessoa enferma ou em estado de recuperação é fundamental verificar o perfil mais adequado desse cuidador com relação à sua afinidade e tipo de vínculo com o familiar enfermo. Entretanto, na situação de doença na família, o fator decisório pode ser a disponibilidade do cuidador.

O cuidador, familiar ou não, é um elemento importante a ser considerado no processo de cuidar, não como aquele que pretende ocupar-se de atribuições e de competências de membros da equipe de enfermagem, mesmo porque há restrições legais para tais procedimentos. Ele deve ser compreendido como agente facilitador da implementação dos cuidados de enfermagem durante a internação e no domicílio. Mais que isso, é uma pessoa que, devidamente habilitada, dará continuidade aos cuidados do paciente nas atividades de higiene, alimentação, vestuário, medicação, curativo, conforto, segurança, interação psico-emocional e atividades reabilitadoras, mantendo o contado com a equipe terapêutica e sob a sua supervisão.

3.3 **Processo de enfermagem como método de assistência**

De acordo com Dalri (1993), a aplicação de um método de assistência de enfermagem leva a uma melhor qualidade no atendimento ao paciente, individualizando o cuidado, diferenciando o que é rotina, do que é conhecimento específico da enfermagem. Permite, ainda, delimitar o papel do enfermeiro.

O processo de enfermagem é um método de intervenção para a assistência ao paciente que permite ao profissional enfermeiro maior cientificidade às suas ações e resgata atributos e competências próprias que a profissão exige, tanto em relação aos aspectos éticos/legais como aos aspectos cognitivos (JESUS, 1992).

O processo de enfermagem segundo Christensen e Kenney (1990), Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1986) consiste de cinco fases identificáveis: coleta de dados/ *assessment*, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, assim definidas:

A coleta de dados (*assessment*) é entendida como a coleta de informações referentes ao paciente, ao sistema do paciente, da família e da comunidade para buscar as necessidades, problemas, preocupações ou reações humanas do paciente. É realizada por meio de entrevista, do exame físico, de resultados de exames laboratoriais e outras fontes.

O diagnóstico é a análise e interpretação dos dados coletados de forma criteriosa. Nesta fase, são obtidas conclusões quanto às necessidades, problemas, preocupações e reações humanas, que refletem o estado de saúde real ou de risco para o paciente.

O planejamento consiste em estabelecer objetivos, definir estratégias, fixar resultados, determinar ações de enfermagem e o registro do plano de cuidados.

A implementação é a execução do plano de cuidados por membros da equipe de enfermagem, pelo paciente ou por sua família.

Na avaliação, estabelece-se o quanto as metas de cuidados foram alcançadas. Nessa fase, a enfermeira avalia o progresso do paciente e revisa o plano de cuidados de enfermagem, propondo medidas corretivas, se necessário. Segundo Leopardi (1999), na Teoria de Imogene King (1981), o processo de enfermagem é o foco. Ele é o mecanismo que permite que a enfermagem ajude o paciente a alcançar suas metas, por meio da interação proposital.

O processo de enfermagem descrito por King (1981) segue as seguintes etapas: banco de dados, lista de problemas, lista de metas, plano e registro da evolução. O banco de dados, segundo essa autora, é composto por todas as informações sobre o paciente, quando de sua entrada na instituição de saúde, devendo ser atualizado constantemente. Essas informações incluem a coleta de dados sobre a avaliação do estado de saúde, a história da doença e o exame físico, resultados de exames laboratoriais e raio X e outros dados.

Segundo King (1981), os problemas são identificados a partir da análise dos dados levantados, resultando na lista de problemas do paciente. Esta lista pode ser considerada como diagnósticos de enfermagem resultantes do julgamento clínico da enfermeira sobre os dados levantados. Os objetivos da lista de problemas são vários. Ela é um guia de avaliação contínua de sinais e de sintomas objetivos e subjetivos de distúrbios ou interferência na habilidade e função do paciente em seu desempenho usual. É um instrumento norteador na identificação dos diagnósticos de enfermagem e para o planejamento de cuidados de enfermagem imediatos. A lista

de problemas documenta os problemas identificados do paciente e as soluções desenvolvidas pelos cuidados de enfermagem.

Para King (1981), a lista de metas serve para guiar o monitoramento dos distúrbios e interferências e para alertar a enfermagem sobre qualquer informação adicional do paciente. A lista de metas deve resultar da interação paciente-enfermeiro ou, na impossibilidade do paciente, deve resultar da interação entre enfermeiro e família, da troca de informações para definir objetivos mútuos e os meios para alcançar as metas estabelecidas de comum acordo.

O plano é resultado da análise dos problemas apresentados pelo paciente. Na fase de implementação, são desenvolvidas diversas ações de enfermagem. Para a sua operacionalização, Imogene King baseou-se no Prontuário Orientado para o Problema, desenvolvido por Weed em 1969, denominado SOAP (GARCIA, 1996; KING, 1981; LEOPARDI, 1999). Segundo King (1981), este formato, apresentado a seguir, ajuda a descrever e avaliar os problemas:

S = Dados subjetivos. Como o paciente percebe o problema e como se sente a respeito dele?

O = Dados objetivos. Exame físico, resultados laboratoriais e de raio x, atividades diárias, parâmetros psicológicos, medidas de pressão arterial, pulso, respiração e temperatura corporal.

A = Avaliação dos problemas. Os problemas identificados (diagnósticos de enfermagem) no levantamento de dados mudam positiva ou negativamente. Esses problemas são monitorados e as ações são desenvolvidas quando necessário.

P = Plano. Inclui os acordos na resolução dos problemas, atentando para os objetivos estabelecidos.

Finalmente, como resultado da última etapa do processo de enfermagem descrita por King (1981), as informações importantes sobre a situação de saúde do paciente e sobre o alcance das metas estabelecidas são consideradas no registro de sua evolução de forma sistemática. Pode-se, a princípio, realizar uma aproximação da estrutura do processo de enfermagem definido por King (1981) e a estrutura do processo de enfermagem descrita por diferentes autoras, tais como: Alfaro (1986), Christensen e Kenney (1990), Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1986). O Quadro 1, a seguir, é uma representação esquemática dessa aproximação, elaborada para fins deste estudo.

Quadro 1- Etapas do processo de enfermagem definido por King (1981) e as etapas do processo de enfermagem descritas por Alfaro, Christensen e Kenney, Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey

Etapas do processo de enfermagem definidas por King (1981)	Etapas do processo de enfermagem descritas por Alfaro, Christensen e Kenney, Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey
Banco de dados	Coleta de dados/*assessment*
Lista de problemas	Diagnóstico
Listas de metas e Plano	Planejamento/implementação
Registro da evolução	Avaliação

O potencial de utilização da Teoria do Alcance de Metas de King (1981) pressupõe que os objetivos da enfermagem serão alcançados por meio da interação enfermeiro/paciente, na qual um percebe o outro e a situação por meio da comunicação, fixando objetivos a partir dos recursos disponíveis e dos meios para alcançá-los. Esses conceitos são fundamentados nas Teorias Comportamentais, dentre os quais a transação deriva das Teorias de Cognição e Percepção e os contidos nos sistemas pessoal, interpessoal e social da Teoria Geral de Sistemas (LEOPARDI, 1988).

Para George (2000), a Teoria do Alcance de Metas de King (1981) pode ser usada para orientar e melhorar a prática de enfermagem. Na revisão de literatura, encontram-se vários trabalhos nacionais que aplicaram essa Teoria (GARCIA, 1996; GUIDO, 1996; JESUS, 1992; MARQUES; ELSEN, 1994; RESENDE, 1998; SANTOS, 1990).

Para fins desta pesquisa, o processo de enfermagem é entendido como um método sistemático, científico e legal de conduzir a prática clínica de enfermagem (JESUS, 1992), fundamentado na estrutura conceitual de sistemas dinâmicos interatuantes de Imogene King (1981) para avaliar as condições de saúde e de vida do paciente e de seu familiar e estabelecer os diagnósticos de enfermagem reais ou de risco do paciente e do familiar, por meio do julgamento clínico e profissional, resultando em transação com o paciente e o familiar. Assim, neste estudo abordou-se as duas primeiras etapas: coleta de dados e diagnóstico de enfermagem.

Segundo Carpenito (1997), a fase de coleta de dados tem como objetivos estabelecer o estado pregresso de saúde do paciente, os padrões de enfrentamento anteriores e os atuais, as respostas à terapêutica médica e de enfermagem e os riscos para problemas potenciais. Assim, na coleta de dados são identificados os problemas reais e potenciais do paciente para o planejamento dos cuidados de enfermagem, atendendo as necessidades identificadas e prevenindo possíveis complicações.

A coleta de dados exige a disponibilidade de tempo do profissional enfermeiro, a elaboração de instrumentos adequados à clientela, baseados em teorias de enfermagem que melhor qualifiquem a realidade na qual se busca intervir e a utilização de métodos apropriados para a obtenção das informações (LEOPARDI, 1999).

A coleta de dados pressupõe uma avaliação criteriosa do paciente, em que o profissional enfermeiro deve utilizar a comunicação de forma terapêutica, estimulando o paciente e o familiar a compartilhar opiniões, informações e sentimentos. Deve também observar o paciente sistematicamente, direcionando para a identificação de dados relevantes para o registro, conhecer o processo de interação humana e proceder análise dos dados com exatidão (CARPENITO, 1997).

Em relação às técnicas de coleta de dados, podem ser citadas: a entrevista, a observação e o exame físico. A entrevista exige habilidades de comunicação e interação. A observação envolve o uso dos sentidos para a obtenção de informações sobre o paciente. O exame físico objetiva identificar as reações do paciente ao processo da doença, comprovar dados subjetivos ou outras interações obtidas durante a entrevista. O exame físico é realizado utilizando quatro técnicas específicas: inspeção, palpação, percussão e ausculta (CHRISTENSEN; KENNEY, 1990; BARROS et al., 2002; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1986; MARIA, 2003).

O banco de dados, ou seja, a etapa de coleta de dados, segundo King (1981), busca obter todas as informações disponíveis sobre o paciente, que incluem a coleta de dados, a avaliação e o estado de saúde, a história da doença e o exame físico.

3. 3.1 Coleta de dados de avaliação do paciente adulto que sofreu queimaduras

Para Imogene King (1981), a saúde do ser humano é o resultado do ajustamento constante desse indivíduo aos estressores no ambiente interno e externo. O acidente por queimaduras já se configura como um estressor em que o paciente necessita passar por constantes adaptações internas e externas ao trauma.

A equipe de enfermagem tem um importante papel no processo de adaptação do paciente queimado ao trauma a partir do processo de interação, compartilhando informações, estabelecendo metas de cuidado e decidindo sobre os meios para atingir essas metas.

A etapa de coleta de dados do paciente que sofreu queimaduras permite obter informações sobre as condições de saúde e sobre os problemas apresentados por ele durante a hospitalização. Durante o processo de avaliação da pessoa que sofreu queimaduras, o paciente e a equipe de enfermagem devem interagir positivamente no sentido de buscar metas compartilhadas de cuidado. Para tanto, é necessário o estabelecimento de canais de comunicação abertos entre a equipe de enfermagem e o paciente. Neste estudo, o processo de interação foi iniciado entre a entrevistadora e o paciente antes mesmo da coleta de dados, pois era imperativo que se estabelecesse um processo de comunicação interacional para a realização das técnicas previstas na coleta de dados.

A organização dos itens contidos nos instrumentos de coleta de dados é fundamental para a compreensão das particularidades relacionadas aos acidentes por queimaduras e para a identificação de problemas de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar.

O instrumento de coleta de dados do paciente proposto neste estudo, é composto por três partes adequando-se ao referencial teórico de Imogene King (1981), quais sejam: sistema pessoal, interpessoal e social (APÊNDICE B).

O primeiro item do **sistema pessoal** é a identificação do paciente em termos de idade, cor e sexo. A idade e o sexo são características individuais que devem ser investigadas devido às diferenças fisiopatológicas que acometem determinados

grupos etários como por exemplo, os idosos; a predominância de acidentes por queimaduras em determinado sexo; a tentativa de auto-extermínio que afetam com maior freqüência pacientes do sexo feminino (CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004). A investigação da cor para o paciente queimado tem um significado próprio, uma vez que acidentes por queimaduras podem resultar em alterações da coloração da pele, hipo ou hiperpigmentação e desfiguramento. A cor pode ser identificada de diferentes formas. Porto (2001) classifica a cor como branca, parda ou negra.

O endereço atual, a naturalidade e a procedência do paciente também são informações importantes, uma vez que a Unidade de Queimados do Hospital João XXIII de Belo Horizonte é referência regional e estadual em nível terciário e muitas pessoas que sofreram queimaduras são encaminhadas para aquela instituição.

O item referência deve ser investigado neste estudo como a maneira pela qual o paciente foi encaminhado ao Hospital João XXIII. A informação sobre o atendimento prévio (pré-hospitalar), realizado à pessoa que sofreu queimaduras anteriormente à sua internação pela equipe da unidade de saúde ou equipe de resgate, é importante para a sobrevida e o tratamento durante a internação, principalmente nas primeiras horas pós-acidente (suporte respiratório, circulatório, hídrico e gastrointestinal, cuidados com as lesões, analgesia). O meio de transporte recomendável para encaminhar a pessoa queimada hemodinamicamente estável à Unidade de Queimados é a ambulância para pequenas distâncias, devidamente equipada com acompanhamento médico e de enfermagem. Outros meios de transportes também são utilizados como o helicóptero e o avião. A transferência do paciente queimado deve ser realizada tão logo esteja estabilizado hemodinamicamente nas primeiras 24 horas pós-acidente, devido às alterações fisiopatológicas que podem se tornar sérias, comprometendo a vida do paciente

queimado (JORDAN; BARILLO, 1998; SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS, 2003).

A história de doença anterior e tratamentos realizados pelo paciente que sofreu queimaduras são fundamentais, uma vez que a presença de fatores de risco pré-existentes ao trauma como anemia, desnutrição, diabetes, doença renal e cardio-respiratória, trauma ortopédico, tabagismo, etilismo, uso de drogas, entre outros, podem resultar em complicações importantes para os pacientes queimados. Vale lembrar que a queimadura pode resultar em dano tecidual tanto local como também sistêmico (hipercatabolismo, imunodepressão, infecção) e fatores de risco pré-existentes podem agravar ainda mais o estado de saúde do paciente queimado e prolongar a sua permanência no hospital (GREENHALGH, 1998).

As informações sobre o tipo de acidente, a natureza, o agente causador, o motivo da queimadura e a ocorrência do acidente são importantes para o tratamento e acompanhamento do paciente queimado que necessita de diferentes formas de intervenção terapêutica por equipe multiprofissional.

Em relação ao tipo, o acidente pode ser classificado em domiciliar, quando ocorre na residência da pessoa ou em suas imediações; acidente de trabalho, quando ocorre no local ou em função das atividades laborais; agressão quando a pessoa que sofreu queimaduras foi vítima de agressão, por outra pessoa; tentativa de auto-extermínio, que resulta de tentativa de suicídio pelo paciente queimado e acidental, quando o acidente ocorre fora das dependências ou imediações do domicílio.

Em relação ao agente, o acidente pode ser classificado em térmico (água fervente, álcool, chama direta, óleo quente), químico (álcalis e ácidos), elétrico (corrente elétrica de baixa e alta tensão) e radiação (queimadura solar). As lesões

por queimaduras podem ocorrer por diversos agentes causadores (combustão de gás de cozinha, gasolina, solventes, álcool incandescente, substâncias químicas, eletricidade, água fervente, entre outras) (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001; MACIEL; SERRA, 2004).

Segundo a literatura, o agente causador e a circunstância em que ocorreu o acidente relacionam-se diretamente com a profundidade e a superfície corporal queimada. As lesões por queimaduras por chama direta e por álcool são geralmente mais profundas e aquelas resultantes por escaldaduras por líquidos superaquecidos são, na maioria das vezes, mais extensas. As lesões por queimaduras elétricas também resultam em dano tecidual mais profundo, atingindo estruturas musculares e ósseas. Deve-se investigar o local de ocorrência do acidente e se ele é aberto ou fechado devido à probabilidade de inalação de fumaça, sobretudo em ambiente fechado por ocorrência de incêndio ou inalação de gases tóxicos, o que pode trazer complicações respiratórias graves para o paciente queimado (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

A avaliação do grau de profundidade e o percentual da superfície corporal queimada (SCQ) são cruciais para o paciente queimado. Quanto mais profunda e extensa a lesão por queimaduras pior o prognóstico. A conduta terapêutica por equipe multiprofissional, particularmente do profissional enfermeiro, depende do nível de gravidade das lesões. Essas podem ser classificadas segundo o dano tecidual ocorrido, tais como, queimaduras de primeiro, segundo e terceiro graus. As queimaduras de primeiro grau são superficiais, envolvendo somente a camada mais externa da pele, a epiderme. As de segundo grau envolvem a epiderme e a derme, apresentam-se vermelhas, geralmente com bolhas e edematosas. Essas lesões são bastante dolorosas, porque os nervos sensoriais estão parcialmente danificados e

expostos. As queimaduras de terceiro grau são denominadas de espessura total por destruírem as duas camadas da pele (epiderme e derme), podendo envolver as estruturas musculares e ósseas (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

Em relação ao cálculo da extensão da queimadura, há vários métodos disponíveis, entretanto a denominada “Regra dos nove” é o mais utilizado em nível mundial, por ser de fácil aplicação. Essa regra é baseada no fato de que, nos adultos, várias regiões anatômicas do corpo humano representam 9% da superfície corporal ou um múltiplo desse número.

No presente estudo, utilizou-se o registro do prontuário do percentual da superfície corporal queimada do paciente adulto queimado, segundo o método adotado pela Unidade de Queimados do Hospital João XXIII. Essa unidade utiliza uma adaptação da tabela de Lund e Browder (1944) que leva em consideração diferentes proporções do corpo humano em relação aos diferentes grupos etários.

Outro item que deve ser investigado no sistema pessoal é o número de cirurgias realizadas. As lesões por queimaduras de espessura total ou as de terceiro grau são profundas e as cirurgias de enxertias são necessárias para o processo de cicatrização das lesões. Da mesma forma, as informações obtidas por meio do registro no prontuário do paciente sobre os resultados de exames de apoio diagnóstico como o hemograma, cultura das lesões por queimaduras, eletrocardiograma, raio X, entre outros, são importantes para que se possa conhecer as reais condições clínicas do paciente queimado. Na unidade hospitalar em estudo, é rotina colher exames na admissão do paciente queimado e realizar o exame eletrocardiográfico em pacientes que sofreram queimaduras por corrente elétrica.

Os registros realizados pela equipe de saúde (psicologia, nutrição, fisioterapia, assistente social) e as especialidades médicas nos prontuários dos

pacientes são investigados neste estudo como informação complementar aos problemas apresentados pelo paciente queimado durante a internação, sobretudo no período próximo à alta hospitalar.

As condições atuais do paciente com relação à voz, à expressão facial, à forma e ao conteúdo da verbalização, às atitudes e aos sentimentos apresentados durante a avaliação clínica juntamente aos sintomas fisiológicos são importantes para a identificação de problemas psico-emocionais, tais como ansiedade, depressão, medo, preocupação e aflição. O paciente queimado pode apresentar esses comportamentos em qualquer fase da internação, pela gravidade das lesões, risco de morte, perda do convívio com os familiares, presença da dor, expectativa do retorno ao lar e ao trabalho, comprometimento funcional e seqüelas, desfiguramento (HURREN,1995).

As condições de higiene (íntima, corporal e oral) devem ser avaliadas como um princípio básico da condição de saúde do paciente. A manutenção adequada da higiene corporal durante a internação auxilia na prevenção da infecção das lesões por queimaduras.

A imunização antitetânica deve ser investigada por ser essa vacina necessária, quando indicada, para a prevenção do tétano acidental envolvendo pacientes que sofreram queimaduras. As queimaduras extensas são consideradas lesões com alto risco de desenvolver tétano. O agente etiológico causador do tétano (*Clostridium tetani*) tem tropismo por ambientes anaeróbios e por áreas necrosadas. A formação de trombos e os tecidos lesados pobres em oxigênio são propícios para a proliferação bacteriana (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

A investigação sobre a presença de alergia e se o paciente faz uso de alguma medicação anterior ao acidente por queimaduras é importante porque a terapêutica

medicamentosa envolve produtos farmacológicos como o agente antimicrobiano tópico, antibióticos, analgésicos e outros. Além disso, medicamentos como os corticóides são imunossupressores (OMAN; REILLY, 1998).

O **sistema respiratório** é responsável pela função básica de promoção da troca gasosa por meio da retirada do oxigênio do ambiente e do transporte deste para os pulmões. A oxigenação é uma das necessidades fundamentais do organismo humano. A falta de oxigênio, mesmo que por curto período de tempo, pode resultar em lesão irreversível das células do organismo ou morte das mesmas. (ATKINSON; MURRAY, 1989; COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

A oxigenação envolve a necessidade de manutenção contínua da respiração pelo organismo por meio de receptores bronquiais e da aorta, cujo processo metabólico inclui a ventilação, difusão e distribuição, no qual o oxigênio é absorvido pelas células, resultando na liberação de energia para outros processos metabólicos e na eliminação de dióxido de carbono e água. Sendo assim, qualquer alteração na ventilação pulmonar, na difusão dos gases e no transporte dos gases às células através do sangue pode resultar em problemas respiratórios (MARIA, 2003).

Para as pessoas que sofreram acidentes por queimaduras, a oxigenação celular é de vital importância devido ao aumento do catabolismo relacionado ao trauma, ao processo de cicatrização das lesões e para o combate às infecções. Na avaliação do sistema respiratório, é crucial a investigação de doenças respiratórias pré-existentes como bronquite crônica, enfisema, asma, entre outras, que, quando não controladas ou tratadas adequadamente, tendem a agravar o estado clínico do paciente queimado já tão espoliado pelo trauma térmico, resultando em agravamento da função respiratória.

É importante também a obtenção de informação quanto à natureza do acidente por queimaduras, o agente causador, o local em que ocorreu o acidente (fechado ou aberto), para identificar a possibilidade de lesões inalatórias, térmicas ou químicas, tais como: a inalação de fumaça por incêndio ou de substâncias químicas na forma de névoa, borrifação ou gotículas. As lesões inalatórias são responsáveis pelo aumento da morbi-mortalidade dos acidentes por queimaduras, resultando em complicações respiratórias graves como as pneumopatias (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001). Os principais sinais e sintomas indicativos de lesão inalatória são a queimadura de face, de vibrissas, taquipnéia, estridor, dispnéia e tosse. A necessidade de oxigenação foi investigada no presente estudo mediante a observação de sinais e de sintomas, do estado geral e de exame físico pulmonar do paciente queimado (CIOFF JÚNIOR, 1998).

A função da circulação é atender as necessidades dos tecidos, remover produtos de excreção, transportar substâncias e manter um ambiente adequado à sobrevida e à função celular. O **sistema cardiovascular** é investigado neste estudo mediante a avaliação da freqüência e ritmo cardíaco, dos pulsos periféricos, da pressão arterial e da condição vascular (edema, perfusão tecidual). O principal objetivo é identificar alterações cardiovasculares que possam comprometer ainda mais a condição clínica e a sobrevida do paciente queimado (doença vascular periférica, hipertensão arterial sistêmica, arritmias). Neste item, deve ser também investigado o tipo de punção venosa, se periférica ou central. Muitos pacientes internados necessitam de cateterização do sistema venoso para infusão de medicamentos, coleta de sangue. Os cateteres venosos periféricos podem ser feitos de metal ou ainda de material plástico. Esses cateteres são utilizados como via de acesso venoso periférico para a administração de antibióticos, analgésicos,

soroterapia, sangue e outros. O cateter de metal tem menor taxa de infecção. A escolha do sitio de punção no paciente queimado deve ser feita após a avaliação das áreas queimadas. A avaliação de presença de hematoma, edema, queixa de dor e hiperemia deve resultar na troca do local da punção. A limpeza e o curativo diário do cateter e a troca do sítio de punção a cada seis dias diminuem a possibilidade de contaminação e infecção. Como a manutenção de cateteres se faz necessária em pacientes queimados hospitalizados, inclusive por longos períodos de tempo, permanecendo até o momento da alta hospitalar, é fundamental a avaliação desse procedimento invasivo pela equipe de enfermagem (BARROS et al., 2002; GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

O primeiro item a ser investigado no **sistema nervoso e estado mental** é a acuidade visual, auditiva, olfativa, gustativa e tátil ou sensopercepção, que é o fenômeno psíquico pelo qual a sensação torna-se consciente mediante a ação de um estímulo físico sobre os órgãos dos sentidos. A interação do indivíduo com o ambiente depende da captação, interpretação e reação aos estímulos. O mecanismo de interação se dá por meio da recepção do estímulo, da conversão desse estímulo em impulso nervoso por um receptor e a sua condução ao cérebro, sendo interpretado como uma sensação. Avalia-se, nesse item, o sensório do paciente em todos os sentidos básicos, identificando-se as deficiências sensoperceptivas, inclusive a presença de alucinações. No caso de queimaduras na face, há necessidade de avaliação do paciente queimado por um oftalmologista, sobretudo em função da lesão ocular. Vale lembrar que quando uma função sensorial de um paciente está alterada, a habilidade ou a capacidade de se relacionar e comunicar, também poderá estar prejudicada (BARROS et al., 2002; MARIA, 2003).

A avaliação do estado mental é apresentada no instrumento de coleta de dados neste estudo em diferentes itens: orientação quanto à pessoa e ao lugar, estado de atenção, concentração, memória recente e remota, sono e repouso. Avaliar o estado mental do paciente queimado é importante para se identificar alterações psico-emocionais ou neurológicas, tais como perda da memória, confusão mental (desorientação sensória que pode ser indicativo de infecção sistêmica), distúrbio no padrão de sono e repouso.

O sono é um processo restaurador e recuperador que facilita o crescimento celular e a reparação dos tecidos orgânicos danificados ou em envelhecimento. Durante o sono os processos metabólicos diminuem para os níveis basais, havendo um profundo relaxamento muscular, aceleração na reparação dos tecidos e na síntese protéica. A privação do sono resulta em funcionamento cognitivo e percepção prejudicados como também diminue o limiar da dor (BOEVE et al., 2002; LAWRENCE et al., 1998).

Lawrence et al. (1998) relatam que 50% dos pacientes hospitalizados por lesões de queimaduras apresentam distúrbios de sono e que 40% continuam a apresentar esse distúrbio três meses após a alta. Neste estudo, verificou-se o padrão do sono e repouso habitual do paciente que sofreu queimaduras anterior à sua internação e no período próximo à alta hospitalar. A equipe de enfermagem precisa estar atenta aos fatores que influenciam na qualidade desta necessidade básica do paciente, identificando alterações do sono e repouso.

A dor é uma conseqüência, em muitos casos, de lesões por queimaduras. Após o acidente, os locais queimados e as áreas adjacentes tornam-se fontes de sensação dolorosa. Mesmo após a cicatrização das lesões por queimaduras o paciente pode apresentar dor, a qual é transmitida da periferia pelas fibras A-delta

de forma imediata e lentamente pelas C-fibras. Essas fibras são terminais nervosos colocados na medula espinhal a partir da qual a informação dolorosa é encaminhada para a região do tronco cerebral, tálamo, estrutura do sistema límbico e áreas corticais. Diversos neurotransmissores controlam a sensação dolorosa no indivíduo a qual envolve fatores cognitivos, afetivos e emocionais e funções sensoriais da transmissão da dor.

As lesões por queimaduras de I e II graus são mais dolorosas. Nas de III grau, há destruição completa da espessura da pele, atingindo as terminações nervosas sensitivas. Este tópico foi avaliado neste estudo utilizando-se uma escala numérica linear de intensidade dolorosa do paciente queimado. Investigou-se também a localização da dor, o mecanismo de alívio e controle da dor e a associação da dor quanto à posição, alimentação, exercício, repouso, atividades de rotina diária e procedimentos médicos e de enfermagem. Esses procedimentos são os mais citados pelos pacientes queimados como a situação em que eles apresentam maior sensação dolorosa, sobretudo na realização da limpeza e do curativo das lesões por queimaduras (MARVIN, 1998; SANTOS; CANTINHO; SANTOS, 2004). A equipe de enfermagem deve estar apta a identificar as respostas físicas e as comportamentais do paciente queimado em sua percepção da sensação dolorosa. A comunicação não-verbal de dor no paciente queimado precisa ser investigada e a equipe de enfermagem deve estar atenta às suas manifestações.

A avaliação da condição nutricional é fundamental em se tratando da pessoa que sofreu queimaduras, considerando-se o intenso processo hipermetabólico e hipercatabólico resultante das lesões por queimaduras. Alterações nutricionais como a desnutrição e as anemias devem ser investigadas e merecem especial atenção por parte da equipe de saúde em unidades de tratamento de queimados. Os nutrientes

fornecidos pela ingestão dos alimentos são essenciais para o crescimento, a regeneração tissular (cicatrização), a resistência à infecção e ao funcionamento normal das células (CARPENITO, 2002; SACRAMENTO et al., 2004). O estado nutricional do paciente queimado influi diretamente na resposta do organismo ao trauma térmico. A partir da verificação do peso e da estatura corporal é possível à equipe de saúde proceder à correção das alterações volêmicas e estabelecer necessidades de suplementação alimentar, sobretudo na fase aguda do trauma, em que a reposição hídrica é fundamental para a sobrevida do paciente queimado. Nesta pesquisa, a avaliação da condição nutricional se inicia com a antropometria (peso e altura), que é influenciada pela idade, constituição física e sexo. Considerou-se como valor de referência para o estado nutricional do paciente queimado o índice de massa corporal (IMC): baixo peso (<18,5 Kg/m^2), eutrófico (18,5 a 24,99 Kg/m^2), sobrepeso (25,0 a29,9 Kg/m^2) e obesidade (30,0 Kg/m^2 e +) (BARROS et al., 2002).

Deve ser também investigado o estado físico geral do paciente queimado, buscando informações sobre perda de peso anterior ao trauma por queimaduras, os exames laboratoriais de apoio diagnóstico (como, por exemplo, a dosagem de albumina), ingesta, presença de náuseas, vômitos e diarréias.

O **sistema gastrointestinal** é avaliado, no presente estudo, identificando-se as características do abdômen, presença de náuseas e de vômitos, sondas e drenos. A presença de vômitos e náuseas exige intervenções imediatas pela equipe de enfermagem. A avaliação do consumo geral de alimentos anterior à internação e no ambiente hospitalar do paciente queimado teve como objetivo buscar a relação entre estados nutricionais, hábitos alimentares e alterações do sistema gastrointestinal. Os hábitos alimentares são influenciados por diversos fatores como

pessoais, familiares, culturais, financeiros e funcionais (CARPENITO, 2002). Outros itens foram também avaliados como a cavidade oral, as mucosas, a dentição, a presença de prótese dentária, a deglutição e a mastigação. A avaliação desses tópicos é importante para a manutenção das condições nutricionais do paciente queimado.

A prescrição de dieta precoce por nutricionista (enteral ou parenteral) é fundamental para a sobrevivência do paciente queimado, sobretudo no período pós-trauma imediato, no qual se instala um intenso processo hipercatabólico com depleção grave. Dietas hipercalóricas e hiperprotéicas e a glutamina são também prescritas pelo nutricionista com o objetivo de suprir as necessidades nutricionais (CARVALHO; SALES, 1992; SACRAMENTO et al., 2004).

O processo de eliminação fecal atende às necessidades do organismo de remover substâncias presentes em quantidade excessiva e de produtos finais do metabolismo que não foram digeridos ou absorvidos pelo paciente (MARIA, 2003). A freqüência de eliminação intestinal antes e durante a internação, sobretudo no período próximo à alta hospitalar e a presença de dor, distensão abdominal e sons abdominais diminuídos podem indicar distúrbios funcionais na eliminação e, por essa razão, foram aspectos investigados nos pacientes queimados.

É fundamental para a equipe de enfermagem o conhecimento de padrões normais de eliminação fecal do paciente queimado e de irregularidades na freqüência, tipo e hábitos do processo de evacuação de maneira que se possa reconhecer a presença de anormalidades. Uma das principais alterações desse sistema é a constipação devido à situação de estresse, ao estado hipercatabólico em resposta ao trauma, à diminuição das atividades físicas pela internação e ao uso de medicação (MACIEL; SERRA, 2004).

A avaliação do **sistema genitourinário** engloba a investigação do comprometimento do aparelho genital e dos padrões de micção com relação à capacidade funcional dos tratos urinários. A insuficiência renal aumenta a taxa de mortalidade em grandes queimados e sua ocorrência tem sido observada em pacientes que desenvolveram sepse pós- trauma por queimaduras, fazendo parte do quadro de falência múltipla dos órgãos. Com os conhecimentos atuais a respeito da fisiopatologia das queimaduras, a mortalidade pelo choque hipovolêmico tem decrescido, mesmo em grandes queimados. O choque pode ocorrer quando o início do tratamento é retardado em função da demora da chegada do paciente ao hospital ou por atraso na transferência para um centro especializado de tratamento de queimados especializado. A infecção urinária está presente com maior freqüência em pacientes queimados como conseqüência do uso da sonda vesical de demora para controle do débito urinário. Outros fatores também contribuem para a sua ocorrência, como a queimadura do períneo, o uso de antibióticos de largo espectro, doenças obstrutivas do trato geniturinário, entre outras (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001; MACIEL; SERRA, 2004).

Neste estudo, o **sistema tegumentar** é avaliado em termos da superfície corporal queimada (SCQ), áreas atingidas, segundo o grau de profundidade das lesões por queimaduras e segundo o tratamento nas áreas queimadas (escarotomia, desbridamento cirúrgico, enxertia e oxigenoterapia hiperbárica). Dependendo do grau da lesão, de sua extensão e do tipo de agente causador são realizadas intervenções médicas e de enfermagem específicas para cada caso. Os curativos das áreas queimadas podem ser fechados (oclusivos) ou abertos. A equipe de enfermagem deve proceder à avaliação das lesões quanto a presença de exsudato do tipo seroso, purulento, sanguíneo (GOGIA, 2003; MACIEL; SERRA, 2004).

É importante na investigação sobre as condições das lesões por queimaduras avaliar as áreas queimadas quanto à presença de infecção. Processos infecciosos em queimaduras retardam a cicatrização das lesões e podem evoluir para uma infecção invasiva sistêmica. Vale lembrar que infecções em pessoa que sofreu queimaduras não se restringem aos aspectos das lesões, podem ocorrer por translocação bacteriana, principalmente do trato gastrointestinal. No instrumento de coleta de dados elaborado para fins deste estudo, foram objeto de investigação os sinais de infecção local e sistêmica. Edema, eritema, exsudato purulento ou com mau cheiro, aumento da dor e calor ao redor das lesões são indicativos de infecção local. Os sinais sistêmicos de infecção são febre acima de 38º C e menor que 36º C, invasão de tecidos não queimados, deterioração do estado mental (desorientação do sensório), trambocitopenia. Considera-se colonização microbiana quando a contagem de colônias não ultrapassa 100.000 colônias por grama de tecido. A partir desse valor considera-se infecção ou potencial para infecção. Neste caso, é indicativo de antibióticoterapia, independentemente das evidências clínicas e/ou laboratoriais (GOMES; SERRA, MACIEIRA JÚNIOR, 2001; MACIEL; SERRA, 2004).

Avaliar o estado das lesões de espessura parcial e/ou total é necessário pela equipe de enfermagem devido ao processo de cicatrização das lesões, áreas enxertadas e doadoras. O processo de cicatrização das lesões passa por três fases: inflamatória, fibroblástica e de remodelamento ou de maturação (PICCOLO; PICCOLO; PICCOLO, 2004).

A equipe de enfermagem deve estar atenta aos fatores que afetam a cicatrização das lesões, tais como: nutrição, doença vascular periférica, medicamentos sistêmicos e idade. Em relação à nutrição a deficiência de qualquer nutriente pode prejudicar ou retardar o processo de fechamento das lesões. Em

relação à doença vascular periférica, as insuficiências venosas e arterial desempenham papéis importantes no desenvolvimento de úlceras de extremidades inferiores, sobretudo em pacientes queimados com lesões traumaortopédicos os quais permanecem longos períodos de tempo hospitalizados. A terapêutica medicamentosa influencia na cicatrização das áreas queimadas como, por exemplo, os corticóides, que diminuem a resistência à tensão das lesões em processo de cicatrização. Os corticóides também inibem severamente a contração das lesões, além de suprimirem o sistema imune, o que torna as lesões susceptíveis à infecção. Doenças como diabetes, arterosclerose e outras vasculopatias reduzem a perfusão sangüinea da lesão e têm efeitos adversos na cicatrização. Em relação à idade, os idosos apresentam a resposta inflamatória diminuída, bem como a granulação retardada, aumentando o tempo de cicatrização das lesões (GOGIA, 2003).

Os agentes antimicrobianos utilizados para tratamento tópico das lesões por queimaduras não são padronizados. Cada unidade de tratamento de queimados utiliza tratamento que varia em relação aos resultados e aos custos. Entretanto, a sulfadiazina de prata a 1% é o antimicrobiano tópico mais usado mundialmente (CARROUGHER, 1998; MACIEL; SERRA, 2004). Na Unidade de Queimados onde foi realizada esta pesquisa, esse agente tópico é o antimicrobiano de escolha no tratamento das lesões por queimaduras e o óleo mineral é comumente indicado como uma alternativa para a hidratação das lesões na falta do hidratante tópico manipulado na farmácia daquele hospital.

Neste estudo, também é investigada a indicação do uso das malhas compressivas que auxiliam na cicatrização das lesões prevenindo cicatrizes hipertróficas e o uso do silicone. A cicatriz hipertrófica e o quelóide ocorrem devido à excessiva deposição de colágeno. O quelóide estende-se além dos limites da lesão

original e invade o tecido circundante, enquanto que a cicatriz hipertrófica, embora elevada, permanece dentro dos limites normais da lesão original e tende a diminuir gradativamente, sobretudo com o uso de pressão prolongada por meio das malhas compressivas (GOGIA, 2003). As seqüelas funcionais e o desfiguramento são avaliados neste estudo, pois podem desencadear distúrbio no autoconceito e auto-imagem (*self*). São investigados neste item tanto os aspectos físicos como os psico-emocionais do impacto do desfiguramento e das seqüelas funcionais sobre o paciente queimado.

O **sistema músculo-esquelético** tem funções específicas como proteger os órgãos vitais e os tecidos moles do corpo, dando sustentação ao organismo humano para a realização de atividades motoras e mobilidade física. Importante aspecto avaliado neste item é a presença de lesões por queimaduras nas articulações, mãos e pés. O sistema articular consiste de articulações ou junturas, onde dois ou mais ossos relacionam-se entre si na sua região de contato. A existência de lesões por queimaduras em articulações pode comprometer seriamente a mobilidade física, marcha, amplitude e força muscular do paciente queimado, trazendo dificuldades ao sistema locomotor (BARROS et al., 2002). Foram avaliados vários aspectos do sistema músculo-esquelético como presença de tremores nas mãos, atividade motora, amplitude de movimentos, força muscular e mobilidade física, uso de prótese pelo paciente queimado e marcha.

Para a investigação do grau de mobilidade física utilizou-se, neste estudo, uma escala numérica linear, sendo: 1- necessita de ajuda total para movimentar-se, 2- necessita de apoio, quando colocado sentado, não mantém o equilíbrio ou necessita de restrição mecânica que lhe restringe a mobilidade física (confusão mental, agitação psicomotora), 3- necessita de ajuda parcial para deitar-se, levantar-

se e sentar-se. 4- apesar das dificuldades, consegue mover-se sozinho, utilizando o lado não comprometido pelo trauma, 5- pode deitar-se, mudar o decúbito na cama, levantar-se, sentar-se na cadeira de forma independente.

Essa investigação é importante para a equipe de enfermagem, uma vez que pacientes vítimas de queimaduras graves em membros superiores ou inferiores, incluindo as articulações, podem apresentar maior déficit de mobilidade física, resultando em graus diferenciados de dependência ou inabilidade para o autocuidado (higiene corporal, eliminação, alimentação, higiene oral). O serviço de fisioterapia, como parte integrante da equipe de saúde na unidade de queimados, vem auxiliar os pacientes queimados a prevenir e a tratar dificuldades de movimentação, flexão e extensão por meio de exercícios passivos e ativos, postura, posição de conforto. Muitos pacientes queimados continuam com o tratamento de fisioterapia após a alta hospitalar devido aos comprometimentos no sistema músculo-esquelético.

A percepção do paciente em relação à imagem corporal é um importante item que é investigado neste estudo porque pacientes queimados atingidos em áreas do corpo como face e mãos podem apresentar distúrbios de imagem corporal. Fauerbach et al. (2000) afirmam que mudanças na aparência ou função do corpo podem resultar na alteração da percepção e na redução da satisfação da imagem corporal pelo indivíduo. Esses autores encontraram um alto índice de lesões por queimaduras na face, em pacientes queimados insatisfeitos com sua imagem corporal. A imagem corporal consiste de três componentes: a) realidade corporal: o corpo como ele realmente existe. As mudanças na realidade do corpo devem-se ao traumatismo, à malignidade, à infecção, à desnutrição, b) ideal corporal é a figura que representamos em nossas mentes, como gostaríamos que fosse o nosso corpo,

a aparência e o desempenho do nosso corpo. É influenciado pelas normas culturais e sociais; c) apresentação corporal é a forma como apresentamos o nosso corpo no ambiente externo, como vestimos, falamos, andamos (Price, 1990a). Para King (1981), a imagem corporal é a representação mental que o ser humano tem de seu próprio corpo limitado no espaço. Segundo Gonot (1989), a imagem corporal é um componente relacionado ao crescimento e ao desenvolvimento, que por sua vez influencia o conceito de *self.*

Tão importante quanto a percepção da imagem corporal em pacientes queimados é a percepção sobre o autocuidado. O autocuidado engloba as atividades necessárias para a satisfação das necessidades diárias, conhecidas como atividades do dia-a-dia, que são aprendidas ao longo do tempo e se tornam hábitos de vida (OREM, 2001). Neste tópico, é investigado o grau de comprometimento do paciente queimado em relação às atividades diárias como alimentação, vestuário, higiene corporal, higiene oral, eliminação e deambulação. Neste item, os pacientes foram avaliados por meio de uma escala numérica linear.

Importante item, objeto de investigação do sistema pessoal, foi a percepção do paciente queimado sobre a auto-estima e a auto-realização. A auto-estima tem um componente global que inclui sentimentos generalizados sobre si próprio. Tem relação com a aparência, as funções e o papel social que podem ser influenciados por eventos situacionais, como trauma e cirurgia (NORRIS et al., 1998). Esses itens foram avaliados por meio de perguntas, dirigidas aos pacientes queimados, como por exemplo, “Como você se via antes do acidente e após o acidente?” “Como está o seu relacionamento afetivo com o seu companheiro?”. A equipe de enfermagem deve investigar as alterações de humor, presença de ansiedade, comportamentos que refletem mudanças no auto-conceito do paciente queimado. Esses sentimentos

podem indicar alteração da auto-imagem (*self*) e propiciar comportamentos inadequados para a satisfação pessoal do paciente e de suas necessidades afetivas e emocionais em relação ao seu companheiro ou companheira e a equipe de saúde.

Com a questão, por exemplo, “como a queimadura poderá afetar a sua vida?” pode ser possível investigar a existência de alteração na auto-estima e auto-realização do paciente queimado que apresenta formas peculiares de enfrentamento do trauma térmico e de suas conseqüências físicas, psico-emocionais e sociais.

O **sistema interpessoal**, segundo Imogene King (1981), é fundamental para o estabelecimento da interação paciente-enfermeiro. Os itens investigados são a verbalização, a comunicação e a relação interpessoal, com os colegas de enfermaria e com a equipe de saúde, e em particular com o enfermeiro. Vale lembrar que alterações sensoperceptivas do paciente queimado influenciam o processo de comunicação. Para Imogene King (1981), a transação é conseqüência final do processo de comunicação estabelecido entre os profissionais de enfermagem, o paciente e o familiar desde o primeiro contato físico e visual e durante todas as fases do cuidado ao paciente internado. Mesmo que o processo de comunicação esteja estabelecido, pode não ocorrer a transação, ela resulta de troca de informações, experiências relatadas, escolhas de metas compartilhadas entre a equipe de enfermagem e o paciente.

No instrumento de coleta de dados elaborado para fins deste estudo, avaliaram-se também os sentimentos presentes nos pacientes queimados após o trauma em relação aos aspectos de comprometimentos que já se verificaram. O período próximo à alta hospitalar demanda, muitas vezes, sentimentos de preocupação, angústia, ansiedade em relação à mudança no estado de saúde do paciente queimado e do seu retorno ao domicílio e ao trabalho, acompanhado pelo

trauma e marcado pelas queimaduras que podem durar para sempre (WATKINS et al., 1996).

O **sistema social** é investigado neste estudo, por exemplo, por meio da identificação do papel social, ou seja, da situação ocupacional do paciente queimado. Para Imogene King (1981), o papel é um conjunto de comportamentos esperados quando se ocupa uma posição no sistema social como é o caso de um cargo ou uma função ocupacional. Aspectos importantes relacionados a integração social e ao desempenho de papéis foram avaliados. Neste item, é investigado o papel desempenhado pelo paciente na organização do trabalho, a interação desse paciente com o grupo social do trabalho - particularmente a comunicação estabelecida entre a autoridade da organização com o paciente hospitalizado. Dependendo do grau de comprometimento e das seqüelas, o retorno ao ambiente de trabalho e às funções anteriores ao trauma ficam comprometidos, muitas vezes, impossibilitando o paciente queimado no desempenho de suas atividades laborais. Vale lembrar que o homem é um ser social e uma das formas de ele criar a sua identidade social é por meio do trabalho. Sendo assim, a dificuldade ou a impossibilidade de retornar às atividades laborais representa um estressor do ambiente externo sobre o paciente queimado hospitalizado.

As condições de moradia e sanitárias e os aspectos sociais, econômicos, educacionais são itens importantes que são investigados. Essas informações, obtidas pela equipe de enfermagem, permitem uma visão do meio onde vive o paciente. Os dados obtidos devem subsidiar o estabelecimento de estratégias de assistência de enfermagem ao paciente queimado e a seus familiares na preparação para a alta hospitalar.

Vale lembrar que na unidade de queimados do hospital onde foi realizada esta pesquisa é estimulada a alta precoce dos pacientes queimados e esses pacientes geralmente necessitam de cuidados quanto às áreas queimadas, higiene corporal, alimentação, conforto, medicação no ambiente domiciliar. Considerando-se que o Hospital João XXIII é uma unidade hospitalar de referência em nível terciário para tratamento de queimaduras no Estado de Minas Gerais e, ainda, que este hospital é público, os pacientes referenciados ou que buscam tratamento nesse serviço são em sua maioria constituídos por população de baixa condição sócio-econômica. Esses aspectos são fundamentais para se ter uma visão política, social e cultural do trauma por queimaduras, que vai além dos problemas fisiopatológicos e tendo relação direta com a qualidade de vida do paciente queimado.

Um aspecto importante que deve ser investigado neste estudo é o grau de instrução. O nível de escolaridade, a idade, a condição sensoperceptiva do paciente queimado são importantes para a formulação de estratégias de ensino-aprendizagem pela equipe de enfermagem no período próximo à alta hospitalar. Segundo Imogene King (1981), um dos princípios básicos das necessidades fundamentais de saúde do ser humano é a informação, o atendimento preventivo à doença (diagnósticos de riscos) e o atendimento quando incapazes de cuidarem de si mesmos (déficit de autocuidado). Nesse sentido, são também objeto de investigação os aspectos relacionados ao conhecimento do paciente queimado quanto à sua condição de saúde, preocupações, mecanismos de enfrentamento e a identificação ou não de seus problemas de saúde decorrentes do acidente por lesões por queimaduras.

Segundo Wright e Leahey (1994), a mudança em um dos membros da família afeta todos os outros membros. Assim, os últimos itens avaliados neste estudo,

considerando o sistema social, foram os relativos à família do paciente queimado, aspectos de relacionamentos intra-familiares, comportamentos apresentados pela família diante do trauma e os vínculos estabelecidos pelos familiares na visão do paciente queimado, a identificação do membro familiar que acompanha o paciente na internação e que continuará a prestar os cuidados após a alta hospitalar (APÊNDICE A).

3.3.2 Coleta de dados de avaliação do familiar do paciente adulto que sofreu queimaduras

Considerando-se que os familiares desempenham um importante papel no cuidado à pessoa que sofreu queimaduras e, ainda, que esses familiares podem apresentar problemas decorrentes da hospitalização de um familiar na unidade de queimados ou apresentar problemas que já existiam anteriormente à internação desse familiar, é que se buscou avaliar os familiares dos pacientes queimados utilizando-se a observação e a entrevista.

Para Watkins et al. (1996), é fundamental a identificação das necessidades de familiares no pós-trauma do paciente, ou seja, como essas pessoas são afetadas pelo acidente por queimaduras ocorrido em um dos membros da família e como o processo de adaptação apresentado por eles afeta o sistema familiar. Segundo esses autores, geralmente a família que comparece à unidade de queimados, apresenta-se em crise, a qual está relacionada à necessidade de enfrentamento às conseqüências do acidente por queimaduras de um dos membros do sistema familiar. Desse modo, a equipe de saúde da unidade de queimados, em particular a de enfermagem, deve proceder ao acolhimento dos familiares dos pacientes

queimados desde o encontro inicial, estabelecendo canais de comunicação e de interação com esses familiares. Vale lembrar também que o impacto do trauma amplia-se para a rede de relações econômica, social e emocional da pessoa que sofreu queimaduras e de seus familiares.

A enfermagem que busca adotar a prática clínica de assistência à família necessita estar apoiada em um modelo teórico e um método que possibilite a sua avaliação e intervenção (PAVELQUEIRES, 2002). Neste estudo, utilizou-se a Teoria de Imogene King (1981), considerando-se as perspectivas apresentadas por Wicks (1995) nas quais pacientes e familiares são o foco de intervenções de enfermagem e o trauma térmico é tido como um fator estressor que interfere na dinâmica e no funcionamento familiar. Nesse sentido, foram coletados dados de um membro familiar (consangüíneo ou parente) que estivesse efetivamente acompanhando e/ou prestando cuidados ao paciente queimado no período próximo à alta hospitalar.

O instrumento de coleta de dados do familiar do paciente que sofreu queimaduras proposto neste estudo, é composto por três partes adequando-se ao referencial teórico de Imogene King (1981), quais sejam: sistema pessoal, sistema interpessoal e sistema social.

O primeiro item do **sistema pessoal** é a identificação do familiar quanto ao grau de parentesco, sexo, idade, nível de escolaridade, local de trabalho, cargo/função que ocupa nesse local de trabalho e o estado civil. O grau de parentesco e o sexo são itens importantes a serem investigados, uma vez que na literatura encontrou-se uma predominância de familiares que desempenham o papel de cuidador do sexo feminino, sendo em sua grande maioria constituídos por esposa, mãe, filha e irmã de pacientes hospitalizados ou em cuidado domiciliar. O homem ajuda a cuidar, geralmente, no caso em que a mulher precisa ausentar-se ou

ainda quando o compromisso de cuidar precisa ser compartilhado entre os familiares ou parentes próximos (BUDÔ, 1997; FARO, 1998; JUKEMURA, 2002).

A composição familiar é investigada neste estudo como forma de se identificar quem são os membros da família e as pessoas agregadas. No caso do familiar não morar na mesma residência do paciente, foram obtidas informações sobre a composição familiar desse paciente. Esses dados permitem uma avaliação estrutural dos membros da família em relação à idade, ao nível de escolaridade, à contribuição para a renda familiar e ao estado de saúde anterior ao trauma e atual . A avaliação estrutural da família é parte integrante do genograma familiar (WRIGHT; LEAHEY, 1994).

A situação de ocupação/trabalho dos membros da família é um item importante a ser investigado juntamente à renda familiar. Neste estudo, o registro da atividade ocupacional e da renda foi realizado no sistema pessoal, pois esses aspectos foram considerados como parte da identificação dos familiares. Entretanto, a análise da condição sócio-econômica, que reflete na forma como a família se organiza perante o trauma e como se comporta em tais situações foi realizada no sistema social.

Para Wright e Leahey (1994), a família é ligada por fortes laços afetivos e emocionais, é um sistema ou uma unidade, na qual os seus membros podem ou não estar relacionados no mesmo espaço. Esta unidade pode ou não conter filhos e as suas funções consistem em cuidar por meio da proteção, nutrição e socialização entre os seus membros. Desse modo, a família pode ter configurações diversas e os seus membros podem atribuir diferentes compreensões em relação ao seu significado e a sua função. Neste estudo, este item é investigado por meio da pergunta dirigida ao membro familiar: qual é a função da família em sua opinião? Em

seguida são obtidas informações acerca do acidente por queimaduras: se algum membro da família presenciou o acidente, qual foi a circunstância em que ocorreu o acidente e qual é o sentimento do membro familiar com relação à proximidade da alta hospitalar do familiar queimado.

Os aspectos relativos ao acompanhamento do paciente queimado no período próximo à alta hospitalar são importantes informações a serem obtidas do membro familiar. Neste item, identificou-se a pessoa da família ou o parente próximo que tem acompanhado e/ou prestado cuidados ao paciente que sofreu queimaduras no hospital e que seguirá acompanhando esse paciente após a alta hospitalar. Obteve-se também informações sobre a disponibilidade de tempo dessa pessoa para realizar tais cuidados. Muitas vezes, o familiar que auxilia nos cuidados ao paciente queimado sente-se ansioso, preocupado e cansado devido aos diversos papéis que desempenha na vida diária como a administração do lar, trabalho, criação dos filhos e ainda por assumir a responsabilidade pelo acompanhamento e cuidado do familiar vítima do trauma por queimadura. Esse familiar pode deixar de desempenhar um papel importante em sua vida familiar de rotina, o que pode resultar em troca de papéis ou funções dentro da família. Essa troca de papéis pode ser uma experiência positiva ou negativa para essa pessoa.

Como a família tem reagido ao acidente por queimaduras e ao tratamento durante a internação do familiar queimado é um aspecto investigado neste item; procurando-se conhecer o comportamento dos familiares no pós-trauma e as expectativas quanto ao tratamento e à recuperação.

O último item a ser investigado no sistema pessoal é em relação à existência de outras experiências com acidentes ou doenças na família; se houve necessidade

de cuidados da família em casa e quem foi o membro familiar que desempenhou o papel de cuidador.

No **sistema interpessoal**, utilizou-se como tópico complementar à Teoria de King, o genograma familiar como um recurso metodológico de visualização de cenários na interação paciente, família e membro familiar. A utilização do genograma interacional é parte integrante do Modelo Calgary de Avaliação da Família, descrito por Wright e Leahey (1994), sendo fundamentado na teoria de sistemas abertos e na comunicação, que permite avaliar a estrutura interna e externa da família, convergente com a teoria de Imogene King (1981).

Nesse Modelo, são consideradas as seguintes categorias no processo de avaliação das famílias: estrutura, desenvolvimento e função. Quanto à categoria *estrutura*, as autoras apresentam três subcategorias, a saber, interna, externa e relacionada ao contexto. A estrutura interna se refere à avaliação dos seguintes aspectos: composição familiar, gênero, posição dos filhos na família e a estrutura externa inclui duas sub-categorias: extensão da família e abrangência. Em relação à categoria *desenvolvimento*, são considerados: o estágio em que o sistema familiar se encontra, as tarefas desempenhadas pelos familiares e os vínculos entre os membros da família. Em relação à avaliação da *função* da família, são investigados os aspectos relacionados às atividades diárias, as interações emocionais, os papéis desempenhados e as estratégias de solução de problemas (WRIGHT; LEAHY, 1994).

O genograma é uma “representação gráfica e diagnóstica que permite constatar o parentesco e o tipo de interação existente entre os diferentes membros da família”, inclusive do cuidador, se for um dos familiares (MARQUES; ELSEN, 1994, p. 186). Este recurso visual permite uma avaliação rápida, porém consistente,

das inter-relações no contexto familiar, possibilitando a coleta e o agrupamento de dados e a interpretação da dinâmica familiar na vivência do pós-trauma.

É claro que o uso do genograma para a avaliação familiar tem limitações, sobretudo, em relação às dimensões funcionais da família, que o referido instrumento não permite aprofundar. A esse respeito, Wright e Leahey (1994) e Pavelqueires (2002) afirmam que a prática clínica de assistência familiar deve estar apoiada em um modelo conceitual que permita uma fácil avaliação e intervenção junto à família. “Caso contrário, torna-se difícil, talvez impossível, agrupar múltiplos dados, analisá-los e planejar uma efetiva assistência. Sem considerar as inter-relações entre os sujeitos não se exercerá impacto sobre a família” (PAVELQUEIRES, 2002, p. 29).

Em se tratando da operacionalização do processo de enfermagem enquanto método que fundamenta a prática clínica, tendo como clientes a pessoa com problemas de saúde e o membro familiar e/ou a família, seria difícil tratar de todos os aspectos da avaliação familiar num único instrumento de coleta de dados, dada a complexidade das variáveis estruturais, organizacionais, funcionais e daquelas relativas aos fatores antropológicos, culturais, éticos e políticos, tratadas em estudos de modelos teóricos de família, sem mencionar as relacionadas ao paciente.

Mesmo assim, encontram-se na literatura estudos de maior complexidade e magnitude como as pesquisas relatadas por Astedt-Kurki et al. (2001) e Chávez-Aguiera, Friedemann e Alcorta-Garcia (2000), nas quais o principal objetivo foi testar um instrumento para dimensionar a efetividade do funcionamento familiar com base no referencial teórico de Friedemann (1991, 1995). O primeiro estudo foi aplicado em famílias no México e o segundo em famílias finlandesas, por um longo período de tempo devido à complexidade de sua operacionalização na prática de abordagem de

família. É claro que estudos desta natureza irão contribuir para o aprofundamento e refinamento das questões teóricas e metodológicas de estudos de famílias.

O genograma interacional é construído a partir da família em estudo, contendo três gerações. O casal é colocado ao centro na horizontal e os filhos dispostos abaixo em linhas verticais, da esquerda para a direita, segundo ordem de nascimento. As idades e os nomes são colocados dentro do círculo (sexo feminino) e quadrado (sexo masculino). Quando o familiar for falecido ou se houver um casal separado receberá uma legenda específica. Informações importantes como doença, cirurgias, tratamentos são colocados abaixo do círculo ou quadrado.

Para se identificar os processos interativos dos familiares em relação ao contexto social foi também construído o ecomapa familiar com o objetivo de se verificar a rede de apoio social dos familiares. O ecomapa é construído a partir das relações de interações estabelecidas pelos familiares com o ambiente externo à família.

No presente estudo, a identificação das modalidades de interações no genograma foi definida como: super-interação com forte vínculo, interação positiva com vínculo moderado, interação perturbada com vínculo débil e interação negativa com vínculo interrompido (FIG. 2). Os estudos realizados por Imber-Black (1988), Marques e Elsen (1994), Patrício (1994) e Pavelqueires (2002) são alguns exemplos de utilização do genograma como instrumento para a avaliação da família.

Genograma Familiar

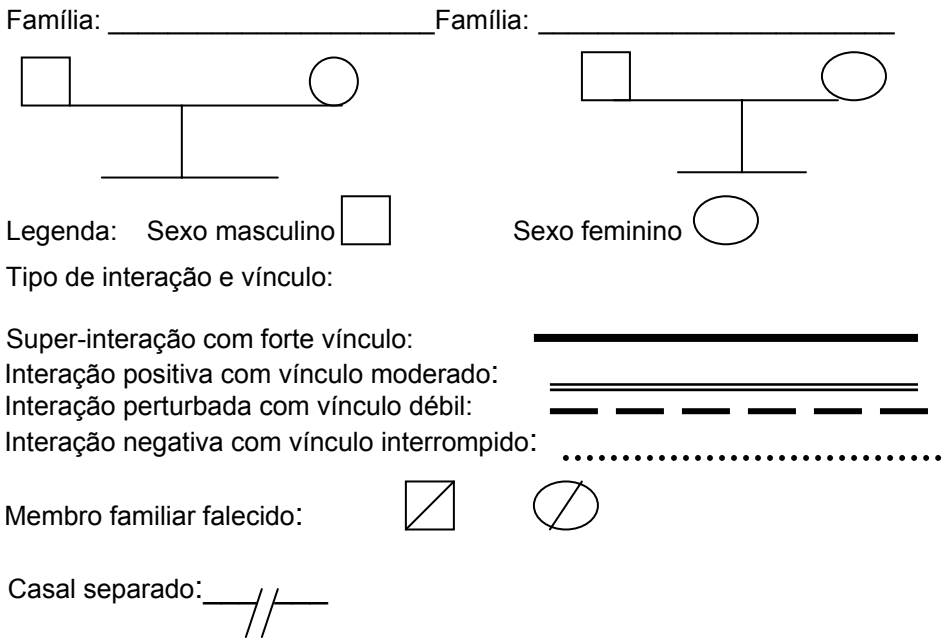


Figura 2- Genograma familiar
Fonte: Adaptado de WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 2nd ed. Philadelphia: F.A.davis, 1994.

Vale lembrar que qualquer evento ou mudança significante em um dos membros da família, afetará todos os demais membros, cada qual em seu grau. Esse é um dos pressupostos teóricos do Modelo Calgary de Avaliação da Família que norteou a investigação deste estudo ao considerar o acidente por queimaduras um evento traumático tanto para a pessoa que sofreu queimaduras como para o familiar que tem acompanhado essa pessoa na fase de internação, particularmente no período próximo à alta hospitalar. Segundo Wright e Leahey (1994), a família tende a criar um ponto de equilíbrio entre as mudanças ocorridas pelo impacto do trauma e a estabilidade. Neste contexto, é importante conhecer os sentimentos

desenvolvidos pelo familiar, que presta cuidados ao paciente queimado e a reação da família quanto informada sobre o acidente.

O familiar pode tornar-se cuidador por vários motivos como, por exemplo, para satisfazer as suas emoções, por capacidade devido ao seu preparo técnico, pelo nível de afinidade e vínculo com a pessoa doente, por maior disponibilidade e conjuntura familiar ou por imposição (JUKEMURA, 2002). Quando a escolha de um familiar para acompanhar a pessoa doente ou cuidar dela é resultado de imposição da família, ele pode se sentir pressionado a desempenhar um papel para o qual não estava preparado ou que não quisesse desempenhar, o que pode resultar em graus variados de ansiedade e estresse. Sendo assim, é importante investigar se o familiar que acompanha o paciente queimado sofre alguma pressão por parte de familiares ou pessoas externas à família.

Outro item a ser avaliado no sistema interpessoal é a percepção do membro familiar sobre a atual condição de saúde do paciente queimado, que pode ou não revelar semelhanças em relação à percepção da pessoa hospitalizada. Nessa linha de investigação é importante obter informações sobre qual foi o sentimento do membro da família ao olhar pela primeira vez as lesões por queimaduras de seu familiar e ao perceber as necessidades e as dificuldades para o cuidado quando do retorno do paciente ao domicílio.

Dúvidas relacionadas ao tratamento e cuidados à pessoa hospitalizada podem surgir durante a realização dos procedimentos pela equipe de saúde. Desse modo, é fundamental investigar sobre essas dúvidas e dificuldades apresentadas pelo membro familiar. Essa etapa do período de internação é crucial para o paciente e seus familiares, e a equipe de enfermagem desempenha um papel importante na preparação do paciente e de seus familiares para a alta hospitalar. Neste item

incluem investigações sobre a necessidade de orientação e de informação do familiar pela equipe de enfermagem.

No sistema interpessoal, no âmbito da abordagem da família, a investigação sobre a presença de atitudes e comportamentos que podem colocar em risco a vida do paciente queimado, sobre a preocupação do familiar em relação à saúde psicológica e emocional e sobre como o paciente tem vivido desde a internação são aspectos fundamentais para a enfermagem. A queimadura leva o paciente queimado e seus familiares inevitavelmente a viver novas experiências, em que emergem sentimentos de ansiedade, apreensão, tristeza, desespero, desamparo, temor e ameaça.

O último item a ser investigado no sistema interpessoal refere-se aos comportamentos ou sentimentos apresentados pelo familiar em relação ao acompanhamento e/ou cuidados ao paciente queimado durante o período próximo à alta hospitalar. O familiar e sua família podem apresentar comportamentos, sentimentos e atitudes que indicam uma disposição para o enfrentamento ao trauma aumentado, incapacitado ou comprometido (CARPENITO, 2002). Muitos fatores podem contribuir para que o familiar e sua família apresentem esses comportamentos e atitudes que promovam ou não o cuidado, a recuperação e a reabilitação da pessoa que sofreu queimaduras. Essa disposição pode estar comprometida devido ao conflito familiar, crises situacionais que o familiar tem enfrentado, desarranjo temporário da família, grau de comprometimento da saúde do familiar queimado e perspectivas quanto ao futuro, incluindo a presença de seqüelas físicas, psico-emocionais e sociais (CARPENITO, 2002).

O primeiro item a ser investigado no **sistema social** é a identificação da rede de suporte social. Para Wright e Leahey (1994), a avaliação da estrutura externa à

família é importante para ajudar o paciente e os familiares na recuperação e reabilitação após a alta hospitalar. Assim, é preciso investigar com quais entidades, instituições e grupos sociais o membro familiar e sua família mantêm relação e contam com apoio. É também objeto de investigação se o membro familiar mantém relação com a vizinhança, participa de organizações recreativas e comunidade religiosa (PAVELQUEIRES, 2002). O membro familiar que acompanha o paciente queimado durante a internação se vê impossibilitado de interagir com os grupos sociais que fazem parte de sua vida diária. Além de permanecer longe do convívio dos familiares, ainda se vê confinado num ambiente que desconhece, convivendo com pessoas com as quais não conhecia e não mantinha qualquer vínculo afetivo ou emocional. Nesse sentido, o familiar pode apresentar sentimentos de ansiedade, desconforto, desamparo e preocupação.

As crises acidentais enfrentadas pelo familiar têm impacto sobre a atual condição de saúde psicológica, física e emocional do próprio familiar que acompanha o paciente queimado. Essas situações de crises podem ter surgido após o trauma ou já existiam antes do acidente por queimaduras. O acidente já é por si só um evento traumático e desestabilizador da unidade familiar. Se o familiar está experimentando alguma situação estressante ou foi por ela afetado no passado, mas sem superação dessa crise no presente, pode potencializar os problemas apresentados por ele durante o acompanhamento do paciente hospitalizado. As situações de crise investigadas neste estudo incluem as mudanças de padrão econômico, abandono, problemas conjugais e psicossociais. Vale lembrar que essas situações podem ser traumáticas e afetar o desenvolvimento do sistema familiar (WRIGHT; LEAHEY, 1994).

A ocupação tem um papel fundamental na vida das pessoas. A informação do familiar quanto ao retorno do paciente queimado ao trabalho é importante para se estabelecer um processo de interação entre a equipe de saúde, o familiar e o paciente no sentido de promover os cuidados necessários ao seu retorno às suas atividades laborais. Nem sempre esse retorno é possível devido ao grau de comprometimento funcional do paciente queimado, sobretudo em se tratando de queimaduras elétricas, quando muitas vezes se faz necessária a amputação. O trabalho é um dos principais eixos condutores de alcance de metas de auto-realização (KING, 1981). Nesse sentido, é importante investigar a atual situação trabalhista do paciente queimado, segundo informações do membro familiar, estabelecer contato ou buscar informações sobre a assistência prestada pela empresa ou organização onde o paciente trabalha e a perspectiva de retorno ao cargo/função desse paciente.

A tomada de decisão e o exercício da autoridade são investigados neste estudo como forma de se identificar problemas na dinâmica familiar devido à ausência de um dos familiares. Essa avaliação pode revelar um grande transtorno na rotina da vida familiar, deixando o membro da família que acompanha o paciente queimado durante a sua hospitalização mais vulnerável às condições de estresse do ambiente hospitalar e aos esforços que os cuidados ao paciente queimado exigem.

O último item a ser investigado no sistema social diz respeito à forma como o familiar e a família têm enfrentado o acidente por queimaduras ocorrido com um de seus membros. A pergunta: como você e sua família têm enfrentado o acidente ocorrido com o seu familiar? é feita para se obter informações sobre as reais condições de comunicação e de enfrentamento intra-familiar para a promoção da saúde do familiar queimado (acompanhamento durante a internação, tratamento,

continuidade da rotina doméstica e familiar, cuidado com os filhos, entre outros) (APÊNDICE B).

3.3.3 Diagnóstico de enfermagem

Inicialmente, é importante esclarecer que a escolha da classificação dos diagnósticos de enfermagem também envolve a consideração das questões metodológicas, uma vez que existem diversas classificações a serem utilizadas pelos enfermeiros em sua prática clínica.

Segundo Nóbrega e Gutiérrez (2000), há sistemas de classificação relacionados às fases do processo de enfermagem como a *North American Nursing Diagnosis* - NANDA, *Nursing Intervention Classification* – NIC e *Nursisng Outcomes Classification* - NOC, de categorização dos cuidados domiciliares – *Home Health Care Classification, o Comunity Health System,* conhecida como classificação de Omaha, a CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem e o CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, coordenado e elaborado pela Associação Brasileira de Enfermagem. Neste estudo, optou-se por adotar a classificação proposta pela Taxonomia II proposta pela NANDA (2002), para a identificação dos diagnósticos de enfermagem de pacientes que sofreram queimaduras e de seus familiares, por ser uma classificação mundialmente utilizada na prática clínica de enfermagem com uma linguagem padronizada, tendo sido traduzida e adaptada para várias línguas e países (COLER, 2000; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

A NANDA (*North American Nursing Association*) é uma associação norte-americana que organiza a padronização de linguagem de um sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem e atualiza a sua publicação a cada dois anos. A Taxonomia I da NANDA (2000) apresenta uma estrutura de diagnósticos de enfermagem designada em Padrões de Respostas Humanas, mas com a publicação da Taxonomia II em 2002, foi definida uma nova estrutura para a classificação dos diagnósticos de enfermagem.

Eram nove os Padrões de Respostas Humanas, organizando os diagnósticos de enfermagem na Taxonomia I da NANDA (trocar, comunicar, mover, conhecer, sentir, perceber, valorar, relacionar e escolher). Segundo Cruz (2001), essa classificação vinha sendo bastante criticada e essa estrutura foi reorganizada na Taxonomia II, permitindo a máxima combinação entre domínios, classes e diagnósticos. A Taxonomia II, publicada em 2002, tem 13 domínios, 46 classes e 155 diagnósticos (NANDA, 2002).

A Taxonomia II foi elaborada para ser multiaxial, aumentando a "flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar facilmente acréscimos e modificações" (NANDA, 2002, p. 239-40). Há sete eixos de julgamento:

1- O conceito diagnóstico (parte essencial da declaração diagnóstica, consta de um ou mais substantivos): especificação do foco.
2- Tempo (duração): agudo/crônico, curta/longa.
3- Unidade de cuidado: indivíduo/família/comunidade/grupo-alvo.
4- Idade (estágio de desenvolvimento): de feto a idoso.
5- Potencialidade (avaliação da potencialidade da resposta): real, risco para, bem-estar, potencial para o crescimento/aumento.
6- Descritor: limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico.

7- Topologia: partes/regiões do corpo.

Um eixo é definido como “uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo diagnóstico [...] sendo representado nos diagnósticos de enfermagem nomeados/codificados por seus valores” (NANDA, 2002, p. 239).

A *North American Nursing Diagnosis Association* (2002) alerta que a Taxonomia II em sua forma multiaxial pode conduzir a construção de vários diagnósticos que não tiveram aprovação pela NANDA. Recomenda, então, que o profissional enfermeiro utilize aqueles aprovados para teste que possuem características definidoras.

Os diagnósticos de enfermagem podem ser de quatro tipos: 1) real - descreve as respostas humanas às condições de saúde e aos processos vitais que existem no indivíduo, na família e na comunidade; 2) risco - descreve respostas humanas às condições de saúde e aos processos vitais que podem se desenvolver em um indivíduo, na família ou na comunidade vulneráveis (relaciona-se aos fatores de risco); 3) bem-estar - descrevem respostas humanas de um indivíduo, da família ou da comunidade que revelam um potencial para elevar-se a um nível superior de bem-estar comparado ao atual; 4) síndrome de enfermagem - um agrupamento de diagnósticos de enfermagem reais ou de risco, que se prevê em decorrência de um determinado evento ou situação (NANDA, 2002).

Os diagnósticos de enfermagem têm sido apresentados pela NANDA (2002), considerando-se os seguintes componentes:

Título: é uma frase concisa ou um termo que representa um padrão de indicadores relacionados.

Definição: fornece uma descrição clara e precisa do diagnóstico, delineia o seu significado e diferencia-a de todos os outros diagnósticos, evitando interpretações indevidas.

Características definidoras: são sinais e sintomas ou evidências clínicas que fundamentam a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem.

Fatores relacionados: são condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico ou influenciar o seu aparecimento (no caso de fatores de risco).

Na literatura, temos estudos que utilizaram a Teoria de King (1981) na configuração do processo de enfermagem ou de suas fases e de incorporação da Taxonomia I da NANDA no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem. Garcia (1996) estabeleceu os diagnósticos de adolescentes grávidas solteiras, fundamentados na teoria de sistemas dinâmicos interatuantes de Imogene King (1981). Jesus (1992) e Vieira (2000) utilizaram o marco teórico de King e a Taxonomia I da NANDA (1990, 2000) para a identificação de diagnósticos de enfermagem mais freqüentes a pacientes com alterações hematológicas e puérperas que tiveram seus filhos prematuros hospitalizados, respectivamente. Segundo Jesus (1992), a incorporação da Taxonomia I da NANDA (1990) ao processo de enfermagem descrito por King (1981) mostrou-se satisfatória, sugerindo a substituição da lista de problemas de King pela identificação das características definidoras dos diagnósticos.

Coker et al. (1995), tiveram como principal objetivo em seu estudo ajudar as enfermeiras a identificar mais claramente a conexão entre a base teórica de King (1981) e a formulação da Taxonomia da NANDA (1994). O resultado desse trabalho foi a elaboração de um instrumento de categorização da Taxonomia de Diagnósticos

de Enfermagem descrita pela NANDA para sua integralização no modelo teórico e conceitual de King (1981).

Segundo Coker et al (1995), um Comitê de Enfermeiras passou dois anos estudando a Teoria de King e mais um ano para se familiarizar com os diagnósticos de enfermagem descritos pela NANDA. Várias rodadas de categorização foram necessárias, incluindo a validação realizada por um grupo de peritos, para a integralização dos diagnósticos de enfermagem da NANDA à estrutura conceitual de King nos sistemas pessoal, interpessoal e social. A última etapa desse projeto buscava testar o instrumento de categorização. Essa fase foi desenvolvida em três unidades de saúde e uma de reabilitação. Vinte e cinco enfermeiras participaram da epsquisa. Essas enfermeiras passaram por um treinamento anterior à utilização do instrumento de categorização junto à pacientes. Para Coker et al. (1995), os resultados desse estudo indicam que as enfermeiras aumentaram a capacidade de realizar a conexão entre a Taxonomia da NANDA (1994) e o modelo teórico de King (1981) com a ajuda do instrumento de categorização e treinamento em serviço. Desse modo, ficou evidenciado pela pesquisa realizada, que a Teoria de King tem convergência com a Taxonomia da NANDA e, portanto, são passíveis de serem utilizadas na prática clínica.

O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem é fundamental para o planejamento da assistência uma vez que direciona as intervenções de enfermagem (CHRISTENSEN; KENNEY, 1990). O diagnóstico de enfermagem tem se constituído em uma das principais fontes de conhecimento científico de enfermagem, tornando-se fundamental para o planejamento dos cuidados de enfermagem (JESUS, 1992).

Doenges e Moothouse (2002, p. 18) afirmam que:

> Um diagnóstico de enfermagem é uma decisão acerca de um problema/necessidade que requeira a intervenção e o manejo do

> enfermeiro. O problema pode referir-se a qualquer fato que interfira na qualidade de vida [...] do paciente e da família.

Assim, o diagnóstico de enfermagem deve ser entendido como uma função independente do profissional enfermeiro e não como parte integrante do diagnóstico médico (CARPENITO, 1997). Esse ponto é fundamental para a prática clínica, uma vez que direciona o enfermeiro para a identificação de diagnósticos que demandam a atuação legal e a intervenção da área específica de conhecimento da enfermagem.

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2000, p. 143), o diagnóstico de enfermagem é definido como:

> [...] um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável (aprovado na 9ª Conferência, 1990).

Jesus (2000) salienta pontos importantes a serem considerados a partir da definição de “diagnóstico de enfermagem” proposta pela NANDA (1990): 1) o diagnóstico de enfermagem é um julgamento, pressupõe a interpretação da informação, o agrupamento e a nomeação; 2) o diagnóstico de enfermagem não tem como objeto de intervenção uma necessidade ou uma doença, representa as respostas dos pacientes aos processos vitais ou aos problemas de saúde, podendo apresentar respostas de adaptação, crescimento e desenvolvimento a esses processos; 3) a clientela é representada pelo indivíduo, pela família e pela comunidade. De acordo com essa autora, a caracterização dos diagnósticos de enfermagem de um grupo de pacientes possibilita a identificação de padrões relacionados às respostas humanas alteradas, contribuindo para o planejamento da assistência a essa clientela.

As respostas frente à queimadura são individualizadas por depender de mecanismos compensatórios e de estratégias de resolução de cada paciente ou de

cada membro da família. Entretanto, algumas respostas são comuns aos pacientes e a seus familiares. A identificação dos diagnósticos mais freqüentes poderá subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem, com recursos humanos e materiais adequados, buscando a melhora da qualidade dos cuidados de enfermagem (ROSSI et al., 1998c).

3. 3. 4 Processo de estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem

Segundo Jesus (2000), para que as intervenções de enfermagem contribuam para o planejamento da assistência, elas precisam ser definidas a partir de diagnósticos de enfermagem corretamente estabelecidos. Para estabelecê-los com propriedade, o profissional enfermeiro desenvolve uma série de processos cognitivos, resultando no raciocínio diagnóstico.

Para Carvalho e Ruffino (1998), o diagnóstico de enfermagem tem sido compreendido como um produto para o qual as classificações são utilizadas para rotulá-lo e como processo, envolvendo diferentes fases ou etapas. Desse modo, o raciocínio diagnóstico caracteriza-se pela produção e teste de hipóteses que se processa de diferentes maneiras na tomada de decisão.

Carnevali e Thomas (1993) afirmam que o diagnóstico de enfermagem resulta de uma série de julgamentos clínicos, os quais representam decisões complexas tomadas pelo profissional enfermeiro a partir dos resultados encontrados na coleta de dados e de suas interpretações sobre as condições de um indivíduo ou família. Para Carvalho e Jesus (1997), o julgamento clínico possibilita designar um significado e classificar um fenômeno. O julgamento clínico é definido por Cruz (1993) como o julgamento que o profissional enfermeiro realiza sobre a situação do

paciente e sobre os problemas de saúde, a partir da interpretação dos dados coletados.

Para Newble et al. (1995), o profissional enfermeiro utiliza o raciocínio clínico para realizar o julgamento em uma dada situação clínica, sintetizando as informações obtidas e integrando-as ao conhecimento anterior ou adquirido. Para esses autores, o processo de raciocínio diagnóstico é uma atividade intelectual complexa que envolve conhecimentos empíricos e científicos.

Neste estudo foi adotado o processo de raciocínio diagnóstico descrito por Risner (1990), segundo a aplicação de Carvalho e Jesus (1997) que consiste de duas fases: análise e síntese dos dados coletados e estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem propriamente dito. A análise e síntese são processos de avaliação e interpretação dos dados.

A análise envolve a separação do todo em partes, de forma que os dados sejam organizados em categorias, e a identificação de lacunas ou dados divergentes (RISNER, 1990). Essa etapa é iniciada com o processo de coleta de dados e registro das informações, segundo as categorias adotadas no instrumento de coleta de dados.

A síntese refere-se à combinação das partes ou elementos considerando-se, inicialmente, pistas precoces que podem fornecer indicações sobre um diagnóstico. Essa etapa inclui o agrupamento dos dados, comparação com teorias e padrões, formalização de uma inferência ou hipótese diagnóstica e explicitação das causas relacionadas (RISNER, 1990). A comparação dos dados refere-se a um processo de comparação com teorias, critérios, normas, padrões de normalidade. O estabelecimento de uma inferência ou hipótese diagnóstica consiste na formulação de um diagnóstico provisório que poderá ser ou não confirmado. Na explicitação dos

fatores relacionados o enfermeiro explora e explica os fatores que estão associados aos dados agrupados que podem contribuir para a hipótese diagnóstica. Finalmente, o diagnóstico é redigido com base em um sistema de classificação.

4 METODOLOGIA

A abordagem metodológica adotada para esta pesquisa foi, segundo as recomendações de Yin (2001), o estudo de casos múltiplos para a identificação dos diagnósticos de pacientes adultos, que sofreram queimaduras e de seus familiares, no período próximo à alta hospitalar. Trata-se de uma investigação em profundidade, descritiva e exploratória, abordando múltiplos aspectos das condições de saúde e doença desses clientes (pessoa que sofreu queimaduras e membro da família).

A utilização de estudo de caso na prática assistencial, no ensino e na pesquisa de enfermagem tem sido descrita por vários autores como: Lunney, (1992), Garcia (1996), Jesus (2000), Sena et al. (2001), Galdeano (2002). Do ponto de vista conceitual “trata-se de observar um ou poucos indivíduos com uma mesma doença ou evento e, a partir da descrição dos respectivos casos, traçar um perfil das suas principais características” (PEREIRA, 1995, p. 270).

Para Polit e Hungler (1995), os estudos de caso são investigações em profundidade de um indivíduo, grupo, instituição ou uma outra unidade social, cujo objetivo é analisar e compreender as variáveis importantes ao histórico ou cuidado prestado ao indivíduo ou a seus problemas. Essa abordagem metodológica permite uma investigação aprofundada dos pacientes, utilizando múltiplas fontes de informação, mediante detalhada coleta de dados (CRESWELL, 1998). Para Yin

(2001), as várias fontes de informações são altamente complementares e, em estudos de casos, é recomendável utilizar o maior número possível de fontes de evidências.

Para Lüdke e André (1986), o estudo de casos é um método utilizado em pesquisas qualitativas, sendo, também, usado em pesquisas quantitativas como em estudos de casos clínicos. Pereira (1995) afirma que o método estudo de casos tem um enfoque qualitativo e exploratório, porém muitas facetas podem ser quantificadas. Desse modo, procede-se uma combinação dessa abordagem metodológica com métodos quantitativos para compor um quadro mais completo da situação que se deseja investigar. Para Yin (2001), os delineamentos de pesquisas de estudos de casos objetivam uma generalização analítica e não generalizações estatísticas com os métodos quantitativos.

Do ponto de vista conceitual, o método “estudo de caso” difere de “uma série de casos”. Segundo Pereira (1995), o primeiro limita-se a investigar de um a nove clientes e o segundo a um mínimo de dez clientes. Já para Yin (2001), a diferença não se reduz a uma escolha quantitativa, ou seja, o estudo de casos múltiplos, como é definido por esse autor, pode envolver dois, três, quatro ou mais casos a serem investigados, a depender do propósito da pesquisa.

Têm-se como aspectos positivos do estudo de casos a facilidade de sua realização e o fato de que as informações são padronizadas e o custo é razoável. Os aspectos limitantes referem-se à falta de grupos-controle, resultando, portanto, em estudos não-controlados. Além disso, essa abordagem metodológica raramente abrange os clientes em todas as etapas de manifestação da doença (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996; LUNNEY, 1992; PEREIRA, 1995).

De acordo com Soares e Siqueira (2002), estudos de uma série de casos não são estudos comparativos, nem fornecem informações confiáveis para a comparação entre tratamentos. Esses estudos “devem ser vistos como o primeiro elo de uma cadeia de evidências a serem obtidos e não como opiniões definitivas” (SOARES; SIQUEIRA, 2002, p. 17).

Um aspecto relevante descrito por Yin (2001) diz respeito à unidade de análise da pesquisa de estudos de caso. A definição da unidade de análise é fundamental para a condução adequada do estudo nas etapas de coleta de dados, análise e discussão. Enquanto unidades de análise consideram-se, neste estudo, a pessoa que sofreu queimaduras e o seu familiar. Esta questão metodológica é importante para a delimitação da pesquisa, uma vez que reflete na escolha de instrumentos de coleta e de métodos de categorização dos resultados. Vale lembrar que a Taxonomia utilizada nesta pesquisa para a identificação de diagnósticos de enfermagem foi a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (2002) que apresenta classificação de diagnósticos de enfermagem em sua grande maioria para indivíduos e alguns para a unidade familiar.

A unidade de análise em estudos de abordagem à família pode ser o sistema familiar como um todo, os subsistemas familiares e/ou os membros individuais de uma família. Entretanto, em definições de diagnósticos de enfermagem na abordagem à família classificados pela NANDA (2002), encontramos as palavras “membro da família”, “amigo íntimo” e “pessoa significativa ou fundamental”, o que revela uma grande variedade de unidades de análise na abordagem à família, não se restringindo ao membro da família propriamente dito.

Outro aspecto importante a ser discutido é que adultos hospitalizados podem apresentar uma variedade de pessoas, da família ou não, que acompanham o

paciente durante a hospitalização (esposa, esposo, pai, mãe, irmão, irmã, tia, tio, cunhada, cunhado, primo, primo, amigo, vizinho, entre outros), ao contrário das crianças hospitalizadas, que apresentam em sua grande maioria os progenitores (mãe e/ou pai) como primeira escolha para o seu acompanhamento durante a internação, respaldadas legalmente pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

4.1 Campo de Estudo

A pesquisa de campo foi realizada na Unidade de Queimados do Hospital João XXIII (Hospital Pronto Socorro) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Trata-se de um hospital geral de grande porte com 288 leitos, referência regional e estadual em nível terciário para queimados. Está localizado no Estado de Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte, que conta com 2,5 milhões de habitantes.

A Unidade de Queimados possui 40 leitos e nela são internados crianças, adultos e idosos, principalmente da cidade de Belo Horizonte e região metropolitana. Os leitos estão distribuídos no 8º e 9º andares do hospital. No 9º andar permanecem internados os pacientes em condições críticas, que necessitam de cuidados intensivos pela equipe de saúde. O presente estudo foi realizado no 8º andar, onde os pacientes estáveis clinicamente são submetidos aos procedimentos cirúrgicos e terapêuticos necessários à sua recuperação para a alta hospitalar. A equipe de saúde dessa unidade é composta por cirurgião plástico, clínico geral, pediatra, enfermeiro, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta. Sempre que necessário, outras especialidades médicas e profissionais do hospital são solicitados para prestarem atendimento aos pacientes queimados.

O hospital conta ainda com uma unidade ambulatorial para tratamento de queimados, localizado no andar térreo dessa unidade hospitalar.

A unidade de queimados, onde se realizou esta pesquisa não possui acomodações para acompanhantes, nem sala para recreação para_pacientes adultos internados.

Foi solicitada autorização à Direção dessa unidade hospitalar para o desenvolvimento da pesquisa de campo e o projeto foi submetido ao Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do referido hospital, segundo as recomendações da Resolução 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997). O NEP do Hospital João XXIII, após parecer, encaminhou o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Diretoria de Ensino e Pesquisa da FHEMIG. O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG, após avaliação do projeto, emitiu o parecer consubstanciado de aprovação em 12 de julho de 2002. (ANEXO A).

4.2 Sujeitos da Pesquisa

Utilizou-se nesta pesquisa a amostra por conveniência, que teve como grupo de estudo 10 pacientes adultos que sofreram queimaduras e 10 familiares desses pacientes. A amostra por conveniência é utilizada em estudos clínicos, compostos por pessoas que atendem os critérios de entrada e são de fácil acesso ao pesquisador. A amostra por conveniência respondeu a questão do estudo, cujos sujeitos representaram adequadamente a população-alvo, ou seja, pacientes adultos queimados internados e familiares desses pacientes, no período próximo à alta hospitalar (HULLEY et al., 2003). Durante o período de coleta de dados, solicitava-se a um dos membros da equipe de saúde (assistente social, médico, enfermeiro) que

informasse os pacientes adultos que já haviam realizado a última cirurgia, que apresentavam lesões em fase de epitelização e que, possivelmente, receberiam alta dentro de uma a duas semanas.

A partir dessas informações, foram selecionados pacientes com idade igual ou superior a 21 anos, independente de sexo, admitidos na Unidade de Queimados do Hospital João XXIII no período de abril a agosto de 2004 e familiares com idade igual ou superior a 21 anos, independe de sexo. Foi também considerado como critério de seleção que os pacientes e familiares deveriam apresentar condições cognitivas que possibilitassem a participação na pesquisa; que, embora tivessem antecedentes psiquiátricos prévios, deveriam apresentar condições mentais para a realização da entrevista. Além desse, os critérios de inclusão dos familiares foram que:

- pertencessem à família por consangüineidade ou por parentesco ou proximidade afetiva;
- estivessem efetivamente acompanhando e/ou prestando cuidados ao paciente queimado durante a internação;
- fosse identificado pelo paciente pela relação de proximidade e fortes vínculos de interação familiar;
- tivessem como proposta manter o acompanhamento e os cuidados ao paciente em tempo parcial ou integralmente, quando do seu retorno ao ambiente domiciliar.

Além dos critérios descritos, participaram deste estudo os pacientes e os familiares que concordaram, mediante o conhecimentode “Esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa - pacientes e seus familiares” e a assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICES C e D).

4.3 Etapas da pesquisa

A pesquisa foi realizada em cinco etapas:

1- Elaboração dos instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados do paciente e do familiar foram elaborados com base no modelo conceitual de Imogene King (1981), considerando-se os sistemas pessoal, interpessoal e social. No instrumento de coleta de dados do membro da família utilizou-se o Genograma Familiar e o Ecomapa da Família (WRIGHT; LEAHEY, 1994) como forma de identificar as relações da estrutura e do funcionamento da família, o grau de proximidade e de vínculo do familiar com o paciente internado e as relações de interação de cada familiar com a rede de apoio social. Um exemplo da aplicação desses instrumentos está disponibilizado ao final do trabalho (APÊNDICE E).

A elaboração dos itens dos instrumentos de coleta de dados foi baseada na literatura (DALRI, 1993; FARO, 1998; GARCIA, 1996; ROSSI, 1998c), no conhecimento adquirido em disciplinas cursadas e na experiência da pesquisadora. A organização desses itens é fundamental para a compreensão das particularidades relacionadas aos acidentes por queimaduras e para a identificação de problemas de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar.

Os instrumentos de coleta de dados de pacientes que sofreram queimaduras e de seus familiares foram submetidos à apreciação de três enfermeiros que atuam na Unidade de Queimados com experiência profissional há mais de cinco anos e modificados atendendo às recomendações desses. Com o objetivo de verificar se os

instrumentos permitiriam a identificação dos diagnósticos de enfermagem, os enfermeiros foram instruídos individual e verbalmente, para a realização do julgamento do conteúdo e aparência dos instrumentos, de modo que verificassem a clareza das afirmações, a facilidade de leitura, a compreensão, o conteúdo e a forma do instrumento, além de verificarem a necessidade de retirada, acréscimo ou alterações de itens.

2- Pré-teste dos instrumentos de coleta de dados

Inicialmente foi realizado um pré-teste dos instrumentos de coleta de dados em dois pacientes que sofreram queimaduras e em seus familiares, na Unidade de Queimados do Hospital Pronto Socorro João XXIII de Belo Horizonte, para a identificação de problemas, que poderiam interferir na aplicação desses instrumentos no período próximo à alta hospitalar do paciente que sofreu queimaduras. O pré-teste deve ser conduzido com o objetivo de esclarecer, refinar e medir a duração da aplicação do instrumento (HULLEY et al., 2003). Posteriormente, foi realizada nova aplicação dos instrumentos em dois pacientes e seus familiares e identificados os diagnósticos de enfermagem. Desse modo, foi possível identificar falhas na redação do formulário em termos da complexidade das questões e imprecisão na redação, dificultando a compreensão dessas questões pelo paciente e familiar e constrangimentos aos entrevistados.

3 – Avaliação dos pacientes queimados e de seus familiares

Os pacientes que sofreram queimaduras e seus familiares foram avaliados pela pesquisadora durante o período de abril a agosto de 2004, na Unidade de Queimados do Hospital Pronto Socorro João XXIII de Belo Horizonte.

Os pacientes e seus familiares foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos deste estudo e sobre a forma de sua participação. Eles tiveram o prazo de 24 horas para a leitura dos documentos “Esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa” e “Termo de Consentimento” para decidirem sobre a sua participação na pesquisa. Apenas aqueles que concordaram mediante assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” participaram efetivamente da pesquisa, segundo as recomendações da Resolução 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997).

A coleta de dados dos pacientes foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, exame físico e consulta aos registros dos prontuários. A aplicação do instrumento de coleta de dados para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem não implicou em interrupção da assistência à saúde dos pacientes na Unidade de Queimados.

Foram realizados em média três encontros com cada paciente e dois encontros com os familiares com duração de quarenta e cinco minutos à uma hora. O primeiro encontro teve como objetivo a apresentação da pesquisadora e do trabalho a ser desenvolvido para o paciente e seu familiar por um membro da equipe de saúde. Os pacientes foram avaliados no período da manhã e os familiares foram entrevistados, em sua maioria, também no horário da manhã.

A coleta de dados do paciente e do familiar na unidade de internação foi realizada entre uma a duas semanas antes da alta (período próximo à alta hospitalar) e foi registrada manualmente, utilizando-se lápis e papel na realização do registro.

4 – Estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem

Utilizou-se o processo raciocínio diagnóstico de Risner (1990), segundo a aplicação de Carvalho e Jesus (1997) e a Taxonomia II descrita pela North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (2002), para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Utilizou-se também a interpretação da Taxonomia I da NANDA realizada por Carpenito (2002) para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem do paciente queimado e do familiar por, em alguns casos, apresentar características definidoras e fatores relacionados mais pertinentes para o caso. Os instrumentos de coleta de dados preenchidos pela pesquisadora e os registros das etapas do processo raciocínio diagnóstico foram entregues a duas enfermeiras com experiência na assistência de enfermagem ao paciente que sofreu queimaduras e conhecimento específico em diagnóstico de enfermagem. Em seguida, foi solicitado a essas enfermeiras que analisassem os dados coletados, identificando as lacunas e/ou dados divergentes e confirmassem ou não cada diagnóstico. Após a análise dos dados, realizada pelas enfermeiras, a pesquisadora foi novamente coletar os dados, visando completar as informações e esclarecer os dados divergentes. Os diagnósticos de enfermagem foram também revisados, considerando-se a opinião dessas enfermeiras e os novos dados coletados (APÊNDICE F). A partir desse processo, foram identificados 30 diferentes diagnósticos de enfermagem para os pacientes avaliados e 11 diagnósticos para os familiares. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram distribuídos por categorias diagnósticas por freqüência simples, segundo a ocorrência em pacientes que sofreram queimaduras e seus familiares no período próximo à alta hospitalar.

É importante ressaltar que à medida que foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, os pacientes que sofreram queimaduras e seus familiares foram

assistidos pela pesquisadora e pela equipe de enfermagem da unidade de queimados, onde foi realizada essa pesquisa.

5 Identificação das percepções de familiares sobre os problemas presentados pelos pacientes queimados internados

As percepções dos problemas de pacientes queimados relatadas por seus familiares, registradas nos instrumentos de coletas de dados dos familiares, foram submetidas à Análise Temática, conforme descrita por Minayo (2000). As categorias obtidas com a análise dos relatos verbais dos familiares foram comparadas com os diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora para os pacientes queimados avaliados nesta pesquisa.

A análise temática relaciona-se à busca de significado de um tema que se deseja investigar a partir dos relatos verbais das pessoas, os quais são apresentados por meio de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2000). Ao fazer a análise temática busca-se descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência tem significado para o objetivo analítico proposto. Assim, tradicionalmente se realiza a análise temática com ênfase na identificação da freqüência dos núcleos de significado como característica do discurso. No entanto, a análise temática pode ser realizada a partir da visão qualitativa do discurso, determinando-se “os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso” (MINAYO, 2000, p. 209).

Segundo essa autora, a análise temática consiste de três fases: 1) pré-analítica, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira fase consiste na escolha dos documentos a serem analisados, que inclui a leitura e o contato exaustivo desse material pelo pesquisador e a organização do material, respondendo a normas de validade e a formulação de hipóteses e objetivos.

A fase de exploração do material consiste na operação de codificação, ou seja, na identificação dos núcleos de significado de compreensão do texto com o objetivo de classificar e agregar os dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que nortearão a especificação dos temas.

A última fase refere-se ao tratamento dos dados obtidos e à sua interpretação segundo as hipóteses e os objetivos previamente estabelecidos. Essa fase tem sido tradicionalmente desenvolvida na perspectiva do levantamento de regularidade ou de freqüência em que as unidades de registro aparecem nos documentos (quantificação). Entretanto, segundo Minayo (2000, p. 211) “há variantes na abordagem que ao tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas”.

Neste estudo, a análise foi realizada iniciando-se pela leitura de todos os dados registrados no instrumento de coleta de cada familiar. A partir dessa leitura, foram selecionados todos os depoimentos dos familiares que faziam referência aos problemas que o paciente que sofreu queimaduras apresentava ou que poderia apresentar após a alta hospitalar. Com base nas etapas descritas por Minayo (2000), foram identificados núcleos de significados (códigos). Nesta identificação, foi utilizado como um fio condutor o objetivo dessa etapa: identificar as percepções dos

familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes. Esses núcleos foram organizados em 15 categorias temáticas. Essas categorias foram rotuladas segundo a Taxonomia II da NANDA (2002), originando 19 categorias diagnósticas (Quadro 3). No Quadro 3, para cada categoria são apresentados exemplos de núcleos de significados que foram identificados nos depoimentos dos familiares.

Quadro 3 - Categorias temáticas das percepções dos familiares, segundo os sistemas dinâmicos Interatuantes propostos por King (1981), comparadas aos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes queimados pela pesquisadora, Belo Horizonte, 2004.

Sistemas dinâmicos interatuantes/ Categorias temáticas	Diagnóstico de enfermagem Taxonomia II da NANDA (2002)
Sistema pessoal	
Cuidados com as lesões por queimaduras e infecção ('cuidado com a pele', 'limpeza das feridas', 'não pegar infecção')	Integridade tissular prejudicada e risco para infecção
Dor ('dor na perna, durante o banho, curativo')	Dor aguda
Autocuidado ('cuidado com a higiene', 'vai ter que ajudar no banho', 'dificuldade para se vestir')	Déficit no autocuidado para banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, higiene íntima e síndrome do déficit no autocuidado
Mudança na aparência ou função do corpo ('queimadura no rosto dela [...] ela tinha uma vaidade com o rosto', 'pernas manchadas')	Imagem corporal perturbada
Mobilidade física ('dificuldade para caminhar", 'difícil deitar sozinha')	Mobilidade física prejudicada
Visão ('queimadura no olho esquerdo', 'dificuldade para enxergar com o olho esquerdo')	Percepção sensorial prejudicada
Nutrição ('precisa perder peso', 'está gorda')	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais
Risco pra queda ('serviço dela não é seguro, pode cair novamente', 'piso molhado')	Risco para quedas
Sistema interpessoal	
Ansiedade e medo ('nervosa, preocupado, aflito, ansiosa, inquietação, medo da cirurgia e anestesia')	Ansiedade e medo
Pesar e tristeza ('não superou a perda', 'está triste desde que a filha morreu')	Sentimento de pesar disfuncional e tristeza crônica
Tentativa de suicídio ('pode tentar de novo')	Risco para suicídio
Abuso de álcool ('bebe desde adolescente', 'gosta de beber pinga')	Processos familiares disfuncionais: alcoolismo
Manutenção da saúde ('precisa emagrecer para não ter pressão alta e diabete')	Manutenção da saúde alterada

Os relatos dos familiares e os agrupamentos realizados que deram origem às categorias foram analisados por dois enfermeiros com experiência na assistência às vitimas de queimaduras e conhecimento sobre diagnósticos de enfermagem que confirmaram as categorias obtidas e os rótulos atribuídos de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2002).

Estabeleceu-se assim uma comparação entre os problemas percebidos pelos familiares, rotulados de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2002) e os 30 diagnósticos de enfermagem (real e de risco) identificados pela pesquisadora. Para análise da congruência entre as percepções dos familiares acerca dos problemas apresentados pelos pacientes e os 30 diagnósticos de enfermagem identificados

pela pesquisadora, calculou-se os percentuais de acordos e de desacordos entre os familiares e a pesquisadora.

É importante destacar que não houve casos em que o familiar percebeu situações que poderiam caracterizar um dado diagnóstico e que esse diagnóstico de enfermagem não tenha sido identificado pelo pesquisador. Assim, tomando como base os 30 diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora, as situações em que os familiares e pesquisadora identificaram o mesmo diagnóstico foram nomeadas como acordos positivos; os casos em que pesquisador e familiar não identificaram os mesmos diagnósticos foram nomeados como acordos negativos e os casos em que o pesquisador identificou um diagnóstico e não houve concordância com o familiar foram rotulados como desacordos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados seguindo-se a seguinte cronologia: a) caracterização dos pacientes adultos que sofreram queimaduras; b) diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes adultos que sofreram queimaduras; c) caracterização dos familiares de pacientes adultos que sofreram queimaduras; d) diagnósticos de enfermagem identificados em familiares de pacientes adultos que sofreram queimaduras; e) comparação entre as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e os diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora.

5.1 Caracterização dos pacientes adultos que sofreram queimaduras

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos 10 pacientes queimados avaliados, segundo o sexo, o tipo de acidente e a idade.

Tabela 1- Distribuição dos 10 pacientes queimados avaliados segundo o sexo, tipo de acidente e idade, Belo Horizonte, 2004.

Sexo	Tipo de acidente	Idade				
		21 –ı 30	31 –ı 40	41 –ı 50	51 –ı 60	Total
Feminino	Domiciliar	2	-	-	1	3
	Trabalho	-	-	1	-	1
	Tentativa de suicídio	-	1	1	-	2
Subtotal		2	1	2	1	6
Masculino	Domiciliar	-	1	-	-	1
	Trabalho	1	2	-	-	3
	Tentativa de suicídio	-	-	-	-	-
Subtotal		1	3	-	-	4
Total		3	4	2	1	10

Em relação à idade, quatro pacientes (40%) estavam na faixa etária entre 31 a 40 anos e três pacientes (30%) na faixa etária entre 21 a 30 anos.

Quarenta por cento foram vítimas de acidentes no domicílio ou de trabalho e 20% tentativa de auto-extermínio. Entre os pacientes selecionados neste estudo, não houve casos de trauma em conseqüência de acidente por agressão, tentativa de homicídio ou lesão por inalação.

Em estudo relatado por Dalri (1993), na fase aguda do pós-trauma, 47% dos pacientes avaliados (8-17) foram vítimas de queimaduras por tentativa de auto-extermínio.

No Brasil as queimaduras ocorrem com maior freqüência no sexo masculino (DALRI, 1993; CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004; WERNECK; REICHENHEIM,1997). Em outros países, principalmente na Ásia, as mulheres são o grupo de maior risco por utilizarem o fogo para a realização das tarefas domésticas e na Índia, 70% dos acidentes por queimaduras ocorrem em mulheres devido, principalmente à violência (CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004).

Em relação ao estado civil, a maioria era casada (80%) e residente na região metropolitana de Belo Horizonte (60%). Prevaleceu a religião católica (50%), seguida da evangélica (40%).

O atendimento prévio realizado à pessoa que sofreu queimaduras anteriormente à internação e o meio de transporte utilizado para o encaminhamento do paciente à unidade de tratamento de queimados foram também investigados. Neste estudo, o atendimento prévio foi realizado em seis pacientes avaliados, sendo encaminhados em sua totalidade através de ambulância para Belo Horizonte. Os pacientes atendidos em unidades hospitalares antes da internação foram submetidos aos cuidados de primeiros socorros. É importante ressaltar também que a totalidade dos pacientes chegou ao Hospital João XXIII nas primeiras 24 horas após o acidente por queimaduras. Dois pacientes permaneceram internados durante

três dias na enfermaria do ambulatório desse hospital por falta de vagas na unidade de tratamento de queimados. Os cuidados prévios realizados por equipe de saúde ao paciente queimado e a sua transferência para uma unidade hospitalar especializada nas primeiras 24 horas após o acidente seguem as recomendações da Sociedade Brasileira de Queimaduras (2003).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos 10 pacientes queimados avaliados, segundo a natureza das lesões por queimaduras, o agente causador e o percentual da superfície corporal queimada (SCQ).

Tabela 2- Distribuição dos 10 pacientes queimados avaliados segundo a natureza das lesões por queimaduras, agente causador e percentual da superfície corporal queimada (SCQ), Belo Horizonte, 2004

Natureza	Agente	SCQ%			
		<10	10 –ı 20	20 –ı 30	Total
Térmica	Líquido superaquecido	1	1	1	3
	Substância inflamável	-	1	2	3
	Chama direta	-	-	1	1
Elétrica	Corrente elétrica	1	-	1	2
Química	Substância química	-	-	1	1
Total		2	2	6	10

Pode ser observado na Tabela 2 que sete pacientes foram vítimas de acidentes por queimaduras de natureza térmica. Esses são os agentes mais freqüentes em nosso meio, tendo como principal causa os líquidos superaquecidos e em seguida, os líquidos inflamáveis (SOUZA; MARCHESAN; GREENE, 1998). Em estudo realizado por Dalri (1993) essa autora encontrou o álcool como o principal agente causador de queimaduras térmicas em pacientes queimados avaliados na fase aguda do pós-trauma.

Em relação à superfície corporal queimada (SCQ), seis pacientes apresentaram SCQ entre 20 a 30%.

Quanto ao grau de profundidade das lesões, cinco pacientes apresentaram lesões por queimaduras de segundo grau ou de espessura parcial e cinco apresentaram lesões de segundo e terceiro grau ou de espessura total, havendo necessidade de cirurgia de enxertia.

As substâncias inflamáveis (gasolina e álcool) e a chama direta foram responsáveis por queimaduras térmicas mais extensas e profundas, resultando na realização de cirurgias de auto-enxertia. Estudo realizado em Hong Kong, descrito por autores como Ho e Yin (2001a) e o realizado em Ribeirão Preto(SP) por Souza, Marchesan e Greene (1998) apresentam o álcool e a chama direta como principais agentes causadores de queimaduras térmicas.

Beraldo et al. (1999) constataram que os acidentes térmicos envolvendo álcool resultaram em lesões por queimaduras de grande extensão em 28% dos casos de pacientes avaliados. As lesões por queimaduras causadas por álcool são mais profundas que por líquidos superaquecidos, pois o tempo de exposição da pele ao calor parece ser maior em queimaduras causadas por substância inflamável (ROSSI et al., 1998a). Quando o álcool líquido atinge uma pessoa, continua em combustão até ser totalmente queimado. Por isso, é raro uma pessoa vítima de acidentes com álcool líquido apresentar queimaduras leves (ARCE, 2004).

Entre os pacientes avaliados nesta pesquisa, dois deles, do sexo feminino, sofreram queimaduras em conseqüência de tentativa de auto-extermínio, tendo como agentes causadores o álcool incandescente e a chama direta. Essas pacientes apresentaram lesões por queimaduras de terceiro grau ou de espessura total o que resultou em cirurgias de auto-enxertia e maior tempo de internação.

Há uma predominância no país de acidentes por queimaduras por tentativa de auto-extermínio em pessoas do sexo feminino e estão associados, em sua grade

maioria, a transtornos psiquiátricos anteriores ao trauma, tendo como principal agente causador o álcool (CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004). Como substância inflamável de uso doméstico, esse produto tem sido utilizado como instrumento de auto-extermínio por adultos (ROSSI et al., 1998a).

No Brasil, o álcool líquido ainda é utilizado como produto de limpeza, combustível para automóvel e meio para acender churrasqueira e esquentar alimentos em fogareiros improvisados, sendo de fácil acesso para crianças e adultos. É um produto comercializado em supermercados e postos de gasolina (COSTA et al., 1994; ROSSI et al. 1998b; SOUZA et al., 2002; WERNECK; REICHENHEIM, 1997).

Recentemente, a introdução do álcool na forma gel no mercado brasileiro já mostra resultados satisfatórios. O número de acidentes por álcool teve redução de 60 a 65% em alguns Estados após a publicação da Resolução – RDC nº 46 de 20 de fevereiro de 2002, que aprova o regulamento técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro, comercializado por atacadistas e varejistas (ANVISA, 2002).

O Estado do Ceará, por exemplo, reduziu em 80% os acidentes térmicos causados por álcool. Os resultados na redução da incidência de acidentes por queimaduras, tendo como agente o álcool líquido, possivelmente ainda não são homogêneos no país, apesar da legislação, porque esse produto inflamável continua sendo comercializado em supermercados e farmácias nas periferias dos grandes centros urbanos ou mesmo no interior dos estados (ANVISA, 2004).

No Estado de Minas Gerais a Sociedade Mineira de Pediatria, representantes da Associação Médica de Minas Gerais, Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, Conselho Regional de Medicina e associações de defesa do consumidor entraram

com uma interpelação judicial, em novembro de 2004, com o objetivo de suspender a comercialização do álcool líquido nos principais supermercados do Estado (ARCE, 2004). Com isso pretendem reduzir o número de acidentes por queimaduras, tendo como agente causador o álcool líquido, que tem sido responsável por 30% dos acidentes por queimaduras em crianças atendidas no Hospital João XXIII, localizado na capital mineira, onde foi realizado o presente estudo (ARCE, 2004).

Neste estudo, dois pacientes foram vítimas de acidente por queimadura elétrica. Em um deles houve a amputação do terço médio do braço esquerdo e em outro, as lesões resultaram em grave comprometimento funcional das mãos. As lesões por queimaduras elétricas resultam freqüentemente em danos teciduais mais profundos, podendo atingir músculos e estrutura óssea. Quando a vítima de acidente por descarga elétrica sobrevive e chega ao hospital, ela impressiona pelo quadro que apresenta, deixando a equipe de saúde comovida com situação tão traumática (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

Segundo Gomes, Serra e Macieira Júnior (2001), quando a equipe de saúde está diante de um acidente por queimadura elétrica extensa e grave, os profissionais se defrontam com o problema da amputação, quando indicada. Nesse caso, a equipe de enfermagem, como também o cirurgião, o psicólogo e a assistente social, enfrentam uma situação triste e difícil, quando da solicitação de autorização para se realizar a cirurgia de amputação. Tanto o paciente quanto a família precisam ser assistidos pela equipe de saúde no enfrentamento desse momento tão difícil em suas vidas. A amputação se revela uma mutilação sem retrocesso, que pode resultar em alterações da auto-estima e do autoconceito, bem como em percepções alteradas da imagem corporal que interfere no processo de recuperação e reabilitação do paciente. Desse modo, é fundamental que a equipe de enfermagem

ajude pacientes e familiares, a formularem estratégias de enfrentamento para que o retorno do paciente e de familiares ao ambiente domiciliar e à sociedade seja o menos traumático possível.

Neste estudo, um dos pacientes foi vítima de queimadura química ocorrida no ambiente de trabalho, em conseqüência de lesões por soda cáustica de sódio diluída em água quente, atingindo a região torácica anterior, os braços direito e esquerdo e o olho esquerdo desse paciente. Essa queimadura resultou em lesões de segundo grau devido aos cuidados imediatos realizados pós-queimadura nesse paciente, antes de ser encaminhado ao hospital.

O dano tecidual decorrente da exposição das pessoas a agentes químicos depende “da força e concentração do agente, da qualidade do agente, do modo e duração do contato cutâneo, da extensão de penetração no tecido e do mecanismo de ação” (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001, p. 118).

O grau da lesão é diretamente proporcional à concentração do produto e ao tempo de exposição dos tecidos. No caso desse paciente, a quantidade do produto utilizado foi pequena e o tempo de exposição do produto químico sobre os tecidos foi reduzido em função dos primeiros socorros realizados no paciente logo após o acidente, ainda no ambiente de trabalho.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das atividades ocupacionais e o grau de instrução dos 10 pacientes queimados avaliados. Sabe-se da importância de se conhecer as reais condições de moradia, transporte, educação e as situações financeiras das pessoas que sofreram queimaduras, particularmente de pessoas internadas em uma unidade hospitalar pública vinculada ao Sistema Único de Saúde, onde há uma predominância de pacientes de baixo padrão social e econômico (MARCHESAN et al., 1997).

Tabela 3- Distribuição dos 10 pacientes queimados avaliados segundo a ocupação/profissão e grau de instrução, Belo Horizonte, 2004.

Ocupação/profissão	Grau de instrução				
	Alfabetizado	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Médio incompleto	Total
Do lar	1	1	1	-	3
Pedreiro	-	1	-	-	1
Cozinheira	-	1	-	-	1
Cuidadora infantil (babá)	-	1	-	-	1
Mecânico	-	1	-	-	1
Soldador	-	1	-	-	1
Assistente de produção	-	-	1	-	1
Vendedora	-	-	-	1	1
Total	1	6	2	1	10

A maioria dos pacientes queimados avaliados (70%) neste estudo apresentou um baixo nível de instrução, ou seja, seis não completaram o ensino fundamental e uma paciente foi alfabetizada na adolescência.

A ocupação/profissão tem relação direta com o grau de instrução desses pacientes, tendo sido encontradas profissões como pedreiro, cozinheira, cuidadora infantil (babá), mecânico e soldador (Tabela 3). Entre os pacientes avaliados, 60% possuem renda familiar de até dois salários mínimos e precisam sustentar a família constituída em sua maioria de quatro a cinco pessoas, incluindo crianças, adultos ou idosos. Sobre as condições sanitárias, 80% dos pacientes têm abastecimento de água e esgotamento sanitário e o acesso viário para o local de moradia também é seguro. Entretanto, dois pacientes relataram situações bastante precárias em relação à região onde moravam, por se tratar de área de risco: habitações sem tratamento sanitário e localizadas em regiões despovoadas; com acessos viários inseguros e altos índices de criminalidade (assaltos, homicídios).

As características da morbi-mortalidade dos acidentes por queimaduras em diferentes centros e unidades hospitalares especializadas são influenciadas pelas condições sociais, culturais e econômicas da região ou país onde esses hospitais

estão localizados e pela qualidade do tratamento prestado por essas instituições (FUKUMISHI et al., 2000; SOUZA; MARCHESAN; GREENE; 1998).

É grande o número de favelas e moradias de baixa renda na periferia de Belo Horizonte e na região metropolitana. Isso resulta do intenso processo migratório, o que explica, em parte, as características dos pacientes queimados, internados no hospital onde foi realizada a pesquisa, quanto às condições sócio-econômicas e ocupacionais. É importante destacar que as populações de baixa condição social e econômica procuram atendimento ou são encaminhadas para esse hospital, por ser uma unidade hospitalar pública de referência para tratamentos de queimados (JIE; BAOREN, 2002).

As informações obtidas pela equipe de enfermagem sobre o nível social, educacional e econômico e condição sanitária do meio onde vivem o paciente e sua família, devem subsidiar as estratégias de assistência de enfermagem na preparação do paciente e de seus familiares para a alta hospitalar.

Observou-se durante a realização desta pesquisa que há casos em que o enfermeiro, a assistente social e os médicos que atuam na unidade de queimados precisam rever o processo de alta precoce de pacientes, cujas condições sociais e econômicas não possibilitam os cuidados em ambiente domiciliar ou no local onde vivem (casas abandonadas, barracos improvisados debaixo de viadutos, moradores de rua).

5. 2 Diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes adultos que sofreram queimaduras

Tabela 4 apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real identificados de pacientes estudados segundo a Taxonomia II da NANDA (2002) no período próximo à alta hospitalar.

Tabela 4- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real de pacientes queimados avaliados, Belo Horizonte, 2004.

Diagnósticos de enfermagem	Pacientes (Casos)										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	n	%
Integridade tissular prejudicada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10	100
Dor aguda	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10	100
Ansiedade	x	x	x	x	x	x	-	x	-	x	8	80
Padrão de sono perturbado	x	-	x	x	x	x	x	-	-	x	7	70
Conhecimento deficiente	x	x	x	-	-	-	-	-	x	x	5	50
Imagem corporal perturbada	x	x	x	x	-	-	-	-	-	x	5	50
Mobilidade física prejudicada	-	x	x	x	-	-	-	-	x	x	5	50
Déficit no autocuidado para banho/higiene	x	x	x	-	-	-	-	x	x	-	5	50
Dentição prejudicada	x	-	-	-	x	-	x	-	-	x	4	40
Sentimento de pesar disfuncional	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	3	30
Constipação	-	-	x	x	-	-	x	-	-	-	3	30
Medo	x	-	-	-	x	-	x	-	-	-	3	30
Membrana mucosa oral prejudicada	x	x	-	-		-	-	-	-	-	2	20
Proteção ineficaz	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	1	10
Enfrentamento ineficaz	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	1	10
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	1	10
Enfrentamento individual ineficaz*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	1	10
Manutenção da saúde alterada*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	1	10
Síndrome do déficit no autocuidado*	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	1	10
Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais*	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	1	10
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	1	10
Déficit no autocuidado para higiene íntima	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	1	10
Atividades de recreação deficientes	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10
Percepção sensorial perturbada	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	1	10
Tristeza crônica	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	1	10
Angústia espiritual	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	1	10
Total	10	9	12	8	8	7	8	5	5	11		

*Utilizada a interpretação da Taxonomia I da NANDA realizada por Carpenito (2002).

A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 243-244) define o estado de saúde como "posição ou grau na continuidade da saúde que podem ser de bem-estar, risco ou real." O estado de bem-estar é definido como "qualidade ou estado

de estar saudável, especialmente como resultado de um esforço deliberado." O diagnóstico de risco é definido como "vulnerabilidade, especialmente como resultado de exposição a fatores que aumentam as chances de lesão ou perda" e o do tipo real como "existente de fato ou na realidade, existente no momento presente."

Neste estudo, foram identificados 26 diferentes diagnósticos de enfermagem do tipo real de pacientes adultos que sofreram queimaduras, com uma variação de 5 a 12 diagnósticos por paciente. Destes, os que apresentaram freqüência igual ou superior a 50% foram integridade tissular prejudicada, dor aguda, padrão de sono perturbado, ansiedade, imagem corporal perturbada, conhecimento deficiente, mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado para banho/higiene. (Tabela 4).

A Tabela 5 apresenta os diagnósticos de enfermagem do tipo real com freqüência igual ou superior a 50% identificados de pacientes estudados, os fatores relacionados e as características definidoras, segundo a Taxonomia II da NANDA (2002) no período próximo à alta hospitalar.

Tabela 5- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real de pacientes queimados avaliados, com freqüência maior ou igual a 50%, fatores relacionados e características definidoras, Belo Horizonte, 2004.

Categoria diagnóstica	Fatores relacionados	Características definidoras	n	%
Integridade tissular prejudicada (Casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	Térmico (extremos de temperatura), substâncias químicas.	Tecido lesado ou destruído (córnea, membranas mucosas, pele ou subcutâneo, tecido muscular, estruturas ósseas).	10	100
Dor aguda (Casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	Agentes lesivos (físicos, químicos).	Relato verbal e não-verbal de dor; gestos protetores; expressão facial; distúrbio do sono; comportamento expressivo (gemido).	10	100
Ansiedade (Casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10)	Crises situacionais; ameaça ao autoconceito; estresse; ameaça de mudança no estado de saúde, na função do papel, no status econômico.	Comportamentais (movimentos extrínsecos (movimentos de mãos/braços), preocupações expressas, devidas a mudanças em eventos da vida, insônia); afetivas (pesaroso, angústia, nervoso, aflito, preocupado, apreensivo, ansioso); fisiológicas (respiração aumentada, distúrbio do sono, tensão facial, pressão sangüínea aumentada, perspiração aumentada).	8	80
Padrão de sono perturbado (Casos 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10)	Psicológicos (pensamentos ruminantes pré-sono, pensar sobre o lar, depressão, tristeza, separação de pessoas significativas, ansiedade); ambientais (barulho, despertar causado por outros, interrupções para medicações).	Prazo de início do sono > 30 minutos; despertar mais cedo do que o desejado; queixas verbais de dificuldades para adormecer; queixas verbais de não se sentir bem-descansado; tempo total de sono menor do que o padrão da idade; três ou mais despertares durante a noite.	7	70
Imagem corporal perturbada (Casos 1, 2, 3, 4, 10)	Doença; trauma; cirurgia.	Verbalização de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura e função; verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura e função; perda de parte do corpo; não tocar em parte do corpo; mudança real na estrutura e função; preocupação com mudança ou perda; sentimentos negativos com relação ao corpo; medo da reação dos outros.	5	50
Conhecimento deficiente sobre os cuidados com as áreas queimadas, os fatores de risco para infecção, medicação (Casos 1, 2, 3, 9, 10)	Falta de exposição anterior à acidentes por queimaduras; falta de capacidade de recordar.	Verbalização do desejo de informações	5	50
Mobilidade física prejudicada (Casos 2, 3, 4, 9, 10)	Desconforto; dor; prejuízos neuromusculares, músculoesqueléticos; força muscular diminuída; metabolismo celular alterado.	Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas; capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas; amplitude limitada de movimento; dificuldade para virar-se; mudanças na marcha (da marcha diminuída, início da marcha dificultado, passos pequenos); movimento tornado lento.	5	50
Déficit no autocuidado para banho/higiene (Casos 1, 2, 3, 8, 10)	Dor; prejuízo neuromuscular.	Incapacidade de lavar partes do corpo; incapacidade de entrar e sair do banheiro.	5	50

Integridade tissular prejudicada

O diagnóstico de enfermagem de *integridade tissular prejudicada* foi identificado em todos os pacientes avaliados (100%). A definição da NANDA (2002, p. 137) para o diagnóstico de integridade tissular prejudicada é “Dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”. Para esse diagnóstico, os fatores relacionados identificados foram térmico (extremos de temperatura) e substâncias químicas e as características definidoras encontradas foram tecido lesado ou destruído (córnea, membranas mucosas, pele ou subcutâneo, tecido muscular, estruturas ósseas).

Durante a fase de cicatrização e de recuperação da pessoa que sofreu queimaduras, a equipe de enfermagem tem papel fundamental no cuidado das lesões por queimaduras uma vez que realiza os procedimentos de limpeza e de curativo diário no paciente queimado, possibilitando a monitorização do processo de cicatrização das lesões e das áreas doadoras, da presença de infecção, da integração dos tecidos enxertados e do coto de amputação (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996; RUTAN, 1998, VIDAL, 2004).

Sabe-se que esse diagnóstico de enfermagem é importante no processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras porque essas atingem o maior órgão do corpo humano, que é a pele, a qual protege as estruturas internas vitais e constitui uma importante barreira contra microorganismos; tem inúmeras funções fisiológicas que permitem a sobrevivência do ser humano, tais como: termo-regulação, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico. A pele é constituída por duas camadas: a superficial epiderme de tecido epitelial e a derme de tecido colágeno e fibroso (RUTAN, 1998; GOGIA, 2004)

Neste estudo, cinco pacientes queimados (50%) apresentaram lesões por queimaduras de segundo grau, três apresentaram queimaduras de segundo e terceiro graus (30%) e dois apresentaram lesões de terceiro grau (20%).

Nas lesões por queimaduras de segundo grau profundo, a destruição dos tecidos causa danos à camada mais profunda da derme, a reticular. Geralmente essas lesões necessitam de enxerto cutâneo. Nos casos de queimaduras de terceiro graus, toda a espessura da pele é destruída e a enxertia cutânea é indicada, exceto nos casos em que a área queimada é tão pequena que possa cicatrizar por segunda intenção, sem causar danos significativos para o paciente (GONÇALVES, 2004).

As áreas cruentas queimadas, coaguladas ou necrosadas das queimaduras de terceiro grau ou profundas são porta de entrada para a infecção e para a perda de plasma, sangue, eletrólitos e líquidos. Por isso é importante recobri-las o mais precocemente possível para que não se debilite, não se infecte e para que se recupere sua movimentação articular, evitando o desenvolvimento de seqüelas funcionais. As cirurgias de enxertia podem ser: autógenas, quando a pele doadora provém do mesmo indivíduo; homógenas, quando são oriundas de outros indivíduos da mesma espécie e heterógenas, originárias de indivíduos de espécies diferentes. As cirurgias de auto-enxertias ou autógenas são as mais utilizadas, pois estas não sofrem rejeições imunológicas e integram-se sem maiores problemas nas zonas receptoras, constituindo-se num substituto ideal (GONÇALVES, 2004). Dos 10 pacientes avaliados, cinco realizaram cirurgias de enxertias do tipo autógenas.

Para a realização de cirurgias de enxertia há um processo de preparação das lesões para receber a enxertia cutânea: o tecido necrótico deve ser removido, a ferida precisa estar limpa, sem necrose, tornando-se um leito receptor de boa qualidade (vascularizado). Na área doadora, pode-se utilizar curativo oclusivo em um

tempo médio de sete a nove dias e depois disso deve-se deixar a área exposta, porque o tecido está epitalizado, sendo necessária a aplicação de hidratante tópico para reduzir o risco de ressecamento. O curativo oclusivo da área doadora reduz a dor e facilita a mobilização do paciente, bem como permite tempo menor à exposição ambiental (GONÇALVES, 2004).

Medidas devem ser tomadas no pós-operatório das cirurgias de enxertia em curto, médio e longo prazo: uso de aparelhos de imobilização termomoldável e removível para adequação funcional das articulações, esteróides tópicos à base de triancinolona para massagear as cicatrizes com tendência à hipertrofia, uso de hidratantes e filtro solar, pois as áreas enxertadas são pobres em glândulas sudoríparas e sebáceas, evitando ressecamento e neoplasias devido aos raios solares (GONÇALVES, 2004).

Neste estudo, uma paciente apresentou perda parcial de auto-enxertia no antebraço direito. Essa paciente apresentava distúrbio coagulatório com trombocitopenia crônica, diagnosticada antes da internação por queimadura, e infecção das lesões, sendo tratada com hemotransfunção e antibioticoterapia. Perdas parciais do enxerto podem ocorrer devido ao hematoma, ao deslocamento mecânico do enxerto por imobilização inadequada e a infecção. A cirurgia realizada na terceira semana de queimadura em leito receptor com tecido de granulação, que potencialmente é contaminado, pode resultar na instalação da infecção, apesar dos cuidados de antissepsia e raspagem do leito, especialmente em paciente imunodeprimido. As cicatrizes hipertróficas e as queloidianas são também importantes complicações que podem ocorrer pós-cirurgia de enxertia. Em alguns casos há necessidade de correção cirúrgica, quando há presença de seqüelas ou retrações cicatriciais, ocasionando problemas funcionais. (CARROUGHER, 1998;

GOMES; SERRA; PELLON, 1997; GONÇALVES, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS, 2003).

As queimaduras elétricas foram causas de internação em dois pacientes, com conseqüências desastrosas para eles, resultando em amputação de membro superior em um e em outro disfunções graves de ambas as mãos. Em um dos casos foram identificados como entrada da corrente elétrica a mão esquerda e a saída a coxa esquerda. Em outro caso, a entrada foram as mãos direita e esquerda e a saída as panturrilhas direita e esquerda. Sabe-se que as queimaduras elétricas geralmente resultam em lesões de terceiro grau ou de espessura total com comprometimentos funcionais graves ou necessitam de cirurgia de amputação, podendo causar sérios distúrbios na imagem corporal, auto-estima e autoconceito do paciente queimado. Esse tipo de queimadura em adultos ocorre com maior freqüência em ambientes de trabalho, geralmente em decorrência de descarga elétrica de alta tensão (GARCÍA-SÁNCHEZ; MORELL, 1999; GUIMARÃES JÚNIOR, 2001; PELLON, 2004).

Em se tratando da queimadura elétrica por alta voltagem, encontraram-se valores diferentes entre os autores. Pellon (2004) considera as queimaduras por alta tensão quando a descarga elétrica for acima de 600 volts e a Sociedade Brasileira de Queimaduras (2003), García-Sánchez e Morell (1999) e Hussmann (1995) quando a queimadura resultar de descarga elétrica acima de 1000 volts. Independentemente desses valores, as queimaduras elétricas por alta voltagem ocasionam freqüentemente profundas lesões teciduais. Esse tipo de lesão ocorre em conseqüência da conversão da energia elétrica em calor radiante no organismo humano. As mãos e os pulsos são entradas comuns de ferimentos e os pés são as saídas mais comuns (GARCÍA-SÁNCHEZ; MORELL, 1999; PELLON, 2004).

A pele da mão costuma resistir inicialmente ao fluxo da corrente elétrica. A carbonização, quando ocorre, localiza-se nos locais de contato ou áreas adjacentes. Os tecidos têm resistências diferentes à corrente elétrica, todos são condutores e, com a alta voltagem, o corpo atua como um condutor de volume. Quando cessa o fluxo da corrente elétrica, o tecido aquecido atua como um radiador de volume de calor. Nesse caso, é importante considerar que o tecido superficial esfria mais rápido do que o tecido mais profundo, o que explica a presença de tecidos periósteos não viáveis embaixo de músculos mais superficiais viáveis, num membro com lesão de alta voltagem (CARROUGHER, 1998; GOMES; SERRA; PELON, 1997; PELLON, 2004). Para esses autores, as lesões por queimadura elétrica são difíceis de avaliar em termos de sua extensão, profundidade e evolução. Depende de fatores como: o tempo de exposição, as resistências teciduais do organismo do indivíduo, a carga elétrica recebida, se de baixa ou alta tensão. Pode haver sérios danos do músculo e do tecido em torno do osso num membro em que a pele está intacta e não lesionada, a não ser no ponto de contato carbonizado.

Uma queimadura elétrica cutânea com mais um dano em tecido profundo ocorre quando a destruição do tecido inclui a gordura, a fáscia, o músculo e até o osso. Pacientes vítimas de acidentes por queimaduras elétricas de alta voltagem e carbonização têm todo o fluxo sangüíneo impedido para o membro acometido. Realiza-se o exame angiográfico caso seja confirmada a extensa lesão arterial, aguarda-se a delimitação da área de gangrena e realiza-se a amputação (CARROUGHER, 1998; GOMES; SERRA; PELON, 1997; MACIEL; SERRA, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS, 2003).

Neste estudo, identificou-se um caso de queimadura química por soda cáustica de sódio diluída em água quente atingindo a região torácica posterior, braço

direito e esquerdo, região cervical, couro cabeludo e o globo ocular esquerdo, resultando em leões de segundo grau, sem presença de inalação.

As queimaduras químicas têm como agentes causadores os álcalis, ácidos e compostos orgânicos (SILVA, 2004). Os álcalis podem ser classificados em hidróxidos, carbonatos, sodas cáusticas de sódio, potássio, amônia, lítio, bário e cálcio. A inalação do pó, névoa ou borrifação pode causar dano grave ao pulmão, resultando em pneumonia química a depender da gravidade da exposição. Entre os agentes causadores de queimaduras químicas, as substâncias alcalinas são as mais freqüentes e são responsáveis por importantes seqüelas à saúde ocular. Entretanto, a gravidade é diretamente proporcional à concentração do agente químico e do tempo de exposição da pessoa a esse agente, ou seja, o tempo de permanência do produto em contato com o tecido cutâneo e/ou membrana corneana. Quando a lesão é conseqüência do agente químico diluído em água, reduzindo a sua concentração e, o tempo de exposição é breve, essas lesões podem resultar em lesões de segundo grau (BAYLEY, 1990; GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001; JORDAN; HARRINGTON, 1997).

Muitas vezes, cirurgias oftálmicas são necessárias para restaurar a visão de quem sofre de doença cicatricial do olho em conseqüência de queimaduras químicas com soda cáustica de sódio (NaOH) (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

Em relação ao processo cicatricial das lesões por queimaduras, realizar a avaliação diária é crucial para a recuperação e a reabilitação do paciente queimado. Para isso a equipe de enfermagem que atua na unidade de queimados deve realizar sistematicamente a avaliação das áreas queimadas, sobretudo durante o procedimento de banho, limpeza e curativo, e para tanto é fundamental ter-se em

mente que o processo de cicatrização é uma seqüência que leva à regeneração, reconstituição e restauração das estruturas lesadas.

O processo de cicatrização é complexo, envolvendo principalmente três fases: exsudativa ou inflamatória, proliferativa e maturação. Cada fase se apresenta características próprias e processos interativos entre diferentes tipos celulares teciduais e/ou sanguíneos, citocinas e matriz extracelular, entre outros (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000; GOGIA, 2004; PICCOLO; PICCOLO; PICCOLO; 2004). Segundo esses autores, o conhecimento sobre o processo cicatricial tem implicação clínica de longo alcance uma vez que possibilita o desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento de processos crônicos, de formação de cicatrizes hipertróficas e queloidianas pela equipe de saúde.

Neste estudo, a maioria dos pacientes encontrava-se na fase proliferativa de reparação celular e tecidual, ou seja, na fase de epitelização. É importante destacar que o “neotecido” formado é frágil e tem reduzida capacidade tensional, necessitando de cuidados preventivos contra infecção, traumas ou lesões que possam comprometer o processo de maturação cicatricial.

Vale ressaltar que as deficiências de proteínas e vitaminas (A,C,K) e outros distúrbios nutricionais como, por exemplo, a anemia, também podem inibir ou retardar a cicatrização das áreas queimadas (BAYLEY, 1990; GOGIA, 2004). Em nosso estudo, encontraram-se duas pacientes com história de anemia e baixo peso e deficiência no processo coagulatório (trombocitopenia).

Dor aguda

O diagnóstico de enfermagem *dor aguda* foi identificado na totalidade dos pacientes estudados (100%). A NANDA (2002, p. 99) define dor aguda como:

> Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de menos de seis meses.

Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram agentes lesivos (físicos, químicos) e as características definidoras foram relato verbal e não-verbal de dor, gestos protetores, expressão facial, distúrbio do sono, comportamento expressivo (gemido).

No ambiente clínico, é fundamental a mensuração da dor para se identificar as suas causas e indicar o tratamento ou a conduta terapêutica. Sem tal mensuração, torna-se difícil avaliar se o tratamento é necessário, se é eficaz e o momento de ele ser interrompido. Entretanto, a dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal, portanto não existe um instrumento padronizado que permita a uma pessoa externa, objetivamente, mensurar essa experiência interna, complexa e pessoal. (SOUSA, 2002; WALDING, 1991).

Segundo Marvin (1998) e Sousa (2002), existem várias formas para se mensurar a percepção e/ou sensação dolorosa. Os instrumentos unidimensionais, usados em ambientes hospitalares, objetivam a quantificação da dor em termos da gravidade ou intensidade. Os mais utilizados são: a escala de categoria numérica/verbal e a escala analógico-visual, por serem de aplicação fácil e rápida. Neste estudo, utilizou-se uma escala numérica/verbal e o resultado encontrado foi: dois pacientes avaliados verbalizaram sentir muita dor, cinco referiram sentir dor moderada e três relataram sentir pouca dor.

A presença da dor nos pacientes avaliados estava relacionada em sua totalidade (100%) aos procedimentos médicos e de enfermagem, principalmente durante a realização da limpeza e curativos das lesões por queimaduras. A posição no leito durante o repouso também foi relatada em menor percentual (40%). Pacientes queimados experimentam intensa dor durante a realização dos cuidados com a pele lesada e dos procedimentos terapêuticos e menos dor durante o repouso (MARVIN, 1998; JONSSON et al., 1998; ROSSI et al., 2000b).

É importante destacar que os pacientes que sofreram queimaduras apresentam, num mesmo dia, oscilações em seu estado físico e psico-emocional, porque são submetidos a vários tipos de procedimentos terapêuticos, portanto a equipe de saúde, em particular a de enfermagem, deve avaliar a sensação dolorosa do paciente antes de realizar os procedimentos de banho e de limpeza das áreas lesadas, com o objetivo de solicitar à equipe médica a adequação da medicação para dor (analgesia). Além disso, os pacientes podem sofrer alterações diárias em seu estado clínico: infecções, desidratação, alterações eletrolíticas, protéicas e hematológicas. Nesses casos, é comum a associação de diferentes medicamentos terapêuticos como antibióticos, analgésicos, antidepressivos, anti-hipertensivos, cardiotônicos, resultando muitas vezes em indução enzimática e tolerância medicamentosa. Assim, cada procedimento de analgesia e anestesia em um paciente é como se fosse em um novo paciente (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001; SANTOS; CANTINHO; SANTOS, 2004).

Outro importante aspecto a ser considerado é que alguns medicamentos utilizados na analgesia durante os procedimentos de banho/curativo podem resultar em depressão respiratória ou apnéia de curta duração, requerendo o imediato uso de oxigênio sob máscara. Essa mudança na condição clínica do paciente ocasiona

desconforto e pode resultar em ansiedade e tensão emocional frente à realização subseqüente de higiene corporal (SANTOS; CANTINHO; SANTOS, 2004).

A presença da dor nos pacientes queimados foi também avaliada pela profundidade das lesões. Após a injúria, seja pequena ou grande, a área adjacente à lesão, as áreas inflamatórias e doadoras para a auto-enxertia são fontes de dor na maioria dos pacientes queimados. Mesmo que a lesão tenha cicatrizado, a dor pode persistir (LATARJET; CHOINIÉRE, 1995; MARVIN, 1998).

O enfermeiro que atua na unidade de queimados deve sempre ter em mente que a dor em pacientes queimados é inevitável, resultando em sofrimento para o paciente e seus familiares, provocando tensões físicas e emocionais. A dor, portanto, é considerada um estressor que se manifesta por uma variedade de sensações e percepções, tendo como fatores predisponentes as condições físicas, psico-emocionais e ambientais, podendo variar em sua intensidade de um indivíduo para outro ou no próprio indivíduo durante o mesmo dia. A sensação dolorosa observada ou verbalizada não deve ser subestimada pela equipe de enfermagem, porque cada pessoa tem uma forma de suportar e controlar a dor que sente. Por esse motivo, a equipe de enfermagem precisa conhecer o fenômeno da dor e suas possíveis manifestações para que se possa promover intervenções adequadas aos pacientes queimados na preparação para a alta hospitalar.

Vale lembrar que, no hospital onde foi realizado este estudo, a alta precoce é estimulada devido à rotatividade intensa de pacientes que necessitam de leitos para a internação, sendo a unidade de queimados referência em nível terciário para tratamento de acidentes por queimaduras. Portanto os pacientes certamente apresentarão sensações dolorosas de intensidades variadas quando do retorno ao

ambiente domiciliar devido à não-cicatrização das lesões por queimaduras, ansiedade, prejuízo neuromuscular, entre outros fatores.

Padrão do sono perturbado

Esse diagnóstico foi identificado em sete pacientes (70%) no período próximo à alta hospitalar. A NANDA (2002, p. 164) define o diagnóstico de enfermagem *padrão de sono perturbado* como "Distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono".

Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram psicológicos (pensamentos ruminantes pré-sono, pensar sobre o lar, depressão, tristeza, separação de pessoas significativas, ansiedade); ambientais (barulho, despertar causado por outros, interrupções para medicações). As características definidoras identificadas para esses pacientes foram prazo de início do sono maior que 30 minutos, despertar mais cedo do que o desejado, queixas verbais de dificuldades para adormecer, queixas verbais de não se sentir bem-descansado, tempo total de sono menor do que o padrão da idade, três ou mais despertares durante a noite.

As alterações do sono são freqüentemente encontradas em pacientes adultos que sofreram queimaduras e que se encontram hospitalizados. . Em estudo realizado nos Estados Unidos da América por Boeve et al. (2002), encontraram-se que 73% dos 74 pacientes adultos queimados investigados apresentaram distúrbio do sono e em outro estudo realizado no Canadá, por Raymond et al (2001), esse problema foi identificado em 75% dos 28 pacientes internados avaliados.

Para Porto (2001) o sono pode ser definido como um estado complexo caracterizado pela suspensão parcial da percepção dos fatos ambientais e da motricidade voluntária. Trata-se de um estado de repouso psíquico e físico. O ciclo sono-vigília está fisiologicamente estruturado nos sistemas ativados e sincronizador do tronco-encefálico, com a participação de neurotransmissores e moduladores (serotinina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina, peptídeos e hormônios). Segundo esse autor, o período de sono varia de 6 a 8 horas por dia em adultos.

Em se tratando de pacientes queimados, o sono é fundamental por se constituir num processo restaurador, que facilita o crescimento celular e a reparação dos tecidos orgânicos lesionados ou em envelhecimento. Durante o sono, os processos metabólicos diminuem para os níveis basais, havendo um profundo relaxamento muscular, aceleração na reparação dos tecidos e na síntese protéica. Distúrbios no padrão do sono podem resultar em prejuízos para o funcionamento cognitivo e a percepção como também reduzir o limiar da dor (RAYMOND et al., 2001). Esses autores afirmam também que existe uma correlação significativa entre a dor e o distúrbio do sono, ou seja, os pacientes que apresentam maior intensidade dolorosa são os que relatam maior freqüência de distúrbios do sono.

Em pacientes que sofreram queimaduras hospitalizados, os fatores responsáveis pelo distúrbio do sono pós-trauma incluem: barulho, medicação, dor, mudança no hábito de dormir, ansiedade e estresse quanto às situações ameaçadoras (cirurgias, procedimentos médicos e de enfermagem, complicações pós-trauma, desfiguramentos, seqüelas funcionais, afastamento do convívio familiar, delírios, entre outros). Efeitos acumulativos desses fatores resultam em padrão do sono perturbado durante todo o período de internação. Além disso, cerca de 50% de pacientes queimados que recebem alta hospitalar apresentam esse distúrbio quando

retornam para o domicílio. Restaurar o padrão de sono de pacientes queimados leva a um aumento da função imunológica e de reparação tecidual, os quais influenciam na recuperação e reabilitação desses pacientes (RAYMOND et al., 2001; BOEVE et al., 2002). Decorre daí a importância de se avaliar a quantidade e a qualidade do sono e repouso de pacientes que sofreram queimaduras, uma vez que muitos fatores etiológicos ou predisponentes podem ser atenuados ou suprimidos por uma adequada intervenção terapêutica multidisciplinar, antes do retorno desses pacientes ao ambiente domiciliar. Vale destacar que os diagnósticos de enfermagem de ansiedade, dor aguda, imagem corporal perturbada e padrão de sono perturbado necessitam de intervenções de enfermagem concomitantes porque estão inter-relacionados quando se trata de pacientes adultos queimados hospitalizados.

Ansiedade e Medo

Para Carpenito (2002), os diagnósticos de ansiedade e de medo têm sido utilizados por diversos pesquisadores, mas não apresentam uma diferenciação importante entre esses diagnósticos. Para essa autora, quando a ameaça é identificável pela pessoa, o diagnóstico é de medo, se não é de ansiedade, mas nem sempre essa diferenciação é possível na prática clínica de enfermagem. Neste estudo, observou-se que a maior dificuldade na identificação desses diagnósticos reside no fato de que a Taxonomia da NANDA (2002) não apresenta uma diferenciação de gravidade ou de grau de comprometimento no conceito de ansiedade ou de medo.

Sabe-se que a ansiedade pode resultar em discreta sensação de mal-estar com preocupações e estado de alerta aumentado frente a uma situação ameaçadora

até se constituir em um problema de ansiedade grave. O mesmo raciocínio pode ser feito para o diagnóstico de medo, porque não basta identificar o "objeto do medo", é necessário identificar o grau desse distúrbio e que conseqüências pode trazer para a pessoa internada. Assim, no presente estudo, optou-se em apresentar e discutir os diagnósticos de enfermagem de *ansiedade* e *medo* concomitantemente.

O diagnóstico de enfermagem ansiedade foi identificado em oito pacientes avaliados (80%) neste estudo. A NANDA (2002, p. 36) define esse diagnóstico como:

> Um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica (a fonte é freqüentemente não-específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram crises situacionais, ameaça ao auto-conceito, estresse, ameaça de mudança no estado de saúde, na função do papel, no *status* econômico e as características definidoras identificadas foram comportamentais (movimentos extrínsecos; preocupações expressas, devidas a mudanças em eventos da vida, insônia); afetivas (pesaroso, angústia, nervoso, aflito, preocupado, apreensivo, ansioso); fisiológicas (respiração aumentada, distúrbio do sono, tensão facial, pressão sangüínea aumentada, perspiração aumentada).

Na literatura, há relatos de que as mudanças no estado de saúde (doenças, traumas, cirurgias), hospitalização e os procedimentos terapêuticos são situações que podem resultar em sentimento de intranqüilidade, apreensão e ansiedade. A antecipação dessas situações se mostra como ameaçadoras para o paciente internado e a capacidade de enfrentamento e de adaptação ao estresse varia de

individuo para indivíduo e em um mesmo indivíduo de época para época (SILVA; GRAZIANO, 1996; PENICHE; CHAVES, 2000).

A ansiedade envolve um sentimento vago de apreensão em resposta à ameaça no sistema de valores e de crenças ou ao padrão de segurança da pessoa numa dada situação. Essa situação ameaçadora leva a pessoa a um estado de intranqüilidade e sentimento de apreensão. A pessoa ansiosa pode apresentar tensão aumentada, agitação, insônia, preocupação e sentimento de desamparo. A ansiedade pode ser classificada como leve, moderada ou grave. Na ansiedade leve a pessoa apresenta atenção elevada, sendo capaz de lidar com situações problemáticas e usar recursos do aprendizado. Na ansiedade moderada, a pessoa apresenta desatenção seletiva, concentração levemente dificultada, a aprendizagem requer esforço, dificuldade na análise da situação e adaptação, temores e instabilidade afetiva e emocional. Já na ansiedade grave, a pessoa apresenta percepção muito reduzida, o aprendizado está gravemente prejudicado, distraída, incapaz de concentrar-se e de compreender a situação atual, a comunicação está geralmente prejudicada, cefaléia, náusea, taquicardia (CARPENITO, 2002). Dos pacientes avaliados em que foi identificado o diagnóstico de ansiedade, todos apresentaram sinais e sintomas de ansiedade leve a moderada, não se verificando nenhum caso de ansiedade grave.

Robert et al. (2000) afirmam que a ansiedade é uma resposta efetiva comumente apresentada pelos pacientes queimados após o acidente por queimaduras. Segundo esses autores, a ansiedade está relacionada com os tratamentos terapêuticos, que são necessários durante a internação, principalmente as intervenções médicas e de enfermagem que resultam em sensações dolorosas de intensidades variadas.

Neste estudo, o sentimento de ansiedade dos pacientes avaliados estava relacionado, principalmente, aos sistemas pessoal e social. Na esfera pessoal, a ansiedade se manifestou nas seguintes situações vivenciadas pelos pacientes: hospitalização; procedimentos terapêuticos, especialmente relacionadas à limpeza das áreas afetadas pelas queimaduras por apresentarem dor; expectativa em relação ao resultado do tratamento, sobretudo quanto ao processo de cicatrização das lesões, alterações na aparência e na estrutura do corpo e nível de comprometimento funcional.

Os pacientes referiram apresentar sentimentos de ansiedade em relação à ameaça de mudança na situação econômica e financeira devido à hospitalização e seqüelas, dificultando ou impossibilitando o paciente de retornar às suas atividades laborais anteriores, situação de ameaça ao desempenho do papel social como pai/mãe ou trabalhador, necessitando de redefinição de papéis no ambiente familiar como também no trabalho. É importante destacar que como a amostra foi constituída em sua grande maioria por pessoas de baixo nível social e econômico, as situações ameaçadoras que poderiam contribuir ainda mais para reduzir o padrão sócio-econômico desses pacientes ganharam maior destaque neste estudo, porque não apenas as queimaduras podem ameaçar a integridade física da pessoa que sofreu queimadura como também as suas conseqüências podem se tornar ameaçadoras à sobrevivência dos pacientes queimados após a alta hospitalar.

O diagnóstico de enfermagem de *medo* foi identificado em três pacientes avaliados (30%). A NANDA (2002, p. 149) define o diagnóstico de medo como “Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo”. Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante

(hospitalização, procedimentos hospitalares), estímulo fóbico e as características definidoras identificadas foram cognitivas (identifica objeto do medo, estímulos considerados como uma ameaça); comportamentais (estado de alerta aumentado); relato de apreensão, tensão aumentada, estar assustado, nervosismo.

Bergamasco et al. (2004) afirmam que o acidente por queimaduras leva a pessoa que sofreu queimaduras a experimentar situações que resultam inevitavelmente em ansiedade e medo. Essas situações são descritas como a interrupção brusca das atividades diárias devido à hospitalização e aos procedimentos médicos e de enfermagem (desbridamentos, curativos, enxertos, anestesias) que o paciente queimado enfrenta durante todo o tratamento. Segundo essas autoras, o paciente que sofreu queimaduras, ao perceber o momento da alta, pode desencadear novo ciclo de ansiedade e de medo.

O estudo relatado por Bergamasco et al. (2004) confirmou a dificuldade na diferenciação das características definidoras dos diagnósticos de ansiedade e de medo na prática clínica de enfermagem. Esse trabalho foi desenvolvido em duas unidades de queimados em hospitais universitários públicos, por 16 enfermeiros, e tinha como objetivo identificar e validar as características definidoras desses diagnósticos. A característica definidora “preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida” obteve média de escore de 0,81 para o diagnóstico de ansiedade e de 0,78 para o diagnóstico de medo. Essa característica definidora não está presente no diagnóstico de enfermagem de medo apresentado na Taxonomia II da NANDA (2002). Entretanto, essas autoras afirmam que a hospitalização e a queimadura podem se constituir em manifestações de medo, principalmente em se tratando de pacientes internados avaliados nas primeiras 72 horas após o trauma. “Nessa fase, o foco de atenção está na sobrevivência e, nessas circunstâncias, o

medo das possíveis mudanças que podem advir e que são desconhecidas para essas pessoas é constante" (BERGAMASCO et al., 2004, p. 173). A característica definidora "refere ou nota-se insônia" obteve a média de escore de 0,78 para o diagnóstico de enfermagem de medo, sendo que essa característica está relacionada pela Taxonomia da NANDA apenas para o diagnóstico de ansiedade.

No presente estudo não foi identificada a característica definidora "preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida" e "insônia" para o diagnóstico de medo, apenas para o de ansiedade. Vale lembrar que as condições físicas e psico-emocionais de pacientes queimados avaliados no período próximo à alta hospitalar foram diferentes daquelas apresentadas pelos pacientes enfocados no estudo de Bergamasco et al. (2004). No estudo realizado por essas autoras, a manifestação de medo e de ansiedade estava relacionada ao pós-trauma imediato, no qual o risco de morte era evidente.

Observou-se no presente estudo que as manifestações de ansiedade em pacientes queimados que se encontravam em vias de receber alta hospitalar estavam relacionadas ao longo período de internação e de tratamento e também às expectativas em relação ao retorno ao ambiente familiar e ao trabalho e a ocorrência de seqüelas das lesões por queimaduras (desfiguramentos, comprometimentos funcionais e estruturais do corpo). Todas essas situações são bastante ameaçadoras para o paciente que sofreu queimaduras, pois este irá enfrentar um longo período de adaptação social, de recuperação e de reabilitação. Por outro lado, os pacientes que apresentaram o diagnóstico de enfermagem de medo, relataram que determinada situação ou objeto específico era considerado altamente ameaçador, como no caso de uma paciente em que os delírios e as alucinações se constituíam em estímulos fóbicos.

Imagem corporal perturbada

O diagnóstico de enfermagem *imagem corporal perturbada* foi firmado para cinco pacientes (50%). A definição da NANDA (2002, p. 122) para esse diagnóstico de enfermagem é “Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa”. Para King (1981), a imagem corporal é entendida como sendo a representação mental que o ser humano tem de seu próprio corpo limitado no espaço. Mudança na imagem corporal, na perspectiva dessa autora, seria, então, a representação ao nível mental do indivíduo de alteração do próprio corpo limitado no espaço.

Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram: a doença (obesidade), o trauma (queimadura) e a cirurgia, e como características definidoras foram identificadas: a verbalização ou a percepção de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura e função, perda de parte do corpo, não tocar em parte do corpo, mudança real na estrutura e função, preocupação com mudança ou perda, sentimentos negativos com relação ao corpo, medo da reação dos outros.

Segundo Bergamasco et al. (2002), os pacientes que sofreram queimaduras e que apresentam desfiguramento na face e em outras partes do corpo e seqüelas funcionais, provavelmente, se sentem protegidos na Unidade de Queimados, onde outras pessoas também apresentam problemas semelhantes e a equipe de saúde aceita as mudanças ocorridas em suas aparências. Entretanto, no período próximo à alta hospitalar, eles começam a apresentar ansiedade e sinais de distúrbios na imagem corporal.

Fauerbach et al. (2000) afirmam que não apenas o desfiguramento como também a perda da função de qualquer parte do corpo são responsáveis pelos sentimentos e percepções de mudanças na imagem corporal em pessoas que sofreram queimaduras. Essa insatisfação com a imagem do corpo pode levar o paciente à redução temporária ou prolongada de interação social e da atividade ocupacional. Esses autores definem como grupo de risco para desenvolver alterações na imagem corporal pacientes que apresentam grande extensão de área queimada e aqueles com lesões por queimaduras na face e mãos.

Dos pacientes queimados avaliados que apresentaram problemas em sua imagem corporal, dois foram atingidos na face e nas mãos, apresentando seqüelas visíveis, o que confirma o relato desses pesquisadores. Os demais pacientes foram atingidos nos antebraços, braços e pernas, o que permite o uso de vestuários para coberturas corporais.

Para a compreensão do distúrbio da imagem corporal é fundamental conhecermos as várias dimensões associadas a esse problema que, inevitavelmente, a equipe de enfermagem se defrontará no cuidado ao paciente queimado. Para Price (1990b) a imagem corporal é o retrato do nosso corpo na mente, ou seja, é a forma pela qual o nosso corpo se apresenta para nós mesmos. Esse autor afirma que a imagem corporal consiste em três componentes: a realidade do corpo, o ideal do corpo e a apresentação do corpo. A realidade do corpo refere-se a como o corpo realmente é em termos físicos, que resulta do código genético, sendo moldado pelas influências do ambiente externo. Segundo esse autor, a mudança do estado físico de um indivíduo pode ser resultado do uso de hábitos nocivos à saúde (tabagismo, abuso de drogas). As alterações abruptas da realidade

do corpo, entretanto, se devem à ocorrência de traumas (acidentes por queimaduras é um deles), malignidade, infecção e desnutrição.

O ideal do corpo é a imagem mental de como o corpo e seu desempenho deveriam ser; essa imagem é profundamente influenciada pelos padrões culturais e sociais. O ideal do corpo se desenvolve ao longo do crescimento e desenvolvimento do indivíduo enquanto ser humano, numa dada cultura e sociedade, sendo influenciado pelas suas normas. Assim, a imagem corporal é uma concepção dinâmica, é a forma integralizada e aprendida da representação do corpo, que se inicia quando a criança começa a explorar o seu corpo, as regiões e os contornos. O significado físico da aparência e o valor atribuído ao corpo de um indivíduo são simbolicamente negociáveis em cada cultura e sociedade. A apresentação do corpo é como o corpo se apresenta literalmente no ambiente externo (mundo social), ou seja, a maneira como a pessoa se veste, age, fala, caminha (PRICE, 1990a).

Outro aspecto importante relatado por Price (1990a) diz respeito à auto-imagem, que é a avaliação pelo indivíduo do seu valor social. Desse modo, se o indivíduo aparenta estar bem, então ele se sente bem. O ambiente externo ou o mundo social funcionam como um espelho ou termômetro pelo qual o indivíduo realiza seu próprio julgamento de valor. Se a sociedade valoriza a apresentação do corpo como valor, então o indivíduo sai em busca de satisfazer esses critérios ou se coloca na posição de desvalorização. Assim, qualquer obstáculo em obter-se uma imagem corporal satisfatória poderá resultar em problemas de auto-imagem para o indivíduo (PRICE, 1990a) ou para o conceito subjetivo que ele tem de si mesmo (KING, 1981).

O depoimento a seguir ilustra como a paciente alterou o auto-conceito em conseqüência das lesões por queimaduras que atingiram a face:

‘Antes do acidente eu não tinha preconceito de mim, agora eu tenho vergonha, eu tenho medo das pessoas rirem de mim. Ela era tão bonita, agora está feia.’ (Paciente 1).

Há uma diversidade de formas de definir e de descrever a imagem corporal, dentre essas concepções, algumas são passíveis de intervenção e cuidados pela enfermagem. Entretanto, o que a equipe de enfermagem e, sobretudo, o enfermeiro precisa compreender é que cada indivíduo apresenta formas conscientes e inconscientes de enfrentamento frente às alterações da imagem corporal. Assim, há vários níveis para o indivíduo se ajustar a abrupta ou gradual mudança em sua imagem corporal (PRICE, 1990a). Vale destacar que a imagem do corpo é formada no nível social tanto quanto no contexto individual e é afetada pelo ambiente social, no qual a reação das outras pessoas, frente às alterações ocorridas em nosso corpo poderão desencadear um sentimento de ansiedade, desamparo e rejeição.

Segundo o relato verbal da paciente, a sua maior preocupação ao receber alta hospitalar estava relacionada a:

‘Como as pessoas vão me receber e olhar para a minha queimadura. Eu não gosto que as pessoas tenham dó de mim.’ (Paciente 1).

Segundo Bernstein (1983), pessoas que apresentam desfiguramento visível, principalmente nas face e nas mãos pós-queimaduras, vivem constantemente em estado de tensão sobre como as pessoas irão reagir ao olharem para as suas aparências. Para esse autor, sentir-se atraente é uma condição desejável entre os indivíduos, que depende da combinação da personalidade e de aspectos físicos e estéticos. Assim, a imagem corporal depende não apenas de como o indivíduo percebe o seu próprio corpo e como ele se apresenta, mas também de como as outras pessoas do ambiente social reagem à imagem corporal desse mesmo indivíduo (BERNSTEIN, 1983; NEWELL, 1999; PRICE, 1990a). Neste estudo, a condição estética e a preocupação com as reações das pessoas frente à mudança

na imagem corporal ficaram evidenciadas pela verbalização de pacientes como, por exemplo:

> *"Com essa queimadura, o meu rosto mudou, por isso estou nervosa e preocupada como as pessoas vão olhar depois que eu sair do hospital na rua, no meu bairro, nas lojas, onde que eu deixo os enfeites para vender" (Paciente 1).*

O modo como o indivíduo reage frente à imagem corporal alterada, dependerá da visibilidade da queimadura, da história do acidente, ou seja, está associada ao sentimento de culpa e de vergonha, do impacto da imagem corporal alterada para a sua vida social e do tipo de apoio que recebe enquanto tenta ajustar-se à sua nova imagem corporal.

A adaptação à situação de crise pelo paciente, considerando o acidente por queimaduras como um evento traumático e abrupto na vida das pessoas, parece ser facilitada quando ele recebe apoio da família e de amigos. Essa rede constituída por pessoas próximas, interna ou externa à família, forma um ambiente potencialmente acolhedor, onde o paciente pode expor sua nova imagem corporal com um nível razoável de segurança de que será aceito (PRICE, 1990a). É claro que o acolhimento pela família dependerá da forma pela qual o acidente de queimaduras modificou ou alterou a dinâmica e o funcionamento da unidade familiar, da presença ou não de situações de crise ou conflitos que o membro familiar ou a família estão vivenciando e dos mecanismos de enfrentamento apresentados por eles frente à percepção da mudança na aparência e/ou função do corpo do membro familiar queimado.

No planejamento das intervenções de enfermagem, Price (1990a) afirma que são consideradas prioridades a orientação e a informação sobre a realidade do corpo frente às mudanças ocorridas pós-trauma e estabelecimento de metas de cuidados e dos recursos disponíveis para atingir essas metas junto ao paciente e

familiares (interação, estabelecimento de metas, transação). Os cuidados sobre a realidade do corpo no plano físico inclui a mobilidade física, nutrição, cuidados com as lesões, medicação, entre outros.

As intervenções sobre o ideal do corpo são aquelas em que o enfermeiro ajuda o paciente a conscientizar-se que todo o ideal do corpo é transitório e está relacionado ao desenvolvimento do próprio corpo.

O ideal do corpo na infância difere do ideal do corpo na fase adulta ou na velhice. As intervenções sobre a apresentação do corpo são importantes para que o paciente se sinta aceito e acolhido pelos familiares e pessoas próximas de sua convivência habitual. O uso da camuflagem pode ser necessário para reduzir o nível de ansiedade e a angústia do paciente quanto à presença de seqüelas funcionais e desfiguramentos ou qualquer outra alteração na aparência, função ou estrutura do corpo que possa resultar na mudança da imagem corporal do paciente (PRICE, 1990). Este fato ficou evidenciado pela verbalização de uma paciente:

> *'É só usar saia mais comprida [...] é para esconder as manchas das pernas, para evitar que as pessoas perguntem sobre as queimaduras.' (Paciente 3).*

Para Price (1990a), é fundamental discutir, com a pessoa que sofreu queimaduras as soluções encontradas por ele para reduzir o impacto das alterações ocorridas em seu corpo em decorrência do trauma, que podem interferir em sua reintegração ao convívio social e ocupacional.

A mudança na imagem corporal pode ter conseqüências no sistema pessoal quando há alteração da imagem subjetiva que o paciente tem de si mesmo (*self*) no sistema interpessoal, quando a mudança na imagem interfere nas relações de interatividade com a família e outros grupos sociais, e no sistema social, quando limita o retorno às atividades laborais, recreativas e religiosas. Em estudo relatado

por Bergamasco et al. (2002), a maioria dos pacientes apresentou conseqüências negativas quando as pessoas estranhas demonstraram sentimentos negativos ao olharem para as cicatrizes ou mostraram-se curiosas e comentavam sobre o assunto com brincadeiras em relação às seqüelas. Essa situação resultou em aumento de ansiedade, medo e vergonha da pessoa queimada que apresentou mudança na imagem corporal.

O depoimento de um paciente, vítima de queimadura elétrica, retrata essa triste realidade para as pessoas queimadas seqüeladas:

> *'Não vou mentir para você, mas estou assustado, muito triste com tudo o que aconteceu comigo. Tem hora que eu não quero conversar com ninguém, quero ficar quieto na minha cama. O que mais me incomoda no momento é a perda da função das minhas mãos.' (Paciente 4).*

Bernstein (1983) apresenta também importante contribuição para o conhecimento sobre as alterações na imagem corporal de pessoas que sofreram queimaduras e suas repercussões na rotina de cuidados durante a internação. Segundo esse autor, no caso de acidentes por queimaduras no qual a tragédia é tão grande, a equipe de saúde às vezes perde a noção de que os sentimentos subjetivos de medos, preocupações e intranqüilidades ficam escondidos por trás da tragédia maior que, é o trauma pós-queimaduras. Além disso, quando uma pessoa torna-se enferma, geralmente, é forçada a ficar mais dependente e necessita de outras pessoas para cuidar dela. Essa fase da dependência, que o autor denomina regressão, faz parte do processo de adaptação ao trauma. As reações de ansiedade, depressão e regressão são intrinsicamente parte do processo de enfrentamento diante da gravidade da doença ou de suas seqüelas.

Há uma série de mecanismos que o indivíduo usa para lidar com a doença que depende do tipo de enfrentamento, personalidade ou métodos de adaptação utilizados pelo paciente (Bernstein, 1983). Para esse autor, o que pode ser estímulo

para um indivíduo, para outro pode ser estressante e o que é estressante para um indivíduo pode ser traumático para outro. Pessoas que sofreram queimaduras e que apresentam mudanças em sua imagem corporal precisam adaptar-se ao mundo com o seu novo equipamento visual, enquanto simultaneamente sustentam sentimentos de preocupação e intranqüilidade. Não há um perfil de pacientes vítimas de acidentes por queimaduras com alteração em sua imagem corporal porque cada qual enfrenta o trauma de maneira individual (BERNSTEIN, 1983).

Pessoas que apresentam seqüelas funcionais e/ou desfiguramentos são susceptíveis a apresentar sentimentos negativos de desamparo e impotência para obter ajuda de seu ambiente externo, quais sejam desesperança, de forma que a pessoa não consegue enfrentar o problema por si só; perda da satisfação nas relações interpessoais, a interrupção entre o passado, o presente e o futuro, no qual muitos pacientes reduzem as suas atividades sociais, isolando-se. Neste sentido, a equipe de saúde e em particular a de enfermagem, deve informar de maneira mais clara possível a condição de saúde do paciente, discutir sobre as suas preocupações e expectativas e o resultado final que se espera com o tratamento. Portanto, a relação de confiança e de respeito mútuos e o estabelecimento de canais de comunicação claros são ingredientes essenciais para preparar o paciente psicologicamente para os procedimentos terapêuticos, proporcionando uma maior adesão do paciente ao tratamento (BERNSTEIN, 1983).

Todos os esforços devem ser feitos para incluir a família ou pessoas significativas em atividades de enfrentamento do paciente frente ao trauma por queimaduras. Encontros devem ser estimulados pela equipe de saúde (em grupo ou individualmente) porque são benéficos para o tratamento e a recuperação dos

pacientes queimados com dificuldades no enfrentamento às mudanças em sua imagem corporal (BERNSTEIN, 1983; PARTRIDGE, 1997; PRICE, 1990b).

Outro aspecto importante do distúrbio da imagem corporal é relatado por Fauerbach et al. (2000), segundo o qual as pessoas com disfunção nutricional podem apresentar a alteração da percepção e a redução da satisfação na imagem corporal.

No presente estudo, foi identificado o diagnóstico de imagem corporal perturbada relacionado à obesidade em uma paciente vítima de queimadura térmica por acidente de trabalho. Esse diagnóstico provavelmente já existia antes da internação como resultado de respostas mal-adaptadas aos estressores (ansiedade) o que a levava a ingesta excessiva de nutrientes e ao reduzido gasto energético. Nesse caso, as lesões por queimaduras não foram as causas de sua percepção e insatisfação com a imagem corporal, no entanto, interferiam na sua forma de enfrentamento frente ao trauma térmico. Por esse motivo, optou-se em apresentar e discutir esse diagnóstico de enfermagem para essa paciente.

Atualmente a obesidade tem sido considerada uma enfermidade crônica (MANCINI, 2001; WHO, 1990) e está entre as condições que podem resultar na percepção alterada e na insatisfação com a imagem corporal de um indivíduo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1990), a ocorrência da obesidade nos indivíduos reflete a interação entre fatores dietéticos e sócio-ambientais com uma predisposição genética. Entretanto, os fatores alimentares e a atividade física são os principais responsáveis pela diferença da prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais. A ansiedade aparece como um importante fator desencadeante de distúrbios psico-emocionais, que resultam em ganho de peso pela ingestão excessiva de calorias com menor gasto energético, que aliado ao

estilo de vida (sedentarismo, hábitos alimentares) e aos fatores ambientais, predispõe o indivíduo à obesidade.

A obesidade tem chamado a atenção dos pesquisadores não como uma doença física, mas como causa ou conseqüência de distúrbios psicossociais da sociedade moderna. Estudos têm sido desenvolvidos a partir dessa perspectiva, entre eles, estão os que investigam os distúrbios da imagem corporal em pacientes que apresentam obesidade (WHO, 1990; FRANCISCHI et al., 2000).

Conhecimento deficiente

Este diagnóstico foi identificado em cinco pacientes avaliados (50%). O diagnóstico de enfermagem de *conhecimento deficiente* é definido pela NANDA (2002, p. 68) como "Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico". O fator relacionado a esse diagnóstico foi a falta de exposição anterior à acidentes por queimaduras e falta de capacidade de recordar. A característica definidora encontrada para esse diagnóstico foi a verbalização do desejo de informações para os cinco pacientes.

Segundo Carpenito (2002), a falta de conhecimento pode contribuir para uma série de respostas como a ansiedade, o déficit de autocuidado e a recusa ou não adesão ao tratamento. Essa autora afirma que todos os diagnósticos de enfermagem têm o ensino relativo ao paciente e à família como parte das intervenções de enfermagem. Assim, o processo de ensino/aprendizagem é fundamental para o planejamento da assistência de enfermagem aos pacientes queimados na preparação para a alta hospitalar.

As informações e as orientações apresentadas ao paciente queimado e a seus familiares, em relação ao tratamento e aos procedimentos realizados no atendimento pré-hospitalar, na unidade de emergência e durante o todo período de internação na unidade de queimados, podem reduzir o nível de ansiedade, de medo, de dor, de dificuldades quanto ao autocuidado, de enfrentamento frente ao acidente por queimaduras (RUTAN, 1998).

As condutas terapêuticas devem ser explicadas em detalhes até que se tenha confirmado que tanto o paciente quanto os seus familiares compreenderam o plano de tratamento e os resultados esperados, que podem influenciar na permanência do paciente internado. A possibilidade de cirurgia, sobretudo a de amputação, deve ser discutida claramente com o paciente e a família. A expectativa quanto à aparência das lesões por queimaduras em processo de cicatrização e as possíveis seqüelas que podem acometer a pessoa que sofreu queimaduras devem, também, ser objeto de discussão entre a equipe de saúde, os pacientes e seus familiares (RUTAN, 1998). Entretanto, segundo esse autor, dúvidas ou deficiências nas informações sobre o tratamento e o prognóstico das lesões por queimaduras podem ocorrer no período próximo à alta hospitalar e precisam ser identificadas pela equipe de enfermagem para se reduzir o impacto do trauma na recuperação e na reabilitação do paciente quando de seu retorno e de seus familiares à sociedade (família, trabalho, lazer, práticas religiosas).

Neste estudo, quatro dos cinco pacientes avaliados que apresentaram o diagnóstico de enfermagem *conhecimento deficiente*, verbalizaram o desejo de informações sobre os cuidados com as áreas queimadas após a alta hospitalar, a medicação a ser usada nessas áreas e os fatores de risco para a infecção das lesões por queimaduras em ambiente domiciliar. Observa-se pelos resultados que o

processo de ensino-aprendizagem do paciente e do membro familiar é fundamental para que se promova os cuidados com as áreas queimadas que ainda não sofreram a cicatrização completa (limpeza, curativo), a medicação a ser utilizada nas áreas queimadas, as medidas preventivas contra a infecção das áreas lesionadas e os sinais e sintomas de sua presença no ambiente domiciliar.

O paciente e o familiar devem ser envolvidos nos cuidados com a pele e as áreas queimadas, principalmente durante o procedimento de banho e higiene, para que possam gradativamente assumir a responsabilidade pela limpeza e o curativo das áreas queimadas. A experiência do banho oferece para ambos a oportunidade de aprenderem sobre o processo de cicatrização das lesões e de identificarem a intensidade das sensações dolorosas e os sinais de infecção. Em relação ao risco de infecção, tanto o paciente quanto o membro familiar precisam ser conscientizados de que o mais importante aspecto para o controle da proliferação bacteriana nas lesões é a limpeza. O paciente e o familiar devem ser informados também em relação à presença do prurido como ocorrência esperada, sendo necessário identificar o nível de desconforto para o estabelecimento de formas de enfrentamento (técnicas de distração) e tratamento medicamentoso (RUTAN, 1998).

Na preparação para a alta hospitalar, o paciente e o familiar devem ser orientados em relação à não-exposição das áreas queimadas ao sol por um período de 6 meses a 1 ano pós-queimadura, prevenindo a hiperpigmentação. O uso de filtro solar é indicado na fase de maturação do processo de cicatrização das lesões por queimaduras. Ambos devem ser alertados e orientados em relação à exposição das áreas queimadas e à extremos de temperatura (calor e frio) devido à sensibilidade e à fragilidade da nova pele que está se formando.

Faz parte do plano de alta o ensino sobre os exercícios, o repouso, o posicionamento adequado das áreas queimadas, alimentação e o uso da malha compressiva, quando indicado, para prevenir as cicatrizes hipertróficas (RUTAN, 1998; VIDAL, 2004). A esse respeito, o hospital onde foi realizada esta pesquisa fornece a malha compressiva aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde de forma gratuita.

Um paciente, que apresentou o diagnóstico de conhecimento deficiente, vítima de acidente de trabalho com queimadura elétrica, resultando em amputação do terço médio do antebraço esquerdo, verbalizou o desejo de informação sobre a aquisição da prótese do membro superior esquerdo. Quando perguntado a esse paciente qual era a sua maior preocupação ao receber alta hospitalar, respondeu:

'Só a prótese, se vou conseguir ela, porque eu vou precisar dela, vai ajudar bem'.

Nesse caso, a falta de informação sobre a aquisição do equipamento para esse paciente, que não conta com recursos financeiros para custear as despesas para a confecção da prótese, torna-se um importante estressor, resultando em ansiedade e interferindo em sua recuperação e reabilitação quando do retorno ao ambiente social (família, trabalho, lazer). O enfermeiro e o assistente social devem obter informações concretas sobre onde e como o paciente poderia adquirir a prótese de forma gratuita (as Prefeituras Municipais têm um serviço de Órtese e Prótese que fornecem o equipamento para os usuários do Sistema Único de Saúde), e assim, pode-se reduzir a ansiedade do paciente quanto à aquisição da prótese reabilitadora e melhorar o enfrentamento frente à seqüela física.

O ensino deve ser desenvolvido pela equipe de enfermagem toda vez que a falta ou deficiência de informação venha interferir nas respostas do paciente e da

família frente ao trauma, identificados a partir dos diagnósticos de ansiedade, medo, dor, risco para infecção, déficit de autocuidado para banho/higiene, vestir-se;arrumar-se, integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada, padrão do sono perturbado uma vez que eles se inter-relacionam (CARPENITO, 2002).

A informação incompleta e a utilização de estratégias inadequadas de ensino podem contribuir para a assimilação cognitiva parcial do indivíduo sobre o assunto. O plano de ensino-aprendizagem (processo interativo que ajuda os pacientes e seus familiares a adquirirem novos conhecimentos ou a desempenharem novas habilidades) pode ser bem elaborado e, no entanto, não atingir os seus objetivos. Para se evitar problemas de aprendizagem de pacientes, recomenda-se realizar inicialmente uma avaliação sobre a disponibilidade e a capacidade para aprender do paciente. A avaliação das condições do paciente (saúde física e emocional, memória, grau de interesse e motivação, conhecimento prévio, experiência anterior com queimaduras, nível de instrução e estágio de desenvolvimento) leva a uma maior efetividade do processo ensino-aprendizagem. (DIAZ-BORDENAVE; PEREIRA, 1994; POZO, 1996; COATES, 1999). Segundo esses autores, é melhor ser realista e compartilhar metas que o paciente possa cumprir, do que estabelecer objetivos ideais, dificilmente realizáveis na situação em que ele está vivenciando.

Outro aspecto importante relatado por esses autores é em relação ao momento adequado de se realizar o ensino como, por exemplo, se o paciente queimado e o familiar estiverem chocados após receberem a informação da equipe médica sobre a necessidade de amputação de partes do corpo do paciente, eles não serão capazes de reter nenhuma informação adicional nesse momento. Portanto, a

equipe de enfermagem deve identificar junto ao paciente e ao familiar, no planejamento para a alta hospitalar, qual será o momento mais adequado para a implementação do processo de ensino/aprendizagem. É importante ressaltar que para King (1981) as metas, as intervenções e a avaliação do planejamento da assistência a serem estabelecidas entre o paciente, o familiar e o enfermeiro devem ser resultado de um processo de interação e transação.

Em relação à formulação de estratégias de ensino-aprendizagem, a negociação prévia entre os participantes possibilita maior eficácia, havendo necessidade de adaptar-se os procedimentos instrumentais de acordo com o aprendiz para facilitar a aquisição, o armazenamento e a utilização da informação (POZO, 1996).

A avaliação diagnóstica anterior à formulação de estratégias de ensino e aprendizagem deve ser integrada à etapa de coleta de dados. A avaliação da aprendizagem deve ser realizada desde o início do processo, pois constitui um importante recurso que permeia todo o estabelecimento e desenvolvimento da estratégia de ensino-aprendizagem, ou seja, desde a sua escolha, planejamento e implementação (CHRISTENSEN; KENNEY, 1990; COATES, 1999; MIRAS; SOLÉ, 1996).

É importante assinalar que o plano de ensino e aprendizagem deve ser adaptado às condições sócio-culturais e econômicas da clientela para a sua maior eficácia, no qual o baixo padrão social e educacional dos pacientes e familiares deve ser considerado na formulação das estratégias de ensino e aprendizagem no planejamento para a alta hospitalar.

Mobilidade física prejudicada

Este diagnóstico de enfermagem foi identificado em cinco pacientes avaliados (50%), O diagnóstico de enfermagem de *mobilidade física prejudicada* é definido pela NANDA (2002, p. 155) como "Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.". Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram: desconforto, dor, prejuízos neuromusculares, músculoesqueléticos, força muscular diminuída, metabolismo celular alterado. As características definidoras identificadas para esse diagnóstico foram capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas, capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas, amplitude limitada de movimento, dificuldade para virar-se, mudanças na marcha (velocidade da marcha diminuída, início da marcha dificultado, passos pequenos), movimento tornado lento.

Em estudo relatado por Dalri (1993), o diagnóstico de enfermagem de mobilidade física prejudicada foi identificado em 82,3% dos pacientes da amostra estudada, que se constituiu de 17 pacientes queimados avaliados nas primeiras 72 horas pós-trauma, ou seja, na fase aguda. Vale destacar que as condições clínicas desses pacientes e o grau de comprometimento da capacidade física e psico-emocional eram diferentes do período em estudo.

Fatores relacionados à natureza, extensão, profundidade e localização das lesões por queimaduras também determinam em grande medida as limitações da capacidade física do paciente queimado. As queimaduras elétricas e químicas geralmente resultam em danos teciduais mais profundos, podendo acometer músculos e estruturas ósseas. Os acidentes em conseqüência de choque elétrico de

alta tensão podem resultar em perda de substâncias e necroses de estruturas nobres do corpo e a amputação se faz necessária. Os acidentes por queimaduras envolvendo substâncias inflamáveis (álcool, gasolina) também podem resultar em lesões mais extensas e severas. Áreas queimadas localizadas em membros superiores e/ou inferiores, como também articulações, podem levar ao comprometimento funcional do paciente queimado, interferindo em sua mobilidade física. Além disso, os acidentes por queimaduras podem estar associados a outros traumas como, por exemplo, as fraturas (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001; MACIEL; SERRA, 2004). Neste estudo, quatro dos cinco pacientes queimados que apresentaram mobilidade física prejudicada foram atingidos pelas queimaduras nos membros inferiores (perna, coxa, panturrilhas) e a totalidade desses pacientes teve os membros superiores afetados concomitantemente (braço, antebraço, mão).

A mobilidade é um aspecto importante do funcionamento fisiológico essencial para a manutenção da independência do indivíduo. Identificar fatores que interferem nessa necessidade básica do paciente queimado é imperativo para a equipe de saúde e em particular para a enfermagem, uma vez que podem resultar em limitações do uso de sua capacidade física e interferir em sua capacidade de autocuidado. A limitação da capacidade de autocuidado, por sua vez, pode gerar sentimentos de angústia, ansiedade e estresse pela perda da independência do paciente queimado, necessitando de ajuda de um membro familiar para realizar as atividades e os cuidados diários.

Deficit no autocuidado para banho/higiene, higiene íntima, vestir-se/arrumar-se e síndrome do déficit no autocuidado

O autocuidado envolve as atividades necessárias para a satisfação das necessidades diárias, conhecidas como atividades da rotina de vida dos indivíduos, os quais são aprendidas ao longo do tempo e se tornam hábitos de vida. A ameaça ou a constatação do déficit no autocuidado, assim como a mobilidade física prejudicada, pode provocar sentimentos de ansiedade e de desamparo, ou mesmo de impotência a depender do grau de inabilidade das pessoas para realizarem o autocuidado. Neste estudo, os diagnósticos de enfermagem de *déficit no autocuidado* e *síndrome de déficit no autocuidado* serão discutidos concomitantemente.

O diagnóstico de enfermagem *déficit de autocuidado para banho/higiene* foi identificado em cinco pacientes (50%). Segundo a NANDA (2002, p. 43), o diagnóstico de *déficit de autocuidado para banho/higiene* é a "capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo". Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram a dor e o prejuízo neuromuscular. As características definidoras encontradas para esse diagnóstico foram incapacidade de lavar partes do corpo e incapacidade de entrar e sair do banheiro.

Durante a realização do procedimento pela equipe de enfermagem de banho/higiene do paciente queimado em decorrência de sua inabilidade para o autocuidado, é fundamental avaliar as reais condições das lesões por queimaduras na realização da limpeza e troca dos curativos diários e da intensidade das sensações dolorosas apresentadas pelo paciente para que se possa reduzir a dor e,

conseqüentemente, a ansiedade e o estresse atribuídos a esses procedimentos já discutidos anteriormente. A equipe de enfermagem, o paciente e o familiar devem conjuntamente elaborar um plano de ensino-aprendizagem sobre as deficiências de informação e inabilidades no cuidado com as áreas queimadas, estimulando a independência do paciente para o autocuidado.

A NANDA (2002, p. 44 e 45) define o diagnóstico de *déficit no autocuidado para higiene íntima* e de *déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se* como "capacidade prejudicada de realizar ou completar suas próprias atividades de higiene íntima" e "capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se/arrumar-se por si mesmo", respectivamente. Para o diagnóstico de déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se os fatores relacionados identificados foram dor, prejuízo neuromuscular e desconforto e as características para esse diagnóstico foram capacidade prejudicada de pôr ou tirar itens necessários de vestuário, fechar roupas, incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo, incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo. Para o diagnóstico de enfermagem de déficit no autocuidado para higiene íntima os fatores relacionados encontrados foram prejuízo neuromuscular, dor, estado de mobilidade prejudicada e as características definidoras encontradas foram incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima, incapacidade de realizar higiene íntima apropriada.

Os diagnósticos de dor aguda, ansiedade e mobilidade física prejudicada estão relacionados ao diagnóstico de déficit no autocuidado para higiene íntima, vestir-se/arrumar-se, bem como para banho/higiene. O trauma térmico por si só constitui um estressor para o paciente que sofreu queimaduras e sua família e a inabilidade para o autocuidado vem aumentar ainda mais o nível de ansiedade e de tensão que a queimadura lhes impõe, pois leva o paciente a uma situação de

dependência parcial ou total, tornando-o frágil diante das necessidades básicas da vida, que é alimentar, realizar a higiene corporal, vestir.

Dalri (1993) afirma que as necessidades de banho/higiene, alimentação, vestir-se e arrumar-se e higiene íntima são comuns na vida diária das pessoas. Em presença de inabilidade para o indivíduo de realizar o autocuidado, existem intervenções de enfermagem para a sua satisfação.

A equipe de enfermagem precisa formular estratégias de intervenções que otimizem ao máximo a independência do paciente queimado no período anterior à alta hospitalar, incluindo o membro familiar que prestará o cuidado quando de seu retorno ao domicílio, pois no hospital existe uma equipe de saúde habilitada para promover o autocuidado do paciente (denominado autocuidado dependente por OREN (2001) nas atividades diárias. Entretanto, no ambiente domiciliar, a pessoa que sofreu queimaduras não conta mais com esse recurso humano e técnico-instrumental. O principal objeto da assistência de enfermagem em pacientes que apresentam inabilidade para o autocuidado é promover progressivamente a sua habilidade para o autocuidado e, assim, recuperar a sua independência para o desenvolvimento de atividades diárias.

Síndrome do déficit no autocuidado

Esse diagnóstico de enfermagem foi identificado em um paciente, vítima de acidente por queimadura elétrica, resultando em disfunção grave da capacidade flexora e extensora das mãos direita e esquerda, necessitando de auxílio de pessoas (equipe de enfermagem e familiar) para a realização do autocuidado de

banho e higiene corporal, higiene íntima e oral, vestir-se/arrumar-se, alimentar-se e instrumental (utilizar telefone público da enfermaria, celular).

Para Carpenito (2002), o diagnóstico de *síndrome do déficit no autocuidado* é o “estado em que o indivíduo apresenta prejuízo na função motora ou cognitiva, causando uma diminuição na capacidade de desempenhar cada uma das cinco atividades de autocuidado”.

Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram fisiopatológicos (relacionados à falta de coordenação, fraqueza muscular e mau funcionamento das mãos direita e esquerda secundárias a queimadura elétrica) e situacionais (relacionados à dor).

As características definidoras identificadas foram déficit para alimentar-se (incapaz de cortar os alimentos e abrir embalagens incapaz de levar o alimento à boca); déficit para banhar-se (incapaz de lavar o corpo, incapaz de obter uma fonte de água, incapaz de regular a temperatura e o fluxo de água); déficit para vestir-se (incapacidade para colocar ou retirar a roupa, incapaz de fechar a roupa, de arrumar-se satisfatoriamente e de obter ou substituir artigos de vestir); déficit no uso do vaso sanitário (incapaz de realizar a higiene apropriada, incapaz de segurar roupa para acomodar-se no vaso sanitário); déficit de autocuidado instrumental (incapacidade para usar o telefone e celular).

O autocuidado engloba as atividades necessárias para a satisfação das necessidades diárias, conhecidas como atividades do dia a dia que são aprendidas ao longo do tempo e se tornam hábitos de vida (OREM, 2001). O conceito de autocuidado enfatiza o direito de cada pessoa de manter o controle pessoal sobre o seu próprio padrão de vida. A equipe de enfermagem deve, por meio de estratégias de ensino-aprendizagem do paciente e do membro familiar, estimular o máximo

possível a independência da capacidade funcional do paciente que sofreu queimaduras.

No caso desse paciente, o sistema pessoal, o interpessoal e o social foram atingidos pelo trauma, desencadeando uma série de sentimentos e comportamentos adversos. Vale ressaltar que as sensações dolorosas, a perda da função motora, a expectativa em relação ao retorno ao trabalho - que, no caso desse paciente, o comprometimento funcional o impossibilitará de assumir a mesma ocupação anterior ao acidente, - a ameaça de mudança nas condições financeiras e a perda da autonomia para o desenvolvimento das atividades da vida diária são situações altamente ameaçadoras, que resultam em um estado de grande ansiedade, apreensão e tensão emocional para o paciente e a família.

Dentição prejudicada

Neste estudo, quatro pacientes avaliados (40%) apresentaram esse diagnóstico. A NANDA (2002, p. 84) define o diagnóstico de enfermagem *dentição prejudicada* como "distúrbio nos padrões de desenvolvimento/erupção de um dente ou da integridade estrutural dos dentes de um indivíduo". Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram higiene oral ineficaz, barreiras econômicas e de acesso ao cuidado profissional, falta de conhecimento a respeito da saúde dental. As características definidoras encontradas foram cáries na coroa do dente, halitose, perda de dentes, dentes estragados.

Para Carpenito (2002), a dentição alterada envolve vários problemas relacionados à dentição de uma pessoa. Se o paciente apresentar cáries, abscessos, dentes desalinhados ou malformados, a enfermeira deverá encaminhar o paciente ao dentista. Se o problema dentário estiver afetando o conforto ou a

nutrição do paciente, a enfermeira deverá estabelecer outros diagnósticos mais apropriados (CARPENITO, 2002). Nos casos em que se identificou esse diagnóstico, o problema dentário não afetou o conforto, nem a nutrição dos pacientes.

Na identificação do diagnóstico de dentição prejudicada é importante ressaltar que os fatores relacionados: higiene oral ineficaz, barreiras econômicas e de acesso ao cuidado profissional, falta de conhecimento a respeito da saúde dental, são causas que podem ser atribuídas ao baixo padrão sócio-econômico e educacional da clientela estudada. Além disso, o hábito de higiene da cavidade oral não aparece como necessário à prevenção e manutenção da saúde oral. O baixo nível de instrução pode contribuir ainda mais para as condições de higiene oral precário de pacientes que apresentavam o diagnóstico de dentição prejudicada.

É importante ressaltar que o acesso ao serviço de saúde oral privado é dificultado pelas condições financeiras dos pacientes queimados avaliados neste estudo e o acesso aos cuidados preventivos e curativos da rede pública também é dificultado porque nem todas as cidades contam com esse serviço nas unidades básicas de saúde e, quando oferecem esse serviço, a dificuldade passa a ser conseguir uma vaga. Mesmo diante das dificuldades apresentadas pelos pacientes, a equipe de enfermagem deve promover intervenções para a prevenção e a manutenção da saúde oral, adequadas ao contexto social, educacional e econômico da clientela. Vale lembrar que qualquer comprometimento da cavidade oral pode resultar em dificuldades nutricionais relacionadas à redução na ingestão de nutrientes como também contribuir para a instalação de um processo infeccioso na cavidade oral do paciente queimado, o que pode resultar em comprometimento da recuperação da pessoa que sofreu queimaduras.

Sentimento de pesar disfuncional

O diagnóstico de enfermagem sentimento de pesar disfuncional foi identificado em três pacientes avaliados (30%). A NANDA (2002, p. 202) define este diagnóstico como:

> Utilização prolongada e malsucedida de respostas intelectuais e emocionais por meio das quais indivíduos, famílias e comunidades tentam desenvolver o processo de modificar o autoconceito baseado na percepção da perda.

O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi a perda real (sobrinho, irmã, irmão, filha) e as características definidoras para esse diagnóstico foram a expressão verbal de angústia relacionada à perda, tristeza, choro, idealização do objeto perdido (filha). Esse diagnóstico de enfermagem possivelmente já existia antes do acidente por queimaduras, pois essas pacientes demonstraram formas não adaptativas ou prolongadas de resolução do pesar e do luto. Uma paciente apresentou angústia, tristeza e sofrimentos intensos com a morte da filha de oito meses ocorrida há 4 anos e a outra paciente apresentou forma não adaptativa de pesar relacionada à morte da mãe ocorrida há 10 anos. É importante assinalar que as pacientes sofrem de transtornos psiquiátricos e que os falecimentos se deram de forma abrupta e inesperada.

O sentimento de pesar não elaborado satisfatoriamente constitui um fator estressor para o paciente queimado, resultando, muitas vezes, em aumento da ansiedade, do distúrbio no padrão do sono e da ocorrência de sintomas depressivos durante a hospitalização (TOWNSEND, 2002). Vale ressaltar que dois dos três pacientes com o diagnóstico de enfermagem de sentimento de pesar disfuncional, apresentaram queimaduras térmicas de média extensão, utilizando álcool e chama direta na tentativa de auto-extermínio.

A finalidade do luto e de seus rituais é atingir o reconhecimento da perda, fornecer um retorno de energia para o reinvestimento na vida diária e para a resolução de mudanças exigidas. O pesar não resolvido é difícil de determinar, pois não há uma forma "correta" de elaboração do pesar. Indivíduos podem apresentar fatores ou situações que interferem na elaboração do pesar e na sua resolução. Quando a elaboração do pesar não se dá de forma natural e satisfatória para o indivíduo, pode resultar no processo não-adaptativo. Nesse caso, o pesar pode estar reprimido ou ausente ou o indivíduo pode apresentar reações exageradamente prolongadas (TOWNSEND, 2002).

Constipação

Este diagnóstico foi identificado em três pacientes avaliados (30%). A NANDA (2002, p. 69) define o diagnóstico de enfermagem *constipação* como “Diminuição na freqüência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas”. Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram funcionais (atividade física insuficiente, higiene íntima inadequada: privacidade); psicológicos (depressão e tensão emocional) e as características definidoras encontradas foram mudança no padrão intestinal, dor à evacuação, esforço para evacuar, freqüência diminuída, fezes duras e secas.

A freqüência de eliminação intestinal é influenciada pela dieta, medicação, atividade física, privacidade, estresse e ambiente (MARIA, 2003). Pacientes queimados internados geralmente permanecem longo período de tempo no leito, devido às lesões por queimaduras que podem comprometer a mobilidade física e por

imposição restritiva após cirurgia de enxertia para que não haja deslocamento das áreas enxertadas, resultando em perdas o que diminui a atividade física. Além disso, freqüentemente, apresentam ansiedade, estresse e tensão emocional em conseqüência do trauma e ao tratamento a que são submetidos durante a internação (ROBERT et al., 2000). A mudança no ambiente devido à hospitalização muitas vezes prolongada e a necessidade de auxílio de pessoas para a higiene íntima, podem resultar em redução de privacidade e comprometer a eliminação intestinal habitual do paciente (CARPENITO, 2002). Neste estudo, dois pacientes referiram ansiedade e tensão emocional na realização da higiene íntima e um paciente referiu falta de privacidade. Todos os pacientes com o diagnóstico de constipação apresentavam permanência prolongada no leito desde a internação.

A constipação significa o movimento lento ao longo do trato intestinal (grosso) associado a grandes quantidades de fezes secas e endurecidas no cólon ascendente, que se acumulam durante o longo tempo disponível para absorção de líquido (GUYTON; HALL 1997). A eliminação intestinal é controlada pelo sistema nervoso somático e autônomo. O alimento não-digerido (fezes) passa através do intestino grosso impulsionado pelos músculos involuntários no interior das paredes intestinais. Esse movimento denominado peristáltico é responsável pelo trânsito intestinal. As fezes são constituídas por água e matéria sólida, compostas por bactérias, material inorgânico, proteínas, restos alimentares não digeridos e produtos de decomposição bacteriana. O padrão de normalidade é variável de uma vez por dia até três vezes por semana. O volume e a consistência das fezes são influenciados por padrões dietéticos e hídricos. A ingestão de dieta rica em fibras estimula a freqüência da eliminação intestinal. Em presença da constipação, o paciente apresenta diminuição da freqüência de evacuação habitual, fezes secas e

endurecidas, podendo apresentar também dor e esforço à evacuação (MARIA, 2003).

Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Enfrentamento individual ineficaz e Manutenção da saúde alterada

Estes diagnósticos de enfermagem foram estabelecidos para um dos pacientes, cujo principal problema de saúde apresentado era a obesidade anterior ao acidente por queimaduras. Desse modo, esses diagnósticos serão discutidos conjuntamente, pois estão inter-relacionados. É importante esclarecer também que foi utilizada a interpretação da Taxonomia I da NANDA apresentada por Carpenito (2002) no estabelecimento dos diagnósticos de enfrentamento individual ineficaz e manutenção da saúde alterada. Essa autora descreve com melhor clareza e especificidade as respostas apresentadas pela paciente avaliada em relação à obesidade.

A NANDA (2002, p. 161) define o diagnóstico de enfermagem *nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais* como "ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas". O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas e as características definidoras encontradas foram peso 23% acima do ideal para a altura e a compleição, comer em resposta a sugestões internas além da fome (ansiedade) e nível de atividade sedentário.

A definição da Carpenito (2002. p. 110) para o diagnóstico de *enfrentamento individual ineficaz* é:

> Estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, incapacidade para controlar adequadamente os estressores internos ou ambientais devido a recursos inadequados (físicos, psicológicos, comportamentais e/ou cognitivos).

O fator relacionado identificado para esse diagnóstico para essa paciente foi situacional relacionado a aumento no consumo de alimentos em resposta aos estressores e as características definidoras identificadas foram: uso inapropriado de mecanismos de defesa, dificuldade relatada com os estressores da vida e ansiedade.

A definição do diagnóstico de *manutenção da saúde alterada* é definida por Carpenito (2002) como “Estado em que o indivíduo ou grupo apresenta, ou corre o risco de apresentar, problemas de saúde devido ao estilo de vida não-sadio ou à falta de conhecimento para controlar essa condição”. Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram aumento do consumo de alimentação em resposta aos estressores e gasto insuficiente de energia para a ingesta. As características definidoras encontradas foram: excesso de alimentação, dieta rica em gordura e obesidade.

A obesidade é uma situação complexa, com implicações sócio-culturais, psicológicas e metabólicas. Segundo Carpenito (2002), quando a pessoa realiza um programa de perda de peso em que o foco é unicamente a diminuição da ingesta, a chance de perda permanente de peso é limitada. Para ser bem sucedido, o programa de redução de peso deve enfocar mudanças comportamentais e de estilo de vida.

É importante destacar que a implementação da redução de peso para o paciente queimado deve ser evitada durante a fase de recuperação e reabilitação, uma vez que esse paciente já se encontra muito debilitado devido ao trauma por queimaduras, sendo necessário um aporte adicional de nutrientes para a sua recuperação. Um adequado aporte nutricional é essencial para o processo de cicatrização das lesões por queimaduras. Assim, restrições na dieta alimentar

durante a internação em pacientes queimados é desaconselhável uma vez que pode interferir negativamente nas condições clínicas desses pacientes importantes para a sua recuperação. Ao contrário, é estimulada a ingesta de dieta hipercalórica e hiperprotéica em função do hipercatabolismo que se instala no pós-trauma por queimaduras e que pode se prolongar por um longo período de tempo.

No caso dessa paciente, que foi vítima de acidente de trabalho por queimadura térmica de segundo grau, atingindo 22% da superfície corporal queimada (braço esquerdo, perna e coxa esquerda, coxa direita e nádegas direita e esquerda), a obesidade era a causa de sua insatisfação com a aparência de seu corpo. Nesse caso, o programa de redução de peso corporal, a ser implementado após alta hospitalar, deve ser acompanhado por equipe multiprofissional, sobretudo por um psicólogo porque o principal fator desencadeante da ingesta excessiva dessa paciente era a ansiedade, que não permite um satisfatório padrão de enfrentamento aos estressores que a vida lhe impõe. Vale ressaltar, que a presença da obesidade pode ser um fator complicador para o trauma uma vez que pode estar associada a distúrbios metabólicos e outras enfermidades concomitantes como o diabetes e a hipertensão, aumentando a morbi-mortalidade por acidentes por queimaduras.

Percepção sensorial perturbada visual

O diagnóstico de enfermagem *percepção sensorial perturbada* visual foi identificado em um paciente, vítima de queimadura química por soda cáustica de sódio diluída em água quente, que atingiu o globo ocular esquerdo. A NANDA (2002, p. 177) define esse diagnóstico como “Mudança na qualidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por uma resposta diminuída,

exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos." O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi percepção sensorial alterada secundária à lesão por queimadura no globo ocular esquerdo e a característica definidora identificada foi mudança relatada na acuidade sensorial visual.

As queimaduras oculares podem ocorrer quando o globo ocular fica exposto como, por exemplo, a agentes térmicos ou é atingido por produtos químicos. Esse tipo de acidente por queimaduras resulta, na maioria dos casos, em alterações da percepção sensorial visual parcial ou total do paciente. Entre os produtos químicos, as substâncias alcalinas são as que resultam em danos teciduais mais graves para o globo ocular o que leva, muitas vezes, ao tratamento cirúrgico para a correção de seqüelas das queimaduras (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

Os álcalis podem ser classificados em hidróxidos, carbonatos, sodas cáusticas de sódio, potássio, amônia, lítio, bário e cálcio. Essas substâncias químicas podem causar queimaduras graves na pele e mucosas. O contato com os olhos pode causar danos permanentes. Os álcalis podem reagir violentamente com água, ácidos e outras substâncias. Uma quantidade considerável de calor é gerada quando a soda cáustica de sódio é misturada com água. Ao fazer uma solução é preciso usar EPI (equipamento de proteção individual) e água morna (25 a 38º C) para que o produto seja totalmente diluído ao ser adicionado à água. Os álcalis nos olhos ligam-se às proteínas e requerem irrigação prolongada com água ou soro fisiológico diminuindo o efeito de exposição dos olhos à substância química (INSTITUTO BRASILEIRO DO PETRÓLEO, 2004).

No caso do paciente avaliado, ele fazia uso apenas do avental e da máscara, mas não usava óculos de proteção contra agentes químicos no momento do

acidente, apesar de a empresa fornecer esses equipamentos, o que resultou em lesão do globo ocular esquerdo.

Jordan e Harrington (1997) afirmam que quando o agente químico é diluído em água, diminui a sua concentração, e se a exposição for breve, as lesões por queimaduras resultam em segundo grau ou de espessura parcial. O grau da lesão depende da concentração do agente químico e a duração do produto em contato com o tecido cutâneo. Segundo esses autores, quanto maior a concentração da substância química e maior tempo de exposição do produto em contato com a pele e mucosas, mais grave será o dano tecidual. Em relação a queimadura química ocular, o álcali em contato com a superfície ocular eleva o pH local iniciando um processo de saporificação das gorduras das paredes das células, que ocasiona ruptura celular e penetração da substância. A primeira medida terapêutica é a lavagem copiosa do olho com soro fisiológico, ringer lactato ou água destilada. Não tendo esses produtos, pode-se usar água corrente (CARROUGHER, 1998; GOMES; SERRA; PELLON, 1997; SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS, 2003).

Apesar dessas medidas serem indicadas no caso de exposição ao produto químico, há controvérsia em relação ao uso da água corrente na limpeza das áreas queimadas, uma vez que, havendo diluição do agente químico, este pode penetrar mais facilmente na pele a depender da concentração do produto. A princípio recomenda-se, sempre que possível, a utilização de produto neutralizador da substância química envolvida na queimadura.

Em se tratando do paciente avaliado, as lesões por queimaduras foram de segundo grau, porque a quantidade de substância química diluída em água foi pequena e o tempo de exposição do produto em contato com o tecido cutâneo e a mucosa do globo ocular foi reduzido devido aos primeiros socorros realizados no

ambiente de trabalho. De qualquer forma, a possibilidade de perda da visão por queimadura química resultou em sentimentos de ansiedade e de grande preocupação, tanto do paciente quanto de sua família. O resultado do processo cicatricial do olho esquerdo determinará as condutas terapêuticas após a alta hospitalar, a serem realizadas na cidade onde reside o paciente e sua família, bem como o grau de comprometimento da percepção visual e a sua capacidade residual.

As intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem percepção sensorial prejudicada visual devem ser estabelecidas concomitantemente com o diagnóstico de ansiedade uma vez que se inter-relacionam. A alteração da percepção sensorial visual nesse paciente foi um dos fatores desencadeantes do sentimento de ansiedade na fase anterior à alta hospitalar.

Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais

Este diagnóstico foi identificado em uma paciente, que já apresentava esse problema de saúde anterior ao acidente por queimaduras e que devido ao trauma apresentava necessidades nutricionais aumentadas como resultado do hipermetabolismo e hipercatabolismo. Trata-se de uma paciente com queimadura térmica, vítima de acidente domiciliar por óleo quente.

Carpenito (2002, p. 441) define o diagnóstico de *nutrição alterada menos do que as necessidades corporais* como:

> Estado em que o indivíduo, que não está em nutrição enteral ou parenteral, apresenta, ou está em risco de apresentar, ingesta ou metabolismo inadequado dos nutrientes para as necessidades metabólicas com ou sem perda de peso.

O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi fisiopatológico (exigências calóricas aumentadas secundárias as queimaduras na fase pós-aguda)

e as características definidoras encontradas foram a pessoa relata ingesta inadequada de alimentos em quantidade menor do que a recomendação diária com perda de peso, peso corporal 21,5% abaixo do ideal para a altura e a estatura, albumina sérica diminuída, capacidade diminuída da ligação do ferro sérico. Para Carpenito (2002, p. 442), esse diagnóstico “descreve as pessoas que podem ingerir o alimento, mas comem uma quantidade ou uma qualidade inadequada ou desequilibrada.”

Para o funcionamento metabólico apropriado, o organismo exige carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais, eletrólitos e oligoelementos adequados. Os fatores que influenciam as exigências nutricionais incluem a idade, a atividade, o estado de saúde (presença de doença, traumatismo) e o metabolismo dos nutrientes (reserva, absorção, uso, excreção). Entretanto, os hábitos alimentares e o estado nutricional sofrem influência de muitos fatores pessoais, familiares, financeiros, funcionais e que se relacionam ao conhecimento sobre o valor nutricional dos alimentos. O corpo humano exige um mínimo de nutrientes para a saúde e o crescimento e as exigências calóricas variam durante o ciclo de vida dos indivíduos (CARPENITO, 2002).

Para Carvalho e Sales (1992), a desnutrição se dá pelo desequilíbrio da ingestão em relação às necessidades nutricionais do organismo, podendo resultar em profundas alterações funcionais e estruturais. Esse desequilíbrio se manifesta em três situações: diminuição da ingesta, aumento das necessidades e utilização alterada. Em adultos, fatores não nutricionais afetam o organismo, como por exemplo: a musculatura esquelética depende da atividade física, em pacientes acamados há perda de massa muscular independentemente da desnutrição. Desse

modo, os métodos tradicionais de avaliação nutricional perdem sua especificidade em pessoas hospitalizadas, pois é padronizada para pessoas saudáveis.

Entre os métodos de avaliação nutricional, a porcentagem de perda de peso em relação ao peso habitual ou atual e a avaliação das proteínas plasmáticas são os de maior valor na prática clínica em pessoas hospitalizadas, especialmente em pacientes queimados no período pós-agudo. A dosagem de albumina sérica é o método objetivo que melhor relaciona com o estado nutricional. A vida média da albumina endógena gira em torno de 14 a 20 dias. Em estados hipermetabólicos com proteose ativa, a vida média sofre redução de 50%. Queda significativa de albumina em 3 a 5 dias pode indicar infecção e catabolismo grave. A dosagem de albumina sérica permite o diagnóstico de consumo protéico rápido (CARVALHO; SALES, 1992).

A desnutrição é definida por albumina sérica menor que 3,5 g/dl e perda de peso maior 10% em relação ao peso usual. Essa proteína é responsável por cerca de 60 a 80% da pressão oncótica do plasma. Tem por objetivo manter a pressão oncótica intravascular e transportar metabólicos, drogas e outros constituintes do plasma. Sua concentração plasmática em condições normais varia de 3,5 a 4,5 g/dl. Esses valores dependem da taxa de síntese hepática, velocidade de degradação e volume de distribuição nos líquidos corporais. A síntese hepática é regulada pela quantidade de aminoácidos que chega ao fígado e pela pressão coloidosmótica do plasma. Oferta diminuída de aminoácidos ou aumento da pressão coloidosmótica do plasma, situação de estresse como cirurgia, trauma, infecção, irradiação reduzem a sua síntese. A hipoalbuminemia é ocorrência comum em pacientes que sofreram queimaduras. O principal mecanismo é o hipercatabolismo, que acompanha os traumas, infecção e hemorragias maciças. Está relacionada à alteração da

imunidade, ao retardo da cicatrização em feridas cirúrgicas e ao aparecimento de fístulas (CARVALHO; SALES 1992). Entre os pacientes queimados avaliados neste estudo, nove deles apresentaram valores de albumina abaixo do padrão de normalidade para pessoas em condições de saúde adequada, variando de 2,1 a 3,0 g/dL. Apenas um paciente apresentava, no momento em que foi realizada esta pesquisa, valor de albumina 3,6 g/dL. Esse paciente foi vítima de queimadura química.

Vale ressaltar que a dosagem de albumina sérica em pacientes no pós-trauma imediato (fase aguda) não deve ser utilizada como parâmetro de avaliação das condições nutricionais, uma vez que o trauma térmico leva, inevitavelmente a um intenso catabolismo metabólico. A albumina, por exemplo, “Se comporta como rectante de fase-aguda negativa, e diminui em resposta ao trauma, à cirurgia, à sepse e a outros processos agudos” (VIEIRA, 2004, p. 277).

Em pacientes queimados pós-trauma imediato, com a rápida compensação do choque hipovolêmico e o retorno do equilíbrio hemodinâmico, instala-se um intenso e duradouro quadro de hipermetabolismo. A dor, a hipóxia, a hipotermia, a ansiedade e as agressões das lesões por queimaduras resultam uma reação neuroendócrina, que visa preservar o organismo traumatizado. O importante dispêndio calórico e o intenso catabolismo levam a uma resposta endócrino-metabólica ao trauma, acarretando o estado imunosupressor e sepse. Esse gasto energético envolve um aumento de cerca de 200 a 250% sobre o valor basal para manter a temperatura corporal, sintetizar novos tecidos e equilibrar o hiperdinamismo que se instala. Uma pessoa que sofreu queimaduras perde até 200g por dia de proteínas pelas secreções cutâneas, sendo que o adulto tem reduzida reserva protéica muscular (4500g) e visceral-plasmática (8500g). O esgotamento

rápido dessas reservas nos pós-traumas leva o queimado a uma grave desnutrição protéico-calórica. O suporte nutricional precoce e tardio (o hipermetabolismo se prolonga até um ano pós-trauma por queimaduras) vem minimizar as quedas e a deteriorização clínica do paciente no sentido de prevenir a infecção, acelerar a cicatrização, reduzir o número de intervenções cirúrgicas e o tempo de permanência hospitalar (GOMES; SERRA; PELLON,1997; MACIEL; SERRA, 2004). Na unidade de queimados, onde o estudo foi realizado, a dieta hipercalórica e hiperprotéica é freqüentemente prescrita e estimulada por via enteral em pacientes queimados internados, sendo monitorada na rotina do serviço por um nutricionista. Em alguns casos é associada a glutamina na dieta complementar.

Outro aspecto importante é que a desnutrição constitui um dos fatores que potencializam a infecção em pessoas que sofreram queimaduras, porque diminui a resposta imunológica, fagocitose e síntese de coagulação. A redução de vitamina A no organismo interfere na síntese de colágeno, resultando em infecções graves e freqüentes. A diminuição da vitamina C, reduz a resposta imunológica, a migração dos macrófagos, a função dos granulócitos e neutrófilos. A redução da vitamina K interfere na síntese de fatores de coagulação: prontombina (WEBER, 1998).

Vale destacar que a presença da anemia em pessoas que sofreram queimaduras pode interferir no processo de recuperação dessa pessoa. . A anemia ferropriva é caracterizada pela absorção ou à perda excessiva de ferro, mas geralmente está associada à ingesta inadequada de dieta rica em ferro. Em pacientes queimados internados, a anemia é agravada pelas perdas sangüíneas durante os procedimentos como desbridamentos, cirurgias, curativos e coletas de sangue. Sabe-se da importância do ferro para a formação da hemoglobina (carreadora de oxigênio das hemácias), mioglobolina e outras substâncias do

sangue. Os efeitos da anemia sobre o sistema circulatório resultam em aumento do débito cardíaco como forma compensatória da quantidade reduzida de oxigênio no sangue fornecida aos tecidos (o oxigênio é crucial para a vitalidade das células do organismo e regeneração tecidual). Em presença de anemia que venha agravar o quadro clínico do paciente queimado não deve ser preterida a reposição de concentrado de hemácias, devendo manter sempre o hematócrito acima de 30% (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996; GOMES; SERRA, MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

É importante destacar que a cicatrização das lesões por queimaduras envolve uma seqüência de eventos que se inicia imediatamente após o trauma com a coagulação da ferida até a maturação do colágeno e o remodelamento da cicatriz. Entretanto, alguns fatores podem afetar esse processo complexo, entre eles encontram-se a desnutrição, as anemias, o volume e a oxigenação dos tecidos. Portanto, é necessário a ingesta adequada de proteínas-carboidratos no sentido de prevenir o equilíbrio negativo do nitrogênio e a hipoalbuminemia. Além disso, há necessidade de um aporte adequado de oxigênio e volume sanguíneo para que o processo cicatricial ocorra com eficácia (GOGIA, 2004; PICOLLO; PICOLLO; PICOLLO; 2004).

Diante disso, é fundamental para a equipe de enfermagem avaliar as condições nutricionais do paciente queimado e monitorar a ingesta alimentar e/ou medicamentosa e os fatores que podem interferir na qualidade e quantidade dessa ingesta, pois as alterações podem se constituir em fator de complicação para o tratamento, a recuperação e a reabilitação da pessoa que sofreu queimaduras, aumentando os riscos potenciais para a infecção e as alterações do processo de cicatrização das áreas queimadas e/ou enxertadas durante e após a alta hospitalar.

Devido à prática de alta precoce no local de realização deste estudo, os pacientes deixam o hospital, necessitando de cuidados com as lesões que ainda não sofreram a cicatrização completa e os riscos de infecção são altos quando do retorno do paciente ao ambiente domiciliar, o que implica numa adequada ingesta alimentar rica em carboidratos, vitaminas e proteínas.

Considerando-se que a maioria dos pacientes, inclusive essa paciente, encaminhada a esse hospital ou que procura atendimento é de baixa condição financeira, o enfermeiro e o nutricionista, devem orientar os pacientes e seus familiares quanto à necessidade de uma alimentação balanceada a partir do contexto de sua realidade, adequando a necessidade de suporte nutricional aos recursos disponíveis ou à falta deles.

Proteção ineficaz

Este diagnóstico foi firmado para uma paciente, vítima de queimadura térmica em conseqüência de álcool líquido incandescente, apresentando lesões por queimaduras de segundo e terceiro graus e 12 % da superfície corporal queimada o que resultou em cirurgia de auto-enxertia no antebraço direito, coxa direita e esquerda. No antebraço direito houve perda parcial de área enxertada. Esse diagnóstico de enfermagem já existia antes do trauma térmico uma vez que a paciente havia realizado tratamento anterior para a trombocitopenia crônica (púrpura trombocitopênica idiopática).

A NANDA (2002, p. 190) define o diagnóstico de *proteção ineficaz* como “Diminuição na capacidade de proteger-se contra ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões”. Os fatores relacionados identificados para esse

diagnóstico foram perfis sangüíneos anormais (trombocitopenia, anemia, coagulação) e tratamentos (cirurgia) e as características definidoras encontradas foram resposta mal-adaptada ao estresse, coagulação alterada, insônia, prurido. Segundo Carpenito (2002) proteção alterada refere à pessoa com comprometimento na capacidade de defender-se contra os microorganismos e/ou sangramentos devido à imunossupressão e/ou anormalidades nos fatores coagulatórios.

Pacientes que apresentam problemas dos fatores de coagulação podem apresentar hemorragias generalizadas, retardamento da cicatrização das lesões por queimaduras, contribuição para a hipovolemia, risco para lesão, como também tornar as lesões mais susceptíveis à infecção. A redução de plaquetas (trombocitopenia) leva a um importante estado hemorrágico, principalmente por meio de sangramento de pequenos vasos sangüíneos. As plaquetas têm papel fundamental na hemostasia porque formam tampões temporários e participam na reação de coagulação. Durante o processo de cicatrização das lesões, durante a primeira fase, denominada exsudativa ou inflamatória, ocorre a formação de trombo e cascata de coagulação (fase trombocítica), com o objetivo de promover a hemostasia e a coagulação (parar o sangramento) das lesões. Em pacientes queimados que apresentam trombocitopenia crônica, a fase trombocítica fica comprometida pela diminuição de plaquetas, elemento essencial da cascata de coagulação. Como resultado há perda sangüínea (sangramento), que aliada à perda de volume de líquidos pelo trauma térmico pode resultar em choque hipovolêmico.

A púrpura trombocitopênica idiopática é um distúrbio auto-imune, em que a destruição das plaquetas resulta da produção de anticorpos anitplaquetários. O mecanismo de destruição das plaquetas assemelha-se àquele observado nas anemias hemolíticas auto-imune. Essa doença crônica acomete mais as mulheres

adultas, iniciando com um sangramento na pele e superfície das mucosas. O sangramento cutâneo é observado na forma de petéquias. Essas pequenas hemorragias podem ser confluentes, dando origem a equimoses (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996; COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000; WARD; SAFFLE, 1995).

Diante disso é fundamental para a equipe de enfermagem monitorar a presença de sangramento devido às complicações resultantes dos distúrbios coagulatórios, o que pode comprometer seriamente as condições clinicas da paciente queimada e sua recuperação pós-trauma. Essa paciente que apresentou o diagnóstico de proteção ineficaz foi submetida a dois procedimentos de hemotransfusão durante a internação.

Atividades de recreação deficientes

Este diagnóstico foi firmado para um paciente. O diagnóstico de *atividades de recreação deficientes*, segundo a NANDA (2002, p. 41) é “estimulação (ou interesse, ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.” e que teve como fator relacionado a ausência ambiental de atividades de recreação, como em internações de longa duração e tratamentos prolongados e como característica definidora o passatempo habitual não pode ser realizado no hospital.

Trata-se de um paciente que sofreu queimadura térmica, vítima de acidente de trabalho (oficina mecânica), tendo como agente causador a chama devido à explosão de banheira de gasolina. Teve 12% de superfície corporal queimada, atingindo a face (sem comprometimento de vias áreas), o pavilhão auricular esquerdo e o direito, o antebraço direito e o esquerdo. Segundo o paciente, o seu

passatempo habitual não pode ser realizado no hospital (jogar futebol de campo). Refere que praticava esse esporte de duas a três vezes por semana antes da hospitalização. Desse modo, segundo relato verbal do paciente:

'Fico sem liberar o estresse, fica acumulado, você entende?.' (Paciente 2).

Para esse paciente a impossibilidade de praticar o seu esporte habitual interfere em seu estado psico-emocional frente ao trauma por queimaduras, potencializando ainda mais o nível de ansiedade e de estresse. A equipe de enfermagem deve ajudar o paciente a encontrar outras formas de lazer compatíveis com a sua atual condição de saúde e que possam ser realizadas no ambiente hospitalar. Além disso, esse paciente deverá mudar a prática de recreação e de lazer quando de seu retorno ao domicílio devido às lesões por queimaduras e as condições físicas apresentadas por ele antes da alta hospitalar. Na unidade de queimados onde foi realizado este estudo existe uma pequena sala de recreação e lazer apenas para as crianças, que fica próxima às enfermarias pediátricas no mesmo andar que a dos adultos.

Membrana mucosa oral prejudicada

O diagnóstico de *membrana mucosa oral prejudicada* foi identificado em dois pacientes avaliados (20%). A NANDA (2002, p. 151) define este diagnóstico como "distúrbios nos lábios e tecidos moles da cavidade oral". O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi trauma (térmico) e as características definidoras identificadas foram: edema e lesões (lábios superior e inferior).

As lesões por queimaduras nos lábios ocasionam alteração na túnica mucosa, que reveste as cavidades que abrem para o exterior como cavidade oral e lábios.

Essa membrana epitelial resulta da combinação de uma camada epitelial com uma camada de tecido conjuntivo adjacente. A cavidade oral e os lábios são recobertos pela túnica mucosa e pela submucosa. A camada mais externa é composta por tecido epitelial, conjuntivo areolar e uma lâmina muscular. A submucosa é formada por tecido conjuntivo areolar que une a túnica mucosa à túnica muscular e contém vasos sangüíneos e nervos (MARIA, 2003).

Em ambos os casos, os pacientes foram vítimas de queimaduras térmicas, atingindo a face, sem comprometimento de vias aéreas. O trauma térmico na mucosa oral e nos lábios está geralmente associado a queimaduras na face e a lesão em mucosa é fator relacionado à integridade tissular prejudicada (NANDA, 2002). Assim, o diagnóstico de membrana mucosa oral prejudicada e o de integridade tissular prejudicada estão associados e devem merecer atenção especial por parte da equipe de enfermagem uma vez que alterações na cavidade e mucosa oral podem interferir na ingesta de alimentos necessários aos adequados aportes nutricionais dos pacientes queimados. Além disso, por se tratar de queimaduras na face é importante ressaltar que as alterações na imagem corporal e a ansiedade estavam presentes nos pacientes e merecem intervenções concomitantes.

Enfrentamento ineficaz

Esse diagnóstico foi firmado para uma paciente. O diagnóstico de enfermagem de *enfrentamento ineficaz* é definido pela NANDA (2002, p. 110) como “incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ou incapacidade para utilizar os recursos disponíveis”. Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram alto

grau de ameaça, crises situacionais, distúrbio no padrão de alívio de tensão e as características definidoras encontradas foram distúrbio do sono, abuso de agentes químicos (álcool), comportamento destrutivo em relação a si. Esse diagnóstico de enfermagem estava relacionado a outros diagnósticos como medo, padrão de sono perturbado, risco para suicídio e ansiedade.

Angústia espiritual e Tristeza crônica

Os diagnósticos de angústia espiritual e tristeza crônica foram firmados para uma paciente, vítima de queimadura térmica por tentativa de auto-extermínio e, portanto, serão apresentados e discutidos concomitantemente. A definição da NANDA (2002, p. 34) para o diagnóstico de *angústia espiritual* é "Distúrbio no princípio vital que permeia todo o ser de uma pessoa e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial." Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram crença e sistema de valores desafiados (sofrimento intenso) e as características definidoras encontradas para esse diagnóstico foram descreve pesadelos/distúrbios do sono, verbaliza conflito interior sobre crenças, alterações no comportamento/humor evidenciada por choro, retração, preocupação, ansiedade.

A NANDA (2002, p. 220) define o diagnóstico de tristeza crônica como:

> Padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, que é experimentada (por um pai/mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência) em resposta à perda contínua, ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência.

O fator relacionado para esse diagnóstico foi morte de uma pessoa amada (filha), a pessoa experimenta doença mental crônica (depressão grave) e as características definidoras encontradas foram expressa sentimentos periódicos e recorrentes de tristeza, expressa os seguintes sentimentos: depressão, vazio,

culpa/auto-responsabilização, perda recorrente. Essa paciente relatou sentimento de tristeza desde o falecimento da filha há quatro anos. Referiu ainda que a tristeza "diminui" por um período de tempo e depois retorna ainda mais "forte".

O sistema de crenças e valores, segundo Carpenito (2002, p. 636), "proporcionam força, esperança e significado para a vida". No caso dessa paciente, o sistema de crenças e valores foi confrontado com a morte súbita de sua filha de oito meses, que faleceu em seus braços, numa manhã tranqüila do banho compartilhado entre a mãe e a filha:

'Não tenho forças para superar a morte dela, sinto tanta falta dela, ela era o meu anjinho. Foi tudo tão de repente, ela ficou doente num dia e morreu logo, nos meus braços. Perdi minha filhinha, porque Deus levou ela?. Acho que foi castigo de Deus.' (Paciente 6).

A morte súbita da filha (causa desconhecida) resultou em dor e sofrimento tão intensos que até hoje, passados quatro anos, a paciente apresenta desafios ao seu sistema de crenças e de valores, resultando em desesperança, tristeza prolongada e perda de sentido na vida. No caso dessa paciente, o diagnóstico de sentimento de pesar disfuncional pela perda da filha, ansiedade, padrão de sono perturbado, risco para suicídio, tristeza crônica e angústia espiritual estão associados.

A equipe de enfermagem pode ajudar a pessoa com sofrimentos espirituais, seguidos de tristeza recorrente, ouvindo-a, promovendo o acolhimento e proporcionando ajuda para a satisfação de suas necessidades espirituais (CARPENITO, 2002). É necessário resgatar a confiança na vida, a esperança, a paz espiritual e a fé. A perda total da fé e/ou os distúrbios no sistema de crenças e de valores transcendentais podem levar ao aniquilamento.

Tabela 6 apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados nos pacientes estudados segundo a Taxonomia II da NANDA (2002) no período próximo à alta hospitalar.

Tabela 6- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco de pacientes queimados avaliados, Belo Horizonte, 2004.

Diagnósticos de enfermagem	Pacientes (Casos)										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	n	%
Risco para infecção	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	90	90
Risco para quedas	-	-	x	-	-	-	-	-	-	x	2	20
Risco para disfunção neurovascular periférica	-	-	-	x	-	-	-	-	x	-	2	20
Risco para suicídio	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	2	20

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados nos pacientes queimados avaliados e os fatores de risco segundo a Taxonomia II da NANDA (2002) no período próximo à alta hospitalar.

A Tabela 7- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco de pacientes queimados avaliados e fatores de risco, Belo Horizonte, 2004.

Categoria diagnóstica	Fatores de risco	n	%
Risco para infecção (Casos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10)	Procedimentos invasivos; trauma; desnutrição; exposição ambiental a patógenos aumentada; defesas secundárias inadequadas (hemoglobina diminuída); defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado).	9	90
Risco para quedas (Casos 3, 10)	História de quedas; anemia; força diminuída nas extremidades baixas; mobilidade física prejudicada; dificuldade na marcha, ausência de material anti-derrapante em banheiro e box de banheiro.	2	20
Risco para disfunção neurovascular periférica (Casos 4, 9)	Trauma; cirurgia ortopédica; queimaduras.	2	20
Risco para suicídio (Casos 6, 7)	Comportamentais (história de tentativa de suicídio anterior); verbais (relata desejo de morrer); psicológicos (abuso de álcool, transtorno psiquiátrico); sociais (desordem na vida familiar, pesar, sistema de apoio fraco).	2	20

Neste estudo, foram identificados quatro diagnósticos de risco: risco para infecção, risco para quedas, risco para disfunção neurovascular periférica e risco para suicídio. Destes, o diagnóstico de risco para infecção foi identificado em nove pacientes avaliados. Uma paciente também apresentou o diagnóstico risco para infecção, mas devido as suas condições fisiopatológicas optou-se por identificar o diagnóstico de proteção ineficaz que abrange o de risco para infecção, além de

outros diagnósticos. Portanto, neste estudo, como também no descrito por Dalri (1993), que avaliou 17 pacientes queimados na fase aguda do pós-trauma, a totalidade dos pacientes apresentou o diagnóstico de risco para infecção.

O risco para infecção é um diagnóstico que inevitavelmente seria identificado em pessoas que sofreram queimaduras hospitalizadas, devido às condições fisiopatológicas do pós-trauma. Esses pacientes ainda não sofreram o completo processo cicatricial das lesões e continuam em tratamento (curativos, analgesia, cateter de manutenção de acesso venoso, entre outros). Sem contar que muitos pacientes apresentam enfermidades pré-existentes, aumentando ainda mais o risco para infecção.

Risco para infecção

A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 134) define o diagnóstico de enfermagem *risco para infecção* como “estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”. Os fatores de risco identificados para esse diagnóstico foram procedimentos invasivos, trauma, desnutrição, exposição ambiental a patógenos aumentada, defesas secundárias inadequadas (hemoglobina diminuída), defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado).

Segundo Araújo (2004), a infecção é uma das mais freqüentes e graves complicações na pessoa que sofreu queimaduras; ela é tida como o maior desafio da equipe de saúde, passada a fase do pós-trauma agudo, no qual os regastes respiratórios e hemodinâmicos são prioridades máximas. A infecção é responsável por cerca de 75% dos óbitos em queimados no mundo.

A infecção assume tal gravidade nos pacientes queimados, porque as lesões por queimaduras oferecem condições ideais para seu desenvolvimento a partir da perda da integridade cutânea, imunodepressão e procedimentos hospitalares aos quais é submetido o paciente durante a internação. A pele íntegra é a primeira defesa contra a invasão de agentes bacterianos externos e toda a sua estrutura constitui-se em importante barreira mecânica. A própria presença da flora normal da pele é capaz de impedir o surgimento de uma flora patógena. O trauma por queimaduras destrói esse harmonioso equilíbrio, propiciando o aparecimento de uma flora patógena, que aliada ao estado de imunidade diminuída do paciente queimado pode ocasionar o desenvolvimento de um foco infeccioso, inclusive de sepse (ARAÚJO, 2004; GOMES; SERRA; PELLON, 1997; WEBER, 1998).

A susceptibilidade do paciente queimado à infecção depende também de seu estado imunológico. O principal mecanismo de imunossupressão da pessoa que sofreu queimaduras parece ser a produção e a absorção do complexo lipoprotéico (LPC) a partir da escara da pele lesada. Quanto mais extensa e profunda for a lesão por queimaduras, maior será a produção e a absorção do complexo lipoprotéico pelo paciente, resultando em maior comprometimento imunológico (ARAÚJO, 2004; WEBER, 1998).

Outro aspecto importante quanto ao risco para infecção em pacientes queimados está relacionado à ocorrência de trombose das camadas da pele, resultando em isquemia dos tecidos. A redução da vascularização da pele que leva a uma diminuição da oxigenação dos tecidos resulta em um meio favorável à proliferação microbiana e, ao mesmo tempo, impede a penetração de drogas antimicrobianas administradas sistematicamente. A administração de terapia tópica vem resolver em parte a terapêutica das lesões por queimaduras, diminuindo a

morbimortalidade do paciente queimado que apresenta infecção no local da injúria. Os tecidos necróticos que ocorrem em conseqüência das lesões por queimaduras, principalmente, nas de maior profundidade, favorecem a proliferação bacteriana, pois esses tecidos desvitalizados são nutrientes para as bactérias anaeróbicas, que acabam por consumir e reduzir ainda mais a quantidade de oxigênio disponível para os tecidos se tornarem viáveis. Neste sentido, a revascularização dos tecidos lesados e tecidos adjacentes é fundamental para a regeneração tecidual, fornecendo o aporte necessário de nutrientes e de oxigênio para as células (WARD; SAFLLE, 1995, GOMES; SERRA; PELLON, 1997**;** WEBER; MACMANUS, 2004).

As infecções das lesões por queimaduras são divididas em local ou não-invasiva ou infecções invasivas. A infecção local é caracterizada por eritema ou celulites, exsudato purulento, perda de enxerto, febre acima de 38,5º e leucocitose. Infecção invansiva é caracterizada por conversão da lesão por queimaduras de espessura parcial para total resultando em necrose, edema, eritema. Do ponto de vista sistêmico, o paciente pode apresentar hipo ou hipertermia, hipotensão, redução do volume urinário. Exames laboratoriais resultam em leucocitose ou leucopenia, trombocitopenia, cultura sanguínea positiva, hiperglicemia e invasão de agentes patogênicos em tecidos viáveis em estudo histopatológico na avaliação das lesões da pele. O método mais utilizado pata se avaliar a cultura das áreas queimadas inclui a cultura semi-quantitativa (Swab) que apresenta os organismos presentes nas lesões e a susceptibilidade desses em relação aos antibióticos (WEBER; MACMANUS, 2004).

O desenvolvimento da infecção no paciente queimado depende de três condições: fonte do organismo capaz de produzir a doença, o modo de transmissão e a susceptibilidade do queimado. Cerca de 85% a 95% das infecções originam-se

da flora endógena. A fonte do organismo encontra-se na própria flora endógena do paciente queimado, inclusive organismos comumente encontrados na pele, nas vias aéreas superiores do trato respiratório e no trato gastrointestinal. Neste último, a infecção ocorre por translocação bacteriana. A capacidade de resistência a esses organismos depende da idade do paciente, história anterior de terapia medicamentosa, inclusive o antibiótico e de outras terapias necessárias ao tratamento do queimado (ARAÚJO, 2004; WEBER; MACMANUS, 2004).

A fonte exógena é transmitida por meio do ambiente hospitalar e principalmente das pessoas que cuidam do paciente queimado A infecção exógena pode também ser transmitida por acompanhantes, camas, macas e tensiômetros. As mãos da equipe de saúde e os equipamentos médico-hospitalares (procedimentos invasivos, cateter venoso ou arterial, sonda vesical e nasogástrica e, muitas vezes, tubo traqueal) são as principais fontes de transmissão exógena. O risco de infecção aumenta na proporção do número de sondas e cateteres utilizados pelo paciente queimado e da permanência dos mesmos. (ARAÚJO, 2004; WEBER; MACMANUS, 2004).

No caso de manutenção de acesso venoso periférico para medicação endovenosa, muito comum em pacientes internados, que sofreram queimaduras, recomenda-se a permanência do cateter no mesmo local de punção por um período de 6 a 7 dias no máximo. Após esse período deve-se trocar os sítios de punção. É também necessário realizar a assepsia diariamente para prevenir a infecção e monitorar sinais como edema, dor, hiperemia, calor local. Caso isso ocorra, deve-se remover o cateter e trocar imediatamente o sítio de punção (BARROS et al., 2002; WEBER; MACMANUS, 2004).

Para Araújo (2004) e Ward e Saffle (1995), fatores como a idade e a condição de saúde do paciente queimado podem aumentar o risco de infecção das lesões por queimaduras. Segundo esses autores é mais difícil tratar pacientes queimados nos extremos de idade, porque o sistema imunológjco apresenta sinais de desgaste. Pacientes desnutridos e debilitados previamente carecem de proteína para anticorpos, para carrear antibióticos e para cicatrizar as áreas queimadas. Doenças pré-existentes como epilepsia, etilismo, diabetes, entre outras, além de constituírem agentes causadores de acidentes por queimaduras, são, também, complicantes. A depressão aguda, devido ao trauma ou depressão grave associada a transtornos psiquiátricos é considerada um fator imunodepressor e os pacientes com essa patologia apresentam dificuldades de tratamento devido à interação medicamentosa de antidepressivos com analgésicos e anestésicos.

Em relação aos procedimentos terapêuticos em pacientes queimados internados, Araújo (2004) afirma que as múltiplas transfusões de sangue e derivados às quais são submetidos os pacientes queimados, por mais compatíveis que sejam com os pacientes transfundidos são corpos estranhos para essas pessoas, ocasionando processos inflamatórios reacionais, contribuindo com o agravamento da imunossupressão. O uso indiscriminado de antibióticos de amplo espectro destrói a flora endógena dos pacientes queimados, favorecendo o desenvolvimento de bactérias mutiresistentes. As infecções das áreas queimadas também estão associadas ao incremento da permanência hospitalar e morbimortalidade por queimaduras. A equipe de enfermagem tem um importante papel na prevenção da infecção em pacientes queimados internados, uma vez que é constituída por profissionais que realizam o maior número de procedimentos nos cuidados diários. Em nosso estudo, identificou-se como fatores de risco para a infecção, que

possivelmente já existiam antes do acidente por queimaduras, o baixo peso, a anemia, o abuso de álcool e a trombocitopenia.

Risco para quedas

Esse diagnóstico foi firmado para duas pacientes que apresentaram lesões por queimaduras nos membros inferiores, resultando em prejuízo da força muscular e limitação de movimentos. Para uma das pacientes o diagnóstico de proteção ineficaz também foi identificado.

A Taxonomia II proposta pela NANDA (2004, p. 191) define o diagnóstico de enfermagem *risco para quedas* como “suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”. Os fatores de risco identificados para esse diagnóstico foram história de quedas, anemia, força diminuída nas extremidades baixas, mobilidade física prejudicada, dificuldade na marcha, ausência de material anti-derrapante no banheiro e box de chuveiro. Essas pacientes apresentavam problemas com a marcha (passos pequenos, início de marcha lento) e história anterior de queda e anemia. Uma das pacientes sofreu queda ao entrar no banheiro da enfermaria do hospital devido à condição insegura do piso (piso molhado, sem anti-derrapante).

Carpenito (2002) chama a atenção do enfermeiro quanto ao risco para acidentes, que incluem as quedas acidentais, no qual os aspectos ambientais e pessoais são os principais fatores de risco.

Risco para disfunção neurovascular periférica

O diagnóstico de *risco para disfunção neurovascular periférica* foi identificado em dois pacientes avaliados (20%). Esses pacientes foram vítimas de queimaduras elétricas de alta tensão, sem comprometimento cardíaco ou renal. Em um paciente o acidente resultou em amputação da mão e parte do antebraço esquerdo, em outro as lesões por queimaduras ocasionaram comprometimento funcional grave de ambas as mãos. É alta a incidência de síndrome compartimental em pacientes vítimas de queimaduras elétricas por alta voltagem, resultando em progressiva necrose isquêmica de extremidades secundário ao comprometimento vascular e trombose (GARCÍA-SÁNCHEZ; MORELL, 1999; PELLON, 2004).

Segundo a NANDA (2002, p. 94), o diagnóstico de enfermagem *risco para disfunção neurovascular periférica* é definido como "estar em risco de distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade". Os fatores de risco identificados para esse diagnóstico foram trauma, cirurgia ortopédica, queimaduras. Após o traumatismo ou a cirurgia ou mesmo intervenções terapêuticas, pode ocorrer obstrução do fluxo sangüíneo como resultado de edema, formação de coágulos, embolia, traumatismo ao vaso sangüíneo, pressão sobre os vasos (gesso, torniquete, imobilização, natureza construtiva do tecido queimado) (CARPENITO, 2002).

Após uma queimadura de terceiro grau circunferencial de uma extremidade comumente encontrada em queimaduras elétricas por alta tensão, o edema pode limitar o fluxo sanguíneo para os tecidos. A extremidade distal à queimadura apresentará cianose, frialdade, enchimento capilar lento, e sintomas neurológicos, especialmente parestesia e dor. Havendo comprometimento do fluxo sanguíneo,

uma escarotomia deverá ser realizada. A escarotomia é uma cirurgia descompressiva da região que está submetida ao garroteamento causado pela impossibilidade de expansão do edema intersticial conseqüente ao trauma. Esse edema poderá ocluir por pressão os vasos arteriais e pode comprometer tecidos viáveis. Segundo Lima Júnior e Ferreira (2004), a escaratomia realizada em extremidades em tempo hábil pode salvar o membro afetado. A dificuldade circulatória pode ser reduzida com a elevação e movimentos da extremidade comprometidos. Por outro lado o edema subfascial de um membro pode necessitar de uma fasciotomia, a fim de evitar os sinais e sintomas clínicos de comprometimento vascular. Nas queimaduras elétricas, por exemplo, pode ocorrer edema subfascial sem que se tenha lesão por queimaduras circunferenciais. Pacientes vítimas de acidentes por queimaduras elétricas de alta voltagem e carbonização têm todo o fluxo sangüíneo impedido para o membro acometido. Nesses casos, realiza-se o exame angiográfico e caso seja confirmada a extensa lesão arterial, aguarda-se a delimitação da área de gangrena e realiza-se a amputação. (GOMES; SERRA; MACIEIRA JÚNIOR, 2001).

Risco para suicídio

Esse diagnóstico de enfermagem foi firmado para duas pacientes, vítimas de queimaduras térmicas por tentativa de auto-extermínio ocorrido em ambiente domiciliar, tendo como agentes causadores o álcool líquido e a chama direta. Uma paciente apresentou 25% de superfície corporal queimada (SCQ) e a outra 30% SCQ.

A NANDA (2002, p. 205) define o diagnóstico de *risco de suicídio* como “Risco de lesão auto-infligida, que leva a risco de vida”. Os fatores de riscos encontrados para esse diagnóstico foram comportamentais (história de tentativa de suicídio anterior, verbais (relata desejo de morrer), psicológicos (abuso de álcool, transtorno psiquiátrico), sociais (desordem na vida familiar, pesar, sistema de apoio fraco).

Tuohig et al. (1995); Badger (2001) chamam a atenção sobre a diferença entre as pessoas que sofreram queimaduras por automutilação sem a intenção de cometer suicídio e as pessoas que tentaram o auto-extermínio por meio da queimadura. Nos pacientes que se automutilaram, a média de superfície corporal queimada foi menor (1,6%) e os agentes causadores das lesões por queimaduras utilizados por esses pacientes eram passíveis de controle, incluindo escaldaduras, agente químico e lesão por contato. Por outro lado, segundo esses autores, nos pacientes que tentaram auto-extermínio, a média de extensão corporal queimada foi maior (35,4%) e os líquidos inflamáveis foram os agentes de escolha para as lesões por queimaduras (TUOHIG et al., 1995).

Na literatura internacional, o líquido inflamável é relatado como o agente causador mais freqüentemente encontrado em acidentes por queimaduras por tentativa de auto-extermínio, resultando em queimaduras mais extensas e profundas (SQUYRES; LAW; STILL, 1993; KRUMMEN; JAMES; KLEIN, 1998; MABROUK et al., 1999).

No Brasil, o álcool líquido e no Egito, o querosene líquido são os principais agentes causadores de queimaduras por tentativa de auto-exterminínio, tornando esses países ímpares no uso desses líquidos inflamáveis como agentes para a lesão auto-infligida e estão relacionados ao padrão de consumo e de acesso nos domicílios. História prévia de pelo menos um episódio de tentativa de auto-

extermínio é relatada na literatura como fator de risco para a lesão auto-infligida (CASTELLANI et al., 1995; KRUMMEN; JAMES; KLEIN, 1998; ZARGHAMI; KHALILIAN, 2002). Neste estudo, uma das pacientes queimadas avaliada apresentou história anterior de tentativa de auto-extermínio por envenenamento e abuso de álcool.

Na literatura, há predominância de queimaduras por auto-extermínio no sexo feminino, sendo em sua grande maioria constituída de mulheres casadas, tendo como ocupação o serviço doméstico (SQUYRES; LAW; STILL, 1993; ZARGHAMI; KHALILIAN, 2002). Neste estudo, as duas pacientes eram casadas e do lar.

Pesquisas têm indicado que a incidência de queimaduras por tentativa de auto-extermínio varia de 1,0% (HO; YIN, 2001b) a 8,5% (SHETH; DZIEWULSKI; SETTLE, 1994) do total de casos e os transtornos psiquiátricos (depressão, esquizofrenia, alcoolismo) são os principais fatores de risco para esse tipo de acidente, principalmente a esquizofrenia e a depressão grave (CASTELLANI et al., 1995; HO; YIN, 2001b; KRUMMEN; JAMES; KLEIN, 1998; ; MABROUK et al., 1999; SQUYRES; LAW; STILL, 1993).

No primeiro caso, a paciente, com 41 anos de idade, apresentava o transtorno psicótico: esquizofrenia paranóide, apresentando delírios com ideações persecutórias e alucinações auditivas, com tratamento e internação psiquiátrica anterior ao acidente por queimaduras.

Segundo Townsend (2002), a esquizofrenia paranóide se caracteriza principalmente pela presença de delírios persecutórios e por alucinações auditivas relacionadas a um tema único. O paciente se apresenta freqüentemente tenso, desconfiado, podendo mostrar-se hostil ou agressivo. O início dos sintomas é mais tardio (talvez no final da terceira ou quarta décadas de vida). Para essa autora, o

distúrbio social pode ser mínimo, há algumas evidências de que o prognóstico especialmente quanto ao funcionamento ocupacional e à capacidade de vida independente, é bastante promissor.

O delírio persecutório é parte do quadro clínico e os pacientes acham que estão sendo tratados com malevolência de algum modo. Os temas freqüentes incluem ser objeto de uma conspiração, espionados, seguidos, envenenados, vítimas de malignidade. Assim, o paciente pode ficar obcecado por uma repulsa (real ou imaginária) e exagerá-la até que se torne o foco de um sistema delirante. Uma das pacientes fez o seguinte relato:

'Eu fico com medo e nervosa por causa das pessoas que querem me matar. Um dia eu fui vender umas laranjas na cidade e tinha uns homens correndo atrás de mim, querendo me matar' (Paciente 7).

As alucinações ou falsas percepções sensoriais e estímulos externos reais ou imaginários podem envolver um dos cinco sentidos. Entretanto, as alucinações auditivas são as mais freqüentemente encontradas em pessoas que apresentam transtorno esquizofrênico paranóide. A alucinação auditiva é uma falsa percepção dos sons (vozes e ruídos). Segundo relato verbal da paciente:

'Fico achando que alguém está querendo me matar. Escuto uma voz dizendo isso.' (Paciente 7).

Para essa paciente essas mesmas "vozes" a induzem a cometer violência contra si própria antes que "eles" a matem. As alucinações imperativas podem colocar o indivíduo ou outra pessoa numa situação potencialmente perigosa. As "vozes" que dão ordem de violência contra a própria pessoa ou a outras podem ser obedecidas pela pessoa psicótica. As alucinações auditivas são as mais comuns nos distúrbios psicóticos (TOWNSEND, 2002). Estudos têm relatado casos de queimaduras por tentativa de auto-extermínio em resposta a comandos auditivos

alucinatórios como, por exemplo, os realizados no Egito (MABROUK et al., 1999), nos Estados Unidos da América (KRUMMEN; JAMES; KLEIN, 1998) e na Austrália (CAMERON; PEGG; MULLER, 1997).

No segundo caso, a paciente apresentava como diagnóstico médico depressão grave com ausência de comportamentos maníacos, abuso de drogas ou outra condição clínica associada. Esse transtorno afetivo ou do humor está associado a um estado de pesar disfuncional relacionado à perda de uma filha (morte súbita), que na ocorrência de seu falecimento há quatro anos atrás, tinha oito meses de idade. Essa paciente tem história de tratamento psicológico anterior para depressão logo após a morte da filha, mas interrompeu o tratamento quando mudou de sua cidade no interior de Minas Gerais para a região metropolitana de Belo Horizonte. A paciente apresentava resposta ao luto prolongada e exagerada. Segundo Townsend (2002), a resposta ao luto prolongada está relacionada à culpa de si próprio pela morte, dificuldade em aceitar a perda e perda súbita e inesperada. A resposta de luto exagerada revela-se pela fixação do enlutado no estágio de raiva, que pode ser dirigida a outros no ambiente de convívio dessa pessoa ou a raiva volta-se internamente para a própria pessoa, resultando em depressão. Neste estudo, foram feitos os seguintes relatos por esta paciente:

'Depois que ela morreu (filha), a vida acabou para mim. Sinto um grande vazio por dentro. O que mais quero é estar juntinho dela, encontrar ela'. 'Estava desesperada sem vontade de viver.' (Paciente 6).

Para Townsend (2002), a depressão grave (maior) caracteriza-se por humor deprimido ou perda de interesse ou prazer nas atividades diárias e alterações no funcionamento social e ocupacional que estão presentes há pelo menos duas semanas. Uma paciente fez o seguinte relato:

'Fiquei querendo não ver ninguém, me afastei de todo mundo, da família, da sogra, parei de ir à igreja, desde abril de 2004 (afastei mesmo das pessoas). Ficava dentro de casa, trancada dentro do banheiro, sem fazer nada. Não sentia vontade de comer, queria ficar quietinha, sozinha no quarto ou no banheiro.' (Paciente 6).

Os estudos realizados nos EUA e no Egito, descritos por Krummen; James; Klein (1998) e Mabrouk et al. (1999) apresentaram como principal transtorno psiquiátrico de pacientes queimados por tentativa de auto-extermínio os transtornos depressivos em 59% dos 22 pacientes estudados e 73,9% dos 23 pacientes avaliados, respectivamente.

O baixo nível educacional e sócio-econômico tem se constituído como fator de risco para a queimadura por tentativa de auto-extermínio (BADGER, 2001; GREENHALGH, 1998; MABROUK et al.1999; MARCHESAN et al., 1997). Neste estudo, as duas pacientes apresentaram baixo nível de instrução e baixo padrão social e econômico.

Para Zarghami e Khalilian (2002), de todas as formas de tentativa de auto-extermínio, a lesão auto-infligida pelo fogo é talvez a mais dramática, violenta e de mais difícil compreeensão pelos familiares e pela equipe de saúde. No entanto, a equipe multiprofissional deve buscar informações junto ao paciente e membros da família sobre a natureza do acidente por queimaduras e investigar sobre os fatores de risco (sexo feminino, presença de transtornos psiquiátricos, tentativa anterior de suicídio, líquido inflamável como agente causador) de queimaduras por tentativa de auto-extermínio desde a admissão do paciente na unidade de emergência. Dos fatores de risco, os psicológicos estão freqüentemente presentes em queimaduras por tentativa de auto-extermínio e devem ser consideradas no tratamento, recuperação e reabilitação dos pacientes queimados (CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004).

5. 3 Caracterização dos familiares de pacientes adultos que sofreram queimaduras

A Tabela 8 apresenta as características dos familiares de pacientes queimados avaliados, segundo a idade, o sexo e o estado civil.

Tabela 8- Distribuição dos familiares de pacientes queimados segundo idade, sexo e estado civil, Belo Horizonte, 2004

Sexo	Estado civil	Idade				
		21 –ı 30	31–ı 40	41–ı 50	51–ı 60	Total
Feminino	Casado	1	3	-	-	4
	Solteiro	2	-	-	-	2
Masculino	Casado	2	-	1	1	4
	Solteiro	-	-	-	-	-
Total		5	3	1	1	10

Em relação à idade dos familiares de pacientes que sofreram queimaduras, 50% eram adultos jovens, com idades entre 21 a 30 anos e 30% tinham entre 31 a 40 anos. Estudos têm apresentados resultados diferentes em relação à idade dos cuidadores como o descrito por Jukemura (2002), que encontrou uma predominância de cuidadores familiares de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte, na faixa etária de 41 a 60 anos, correspondendo a 53,3% dos casos estudados. Parece haver uma tendência de cuidadores com idade média de 52 anos para pessoas idosas ou que apresentam doenças crônico-degenerativas (AVC, doença de Alzaheimer) (ALMEIDA; CROCCO, 2000; ANDRADE; RODRIGUES,1999; MARQUES, 1999).

Entre os 10 familiares entrevistados, 60% eram do sexo feminino. Resultado semelhante é descrito por Faro (1999), que analisou 30 cuidadores familiares de pacientes lesados medulares, no qual 73,3% eram mulheres. A predominância de cuidadores do sexo feminino foi descrita por outros autores como Marques (1999), Karsch, (1998), Perlini (2000).

Em relação ao estado civil, 80% dos familiares eram casados. Resultado semelhante foi encontrado no trabalho descrito por Jukemura (2002), no qual 93,3% dos cuidadores eram casados.

A Tabela 9 apresenta as características de familiares, segundo o grau de parentesco, a instrução e a renda familiar.

Tabela 9- Distribuição de familiares segundo o parentesco e a renda familiar, Belo Horizonte, 2004

Parentesco	Renda Familiar R$ (em número de salário mínimo)				
	1 –ı 2	2 –ı 3	3 –ı 4	> 4	Total
Esposo	3	-	-	-	3
Esposa	1	1	-	-	2
Filha	-	-	1	1	2
Irmã	1	-	-	-	1
Pai	1	-	-	-	1
Cunhada	-	-	1	-	1
Total	6	1	2	1	10

A Tabela 9 mostra a freqüência de cônjuges (50%) como familiar que acompanhava e/ou prestava cuidados ao paciente vítima de acidente por queimaduras no período próximo à alta hospitalar, prevalecendo o marido da pessoa internada (30%). Nestes casos, observou-se o companheirismo e a troca de afetividade com demonstração de carinho entre o casal mesmo em situação estressante, que era a hospitalização pós-trauma por queimaduras. No estudo relatado por Jukemura (2002), 66,6% dos cuidadores eram cônjuges.

Em relação ao nível de instrução, os familiares apresentaram um maior grau de instrução comparativamente aos pacientes queimados internados. Neste estudo, encontrou-se uma distribuição homogênea em relação à escolaridade; 30% tinham o nível fundamental incompleto, 20% ensino fundamental completo, 20% ensino médio incompleto e 30% nível médio completo. Em estudo descrito por Silveira (2000b), a maioria dos cuidadores tinha nível médio completo. Esse dado é importante para que a equipe de enfermagem da unidade de queimados tenha conhecimento sobre o

nível de instrução dos familiares e pacientes para que se possa elaborar estratégias de ensino-aprendizagem adequadas a essa clientela.

Na avaliação estrutural interna, 40% das famílias eram compostas por três membros em seu núcleo, 30% de quatro e 30% de cinco membros. Como parte dessa avaliação, pesquisou-se também a renda familiar. À semelhança dos pacientes que sofreram queimaduras, a maioria dos familiares (60%) tinha renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e morava em municípios da região metropolitana de saúde, onde os pacientes também residiam. A maior renda familiar foi de 11 salários mínimos, relatada por apenas uma família.

Observou-se que as ocupações/profissões encontradas também eram de baixa remuneração como pedreiro, pintor, copeira, cozinheiro e estavam relacionadas ao baixo nível de instrução. Em relação à situação trabalhista, três estavam desempregados e um aposentado, o que influenciou na escolha do familiar para acompanhar o paciente queimado durante a internação pela disponibilidade de tempo.

A partir da realização do genograma familiar, observou-se que mais importante que o grau de parentesco era o nível de interação e o grau de confiança mútua entre o paciente e a pessoa que o acompanhava e/ou cuidava antes da alta hospitalar. Esta situação ficou evidenciada pelos comportamentos observados de afeto e de carinho entre familiares que acompanhavam o paciente como filha, irmã, cunhada e pai.

A investigação sobre a avaliação desenvolvimental foi realizada por meio de linhas e flechas que mostraram a dependência, a interação e o vínculo entre o familiar, o paciente e os demais membros da família. Constatou-se, por meio da construção do genograma familiar que a totalidade dos familiares entrevistados

apresentava forte interação e vínculo com os pacientes queimados internados. Além disso, foi possível visualizar as alterações nas dinâmicas familiares em decorrência do trauma por queimaduras e as estratégias de resolução dos problemas pelos familiares.

Em relação à avaliação funcional, observou-se, neste estudo que o acidente por queimaduras resultou em alteração no funcionamento interno de cada família em diferentes dimensões, modificando as rotinas de vida e de comunicação entre os familiares. Dois familiares apresentaram dificuldades na manutenção do lar devido ao acompanhamento do familiar queimado internado, com conseqüente afastamento das rotinas diárias de vida e das funções domésticas.

Sabe-se da importância da rede de apoio social no processo de recuperação e de reabilitação dos pacientes que sofreram queimaduras. Neste estudo, observou-se que a maioria dos familiares não mantinha vínculo com instituições de saúde. Na construção do ecomapa familiar ficou evidenciado que os familiares e os pacientes contavam, principalmente com o apoio de famílias do bairro. Não se verificou nenhum vínculo com organizações recreativas e de lazer, e somente três familiares mantinham relação de proximidade com pessoas da comunidade religiosa.

5. 4 Diagnósticos de enfermagem identificados em familiares de pacientes adultos que sofreram queimaduras

A Tabela 10 apresenta os diagnósticos de enfermagem do tipo real identificados em familiares de pacientes queimados, segundo a Taxonomia II da NANDA (2002).

Tabela 10- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real dos familiares de pacientes queimados, Belo Horizonte, 2004.

Diagnósticos de enfermagem	familiares (Casos)										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	n	%
Conhecimento deficiente	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	9	90
Ansiedade	x	x	-	x	-	x	x	-	x	x	7	70
Disposição para enfrentamento familiar aumentado	-	-	x	-	x	-	-	x	-	x	4	40
Padrão de sono perturbado	x	-	-	-	-	-	x	-	x	-	3	30
Tensão devida ao papel de cuidador	x	-	-	x	-	x	-	-	-	-	3	30
Sentimento de pesar disfuncional	-	-	-	-	-	x	-	-	x	-	2	20
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	-	-	-	-	x	-	x	-	-	-	2	20
Manutenção do lar prejudicada	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	2	20
Conflito no desempenho do papel de pai/mãe	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	1	10
Comportamento para elevar o nível de saúde*	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	1	10
Enfrentamento familiar comprometido	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	1	10
Total	4	2	2	4	3	4	6	3	4	3		

*Utilizada a interpretação da Taxonomia I da NANDA realizada por Carpenito (2002).

Foram identificadas 11 diferentes categorias diagnósticas, todas do tipo real, com variação de 2 a 6 diagnósticos por familiares entrevistados. Desses diagnósticos, 7 são incluídos na NANDA (2002) no eixo do indivíduo (conhecimento deficiente, ansiedade, padrão de sono perturbado, tensão devida ao papel de cuidador, sentimento de pesar disfuncional, conflito no desempenho do papel de pai/mãe, comportamento para elevar o nível de saúde) e 4 no eixo da família (disposição para enfrentamento familiar aumentado, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, manutenção do lar prejudicada, enfrentamento familiar comprometido). Embora tenha sido entrevistado apenas o familiar próximo do paciente, as informações obtidas com esse familiar e com o próprio paciente permitiram identificar esses diagnósticos que envolvem o núcleo familiar como um todo. É importante ressaltar que sempre que havia disponibilidade, outros familiares ou pessoas próximas foram entrevistadas. Em sete casos só foi possível o contato com o cuidador familiar.

Vale lembrar que qualquer evento ou mudança significante em um dos membros da família, afetará todos os demais membros, cada qual em seu grau (WRIGHT; LEAHEY, 1994). Segundo essas autoras, a forma de abordagem à família será determinada pelo contexto da prática clínica e os níveis de competência do profissional enfermeiro. Em unidades de emergências, unidades de cuidados intensivos e unidades de tratamentos de adultos, por exemplo, na abordagem à família (paciente no contexto familiar) é mais apropriada a abordagem de sistemas familiares, que tem um maior nível de complexidade e de intervenções (paciente, família, comunidade).

A Tabela 11 apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real dos familiares de pacientes queimados, os fatores relacionados e as características definidoras.

Tabela 11 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem tipo real dos familiares de pacientes queimados, fatores relacionados e características definidoras, Belo Horizonte, 2004.

Categoria diagnóstica	Fatores relacionados	Características definidoras	n	%
Conhecimento deficiente sobre os fatores de risco para infecção das lesões, cuidados com as áreas queimadas, higiene corporal, alimentação, medicação, tratamentos realizados no paciente (Casos 1, 2 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10)	Falta de exposição anterior a acidentes por queimaduras; inexperiência em cuidar de pessoas que sofreram queimaduras.	Verbalização do desejo de informações.	9	90
Ansiedade (Casos 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10)	Crises situacionais; ameaça de mudança no estado de saúde; ameaça de mudança no status econômico.	Comportamentais (movimentos extrínsecos: movimentos de mãos/braços); afetivas (angústia, nervoso, aflito, preocupado); fisiológicas (respiração aumentada, pressão sangüínea aumentada, perspiração aumentada).	7	70
Padrão de sono perturbado (Casos 1, 7, 9)	Fatores psicológicos (pensamentos ruminantes pré-sono, pensar sobre o lar, depressão, tristeza, ansiedade, perda do parceiro de sono); ambientais (barulho, despertar causado por outros).	Queixas verbais de dificuldades para adormecer; queixas verbais de não se sentir bem-descansado; tempo total de sono menor do que o padrão da idade; prazo de início de sono > 30 minutos; despertar mais cedo do que o desejado.	3	30
Tensão devido ao papel de cuidador (Casos 1, 4, 6,)	Estado de saúde do receptor de cuidados (gravidade da doença, instabilidade da saúde do receptor de cuidados, problemas psicológicos), recursos (ambiente físico inadequado para o cuidado: acomodações, segurança e conforto no hospital, energia física).	Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor dos cuidados e à habilidade do cuidador para fornecer esses cuidados; processos familiares (preocupação com relação aos membros da família); estado de saúde do cuidador (sono perturbado, fadiga, estresse).	3	30
Sentimento de pesar disfuncional (Casos 6, 9)	Perda real (pessoa, partes do corpo).	Expressão verbal de angústia relacionada à perda; tristeza; choro; idealização do objeto perdido.	2	20
Conflito no desempenho do papel de pai/mãe (Caso 6)	Interrupção da vida familiar em virtude do regime de cuidado em casa (tratamento do filho).	Pai expressa preocupação com relação a mudanças no papel paterno, ao funcionamento da família, à comunicação na família e à saúde da família.	1	10
Comportamento para elevar o nível de saúde * (Caso 8)	Situacional (relacionado a mudança antecipada de papel: aposentadoria).	Desejo expresso de maior controle de saúde.	1	10

*Utilizada a interpretação da Taxonomia I da NANDA realizada por Carpenito (2002).

Observou-se na realização deste estudo, que os familiares apresentaram problemas ou dificuldades semelhantes aos pacientes queimados internados,

(conhecimento deficiente, ansiedade, padrão do sono perturbado, sentimento de pesar disfuncional) o que demonstra uma similiaridade com o processo de adaptação da pessoa que sofreu queimaduras e o familiar que o acompanha e/ou presta cuidados no período próximo à alta hospitalar. Vale destacar que todos os pacientes queimados identificaram o familiar que os acompanhavam no hospital como aquela pessoa mais próxima da família na situação do pós-trauma e relataram uma forte interação e vínculo com essas pessoas.

Watkins et al. (1996) afirmam que compreensão de como a família é afetada pelo acidente de um de seus membros é fundamental para os profissionais que desejam trabalhar na perspectiva do cuidado ã família e aos seus membros. Segundo esses autores, todos os familiares que comparecem nas unidades de tratamento de queimados estão em crise. O que os diferencia é o grau ou a intensidade da situação de crise, por ter que enfrentar as conseqüências das lesões por queimaduras em um de seus membros. Assim, a equipe de saúde deve ter em mente que o trauma ocorrido em uma pessoa da família tem impacto em todos os outros elementos da mesma família e de outros conectados economicamente, socialmente ou emocionalmente com a pessoa queimada. Essas reflexões são importantes para os profissionais que atuam junto às famílias, guardando coerência com os pressupostos teóricos de Wright e Leahey (1994) que afirmam que um evento ocorrido em um membro da família afeta toda a unidade familiar e com o modelo conceitual dos sistemas interatuantes de King (1981), no qual há uma interação constante entre o sistema pessoal (indivíduo/familiar), os sistemas interpessoal e social, na relação de interação estabelecida entre o profissional enfermeiro, o paciente e o familiar e/ou a família. A mudança ocorrida em um

sistema resulta em alteração dos demais sistemas em diferentes perspectivas uma vez que esses sistemas estão inter-relacionados.

Para Watkins et al. (1996), o processo, por meio do qual os familiares respondem ao trauma, é similar ao processo de adaptação do adulto queimado após o acidente por queimaduras. O processo de adaptação ao trauma da pessoa queimada ocorre simultaneamente ao processo de adaptação de membros de sua própria família. Sendo assim, a equipe de saúde deve identificar em qual fase de adaptação o familiar se encontra para facilitar os processos de interação e de intervenção.

Outro aspecto importante descrito por esses autores em relação ao processo de adaptação de familiares ao trauma, é que quanto mais próximo e maior o vínculo e a interação entre a pessoa que sofreu queimaduras e o familiar, haverá maior semelhança entre o processo de adaptação da pessoa queimada e o familiar que o acompanha durante e após a internação. Por outro lado, quanto mais distante for a relação de proximidade da pessoa queimada com o familiar, menor será a semelhança no processo de adaptação ao pós-trauma. Na perspectiva que colocam esses autores, o importante não é a posição formal que ocupa o familiar que acompanha o doente na composição ou na estrutura familiar, mas sim o grau de proximidade e de vínculo entre essas pessoas.

A seguir serão discutidos cada um dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos familiares dos pacientes queimados (Tabela 11).

Conhecimento deficiente

O diagnóstico de enfermagem de *conhecimento deficiente* foi identificado em nove familiares entrevistados (90%). Esse diagnóstico de enfermagem é definido pela Taxonomia II da NANDA (2002, p. 68) como “Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.” O fator relacionado a esse diagnóstico foi falta de exposição anterior a acidentes por queimaduras e a inexperiência em cuidar de pessoas que sofreram queimaduras e a característica definidora encontrada foi a verbalização do desejo de informações para todos os familiares. Em se tratando de familiares, acompanhantes e/ou cuidadores de pacientes queimados internados, Rutan (1998) afirma que dúvidas ou deficiências nas informações apresentadas pelos familiares sobre o tratamento e a recuperação da pessoa queimada podem ocorrer antes da alta hospitalar, que precisam ser identificadas pela equipe de enfermagem para se reduzir o nível de ansiedade dos familiares em relação ao retorno do familiar queimado ao ambiente domiciliar e ao convívio social (trabalho, lazer, práticas religiosas).

Watkins et al. (1996) descrevem sete estágios pelos quais passam a pessoa que sofreu queimaduras no pós-trauma e quatro fases pelas quais os familiares vivenciam o processo de adaptação ao acidente. Nos estágios um, dois e três da pessoa queimada, evidenciam-se os problemas de adaptação ao pós-trauma imediato relacionado à sobrevivência, à ansiedade, à dor e à busca de significados da ocorrência do acidente. Esses estágios correspondem à primeira fase de adaptação psico-emocional do familiar denominada de "crise". Os estágios três e quatro, correspondem aos investimentos das pessoas queimadas em sua recuperação e aceitação das perdas. Esses estágios têm relação com a fase dois de

adaptação do familiar denominada "controle". Os estágios seis e sete, referem aos investimentos das pessoas queimadas em sua reabilitação e reelaboração de sua identidade. Estes estágios correspondem à última fase de adaptação ao trauma de familiares denominada "conseqüências" (WATKINS et al., 1996). Com base nessa perspectiva, a maioria dos familiares estava vivenciando o processo de adaptação na fase dois, mas alguns deles já manifestavam comportamentos e sentimentos da fase três, devido aos estágios em que se encontravam os familiares queimados internados ou à satisfatória adaptação e enfrentamento de familiares em fases anteriores como , por exemplo, o familiar que acompanhava o filho, vítima de queimadura química.

Na fase dois, denominada de "controle", os familiares, freqüentemente, experimentam uma grande ansiedade, tensão emocional, estresse e sentimento de desamparo frente à enorme responsabilidade que passam a assumir e incorporar à sua vida cotidiana, a partir da constatação da grande demanda por cuidados ao familiar queimado internado. Nessa fase, devido à necessidade de "controle" da situação durante a internação, os familiares solicitam informações sobre as condições de saúde, tratamento, prognóstico e cuidados como forma de identificar as necessidades futuras de suporte assistencial e psico-eomocional do familiar internado, quando do seu retorno ao domicílio. Os familiares buscam também informações sobre a previsão de alta hospitalar como forma de planejar e reorganizar a rotina familiar, as tarefas domésticas, a responsabilidade pelo cuidado do familiar queimado, a promoção da unidade familiar para potencializar a fase de recuperação e de convalescença da pessoa queimada (WATKINS et al., 1996).

O diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente vem confirmar a fase de "controle" em que se encontravam os familiares, segundo as considerações

realizadas por Watkins et al. (1996), no qual os familiares intensificaram a necessidade de informações e orientações quanto ao tratamento e a recuperação, incluindo as seqüelas. Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados em familiares de pacientes queimados internados, o de conhecimento deficiente foi o que apresentou maior percentual (90%), sendo identificado em 9 dos 10 familiares.

A importância da informação de pacientes e de familiares na preparação para a alta hospitalar pela equipe de saúde e o impacto dessa informação recebida por eles na fase de convalescença do paciente foi relatada por Driscoll (2000) em pesquisa realizada na Austrália. Essa autora realizou um estudo sobre a percepção de 40 pacientes e de 40 familiares adultos internados sobre as informações e orientações recebidas por eles pela equipe de saúde, no período anterior à alta hospitalar, e sobre qual foi o impacto dessas informações e orientações no cuidado do paciente em domicílio.

A autora concluiu que a idade influencia a capacidade do paciente e de familiares em reter a informação como, por exemplo, os idosos, que apresentaram dificuldades na assimilação das informações. Para essa autora, o recurso didático-pedagógico utilizado também interfere na assimilação das informações: os pacientes e familiares que receberam informações e orientações com material gráfico apresentaram melhor satisfação com as informações recebidas e as utilizaram de forma mais adequada que aqueles que receberam orientações e informações verbais.

Em relação aos aspectos emocionais, Driscoll (2000), concluiu que informações e orientações adequadas realizadas pela equipe de saúde aos familiares na preparação para a alta hospitalar do familiar internado resultam em maior impacto sobre as condições emocionais desses familiares no período de

convalescença, em que apresentaram sentimentos de felicidade e conforto com o retorno do familiar internado ao ambiente domiciliar.

Driscoll (2000) define a fase de planejamento para a alta hospitalar como um processo no qual são identificadas as necessidades dos pacientes e familiares e são prescritas as intervenções correspondentes para facilitar e otimizar os cuidados ao paciente no domicílio. Para essa autora, as orientações e as informações adequadas para o paciente e a família e, mais importante, a compreensão dessas informações por ambos, é de vital importância para os cuidados dos pacientes após a alta hospitalar (fase de recuperação e de convalescença), reduzindo, inclusive, a reinternação desses pacientes.

A insatisfação com a qualidade e a quantidade de informação recebida antes da alta, resulta em aumento da ansiedade e em estresse para o paciente e familiar, diminuição das habilidades no enfrentamento à situação de doença, aumento da reinternação e redução da adesão do paciente e familiar ao tratamento. Por outro lado, orientações e informações adequadas resultam em aumento da satisfação nos cuidados e aceitação da responsabilidade pelos pacientes e familiares sobre esses cuidados no domicílio, facilidade de adaptação às mudanças do ambiente hospitalar para o do domicílio, aumento da habilidade no enfrentamento à condição de enfermidade do paciente e maior adesão do paciente e familiar ao tratamento (DRISCOLL, 2000).

Neste estudo, observou-se que as deficiências de informação identificadas pelos pacientes queimados foram semelhantes às apresentadas pelos familiares como, por exemplo, os cuidados com as áreas queimadas, a medicação a ser usada nessas áreas e os fatores de risco para a infecção das lesões por queimaduras em ambiente domiciliar. Entretanto, os familiares verbalizaram também o desejo de

informação sobre os cuidados com a higiene corporal e a alimentação do paciente no domicílio. Essas pessoas eram familiares de dois pacientes que apresentavam seqüelas funcionais graves, resultando em déficit no autocuidado para banho/higiene e alimentação. Um familiar solicitou informações e orientações sobre o tratamento por oxigenoterapia hiperbárica, à qual foi submetido o seu familiar internado.

Observa-se pelos resultados que o processo de ensino-aprendizagem pela equipe de enfermagem do familiar é fundamental para se realizar os cuidados com as áreas queimadas que ainda não cicatrizaram, a medicação a ser utilizada nessas áreas, os fatores de risco para a infecção e o mecanismo de prevenção, os procedimentos de banho e higiene e a alimentação no ambiente domiciliar. Desse modo, é importante promover uma adequada resposta de enfrentamento do familiar nos cuidados ao paciente, contribuir para a redução do nível de ansiedade e para a adaptação do paciente e do familiar no retorno ao domicílio.

Estratégias de ensino-aprendizagem devem ser desenvolvidas pela equipe de enfermagem toda vez que a falta ou deficiência de informação venha interferir nas respostas de membros da família frente ao trauma, identificados a partir dos diagnósticos de ansiedade, padrão do sono perturbado, tensão devido ao papel de cuidador, uma vez que eles se inter-relacionam (CARPENITO, 2002).

A avaliação diagnóstica que antecede a formulação da estratégia de ensino-aprendizagem deve ser parte integrante da etapa de coleta de dados. Nessa etapa, devem ser observadas as condições de saúde física, emocional e cognitiva do familiar, com o objetivo de se adequar os recursos teóricos e práticos às necessidades de conhecimento (aquisição, armazenamento e/ou utilização da informação) e condições do aprendiz. (COATES, 1999; POZO, 1996). É importante

ressaltar que o processo de interação e de transação deve ser buscado entre o paciente, o familiar e a equipe de enfermagem para diminuir as deficiências de informação sobre o tratamento e a recuperação do paciente internado, promovendo o autocuidado e o desenvolvimento de habilidades diárias (COATES, 1999; KING, 1981).

Neste estudo, encontrou-se um melhor nível de instrução dos familiares em relação aos pacientes queimados, o que pode resultar em estratégias diferenciadas de ensino-aprendizagem. Entretanto, observou-se que tanto os pacientes como os familiares pertenciam em sua maioria a um baixo padrão social e econômico. Como já foi exposto anteriormente, a avaliação da aprendizagem deve ser realizada desde o início do processo, pois constitui um importante recurso para as contínuas adequações do processo de ensino-aprendizagem à clientela (paciente e familiar). As orientações e as informações aos familiares são fundamentais no planejamento para a alta hospitalar do familiar que sofreu queimaduras, uma vez que estes serão os cuidadores no domicílio, principalmente para aqueles que não contam com recursos de saúde da comunidade para prestarem esse cuidado após a alta hospitalar. (CHRISTENSEN; KENNEY, 1990; COATES, 1999; MIRAS; SOLÉ, 1996).

Ansiedade

O diagnóstico de enfermagem de *ansiedade* foi identificado em sete familiares entrevistados (70%). A Taxonomia II da NANDA (2002, p. 36) define esse diagnóstico como:

> Um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica (a fonte é freqüentemente não-específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico de familiares foram crises situacionais, ameaça de mudança no estado de saúde, ameaça de mudança no status econômico. As características definidoras encontradas foram comportamentais (movimentos extrínsecos: movimentos de mãos/braços); afetivas (angústia, nervoso, aflito, preocupado); fisiológicas (respiração aumentada, pressão sangüínea aumentada, perspiração aumentada). O acidente por queimaduras já se constitui um estressor, segundo um dos pressupostos teóricos apresentados por King (1981) e que resulta em grande impacto na dinâmica e no funcionamento da família (WRIGHT; LEAHEY, 1994).

Para o familiar que acompanha e/ou cuida do paciente no hospital, o trauma por queimaduras tem maior impacto, sendo proporcional ao grau de proximidade, de vínculo e de interação do familiar com a pessoa que sofreu queimaduras (WATKINS et al.,1996). Assim, o sentimento de ansiedade era esperado em familiares de pacientes queimados internados no período próximo à alta hospitalar.

Os agentes que ameaçam o equilíbrio psicológico podem ter origem no ambiente externo ou interno ao indivíduo. São sentimentos provocados pela ameaça à saúde, à valores, ao ambiente, à satisfação das necessidades, ao alcance de metas, ao relacionamento pessoal e à segurança. A ansiedade varia de intensidade a depender dos esforços da pessoa em lidar com esses sentimentos.

Observou-se pelo estudo realizado que os familiares apresentavam níveis diferenciados de ansiedade relacionados à gravidade do estado de saúde do paciente queimado como, por exemplo, os familiares de pacientes que foram vítimas de trauma elétrico, resultando em amputação do antebraço esquerdo em um paciente e disfunção grave de ambas as mãos em outro, foram os que apresentaram maior nível de ansiedade, preocupação e estresse. Nesses casos, os diagnósticos

de ansiedade, tensão devido ao papel de cuidador, e conhecimento deficiente estão relacionados e merecem intervenções concomitantes. Para outros familiares o sentimento de ansiedade estava relacionado à ameaça no padrão econômico da família devido ao afastamento do paciente queimado de suas atividades laborais pelo trauma e hospitalização e à ameaça de mudança em sua ocupação/profissão devido às seqüelas funcionais. Essa preocupação em relação aos aspectos financeiros justifica-se pelo fato de que três familiares estavam desempregados e contavam apenas com o salário do familiar internado para o sustento da família.

Outro aspecto importante é que a situação de desemprego de familiares, ocasionando redução da renda familiar, também foi causa de manifestação do sentimento de ansiedade e de alteração na dinâmica e no funcionamento da família. Em população de baixo padrão sócio-econômico parece haver uma maior preocupação com a situação financeira da família após o trauma por queimaduras pela condição de sobrevivência, principalmente, se o familiar acometido for o único assalariado da família. Esse fato foi observado tanto nos pacientes queimados como nos familiares que os acompanhava no período próximo à alta hospitalar. Nessa fase do tratamento da pessoa que sofreu queimaduras, passado o impacto do pós-trauma, no período que antecede a alta hospitalar, o paciente e o familiar começam a se preocupar de forma mais realista quanto ao retorno para o mundo social do qual faz parte o trabalho (WATKINS et al., 1996).

A equipe de enfermagem tem um importante papel na redução da ansiedade de familiares que acompanham e/ou prestam cuidados ao paciente queimado internado e que enfrentam dificuldades de adaptação ao ambiente hospitalar, incertezas quanto à recuperação e a reabilitação do paciente, afastamento do convívio familiar e de sua rotina de vida diária.

Padrão do sono perturbado

Entre os dez familiares entrevistados neste estudo, foram encontrados três (30%) que apresentaram o diagnóstico de enfermagem *padrão de sono perturbado* no período próximo à alta hospitalar. A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 164) define esse diagnóstico de enfermagem como "distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência)." Os fatores relacionados encontrados para esse diagnóstico foram fatores psicológicos (pensamentos ruminantes pré-sono, pensar sobre o lar, depressão, tristeza, ansiedade, perda do parceiro de sono); ambientais (barulho, despertar causado por outros). As características definidoras identificadas foram queixas verbais de dificuldades para adormecer, queixas verbais de não se sentir bem-descansado, tempo total de sono menor do que o padrão da idade, prazo de início de sono maior 30 minutos, despertar mais cedo do que o desejado.

O diagnóstico de padrão de sono perturbado, ansiedade e conhecimento deficiente estão relacionados. O acidente por queimaduras, que geralmente ocorre de forma abrupta, a mudança de ambiente domiciliar para o hospitalar, a interrupção no convívio familiar e a ameaça de mudanças na condição de saúde do paciente e no padrão social e econômico da família, a deficiência de informações sobre os cuidados ao paciente geram sentimentos de ansiedade e de preocupação do familiar e ocasionam, muitas vezes, alteração no padrão de sono e repouso.

É importante destacar que as condições de saúde prévias também influenciam no padrão do sono como, por exemplo, identificaram-se distúrbios depressivos em dois familiares, que verbalizaram dificuldades para adormecer e não se sentiam bem-descansados ao despertar. Outro familiar verbalizou tristeza e

ansiedade devido à gravidade das condições de saúde (lesões por queimaduras e transtorno psiquiátrico) de uma paciente que sofreu queimaduras por tentativa de auto-extermínio, interferindo em sua dinâmica de sono e de repouso. Esse mesmo familiar ainda enfrentava problemas com a manutenção do lar e conflitos familiares devido ao abuso de álcool da paciente. Diante disso, a equipe de enfermagem deve estar atenta em relação ao diagnóstico de padrão de sono perturbado, pois existem outros que estão inter-relacionados e que precisam de intervenções concomitantes para que resolva as conseqüências do distúrbio de sono. A retomada do padrão de sono e de repouso habitual é fundamental para o familiar que acompanha o paciente no hospital e que prestará cuidados a esse familiar no domicílio.

Tensão devida ao papel de cuidador

O diagnóstico de enfermagem *tensão devida ao papel de cuidador* foi identificado em três familiares entrevistados (30%). A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 208) define esse diagnóstico como “Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador.” Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram estado de saúde do receptor de cuidados (gravidade da doença, instabilidade da saúde do receptor de cuidados, problemas psicológicos); recursos (ambiente físico inadequado para o cuidado: acomodações, segurança e conforto no hospital, energia física). As características definidoras para esse diagnóstico foram apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor dos cuidados e à habilidade do cuidador para fornecer esses cuidados, processos familiares (preocupação com relação aos membros da família), estado de saúde do cuidador (sono perturbado, fadiga, estresse).

Segundo Watkins et al. (1996), os familiares freqüentemente, experimentam uma grande ansiedade, tensão emocional e estresse frente à enorme responsabilidade que passam a assumir e incorporar à sua vida cotidiana a partir da constatação da grande demanda por cuidados ao familiar queimado. Observou-se que os familiares que apresentaram o diagnóstico de enfermagem de tensão devido ao papel de cuidador também apresentaram o diagnóstico de ansiedade porque estão inter-relacionados. Todos os familiares apresentaram como causa de tensão a condição de saúde do familiar que sofreu queimaduras em relação à gravidade do acidente, instabilidade da saúde e problemas psicológicos.

Uma familiar demonstrou apreensão relacionada à saúde física e psico-emocional do familiar queimado devido à queimadura em face o que resultou em grande ansiedade e preocupação em relação às habilidades necessárias aos cuidados dessa pessoa. Outro familiar manifestou sentimentos de intranqüilidade e de apreensão em relação aos cuidados ao paciente queimado em relação ao estado psicológico devido à gravidade das lesões por queimaduras, que resultaram em longo período de internação e ao estado psicológico. Esse familiar verbalizou sentimentos de grande preocupação em relação ao futuro da saúde da paciente queimada e à sua capacidade para cuidar dela. Essa paciente foi vítima de tentativa de auto-extermínio com história de tentativa anterior ao trauma e abuso de álcool.

O terceiro familiar apresentou tensão psico-emocional em relação ao desempenho de papel como cuidadora do paciente queimado internado há 44 dias, vítima de queimadura elétrica. Essa familiar prestava os cuidados com alimentação, higiene corporal, higiene íntima e vestuário desde a internação do paciente, que apresentava síndrome de déficit no autocuidado em conseqüência das seqüelas funcionais pós-trauma. O familiar já apresentava mudanças em seu estado de saúde

(fadiga, estresse, ansiedade e sono perturbado) devido às enormes exigências de cuidados ao paciente queimado, ao longo período de internação, o que resultou em interrupção do convívio familiar e na instabilidade de sua condição financeira. Além disso, a unidade de queimados do hospital, onde se realizou esta pesquisa não possui acomodações para acompanhantes e estes permanecem na unidade hospitalar em condições de desconforto. Freqüentemente, os familiares se encontram acomodados em cadeiras ao lado da cabeceira do paciente durante o dia e/ou à noite enquanto o familiar queimado estiver internado. Diante disso, a equipe de enfermagem deve promover o seu conforto e segurança desde o primeiro dia de internação para que antes da alta hospitalar, o familiar esteja em melhores condições físicas e psico-eomocionais para enfrentar outra fase do tratamento, a de reabilitação que poderá durar anos. Segundo Rutan (1998), no planejamento da assistência de enfermagem para a alta hospitalar devem-se identificar as necessidades individuais e as dificuldades dos familiares quanto aos cuidados ao familiar queimado, porque eles serão os cuidadores desses pacientes no domicílio.

Sentimento de pesar disfuncional

O diagnóstico de enfermagem *sentimento de pesar disfuncional* foi identificado em dois familiares entrevistados (20%). A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p.202) define este diagnóstico como:

> Utilização prolongada e malsucedida de respostas intelectuais e emocionais por meio das quais indivíduos, famílias e comunidades tentam desenvolver o processo de modificar o autoconceito baseado na percepção da perda.

O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi perda real (pessoa, partes do corpo) e as características definidoras para esse diagnóstico foram expressão verbal de angústia relacionada à perda, tristeza, choro, idealização do

objeto perdido (filha). Quando a elaboração do pesar não se dá de maneira satisfatória para o indivíduo, pode resultar no processo não-adaptativo. Uma das formas não-adaptativas é o indivíduo apresentar reações prolongadas (TOWNSEND, 2002).

Para um familiar, esse diagnóstico de enfermagem possivelmente já existia antes do acidente por queimaduras, uma vez que esse familiar demonstrou formas não adaptativa ou prolongada de resolução do pesar e do luto com o falecimento de sua filha. Vale ressaltar que o sentimento de pesar prolongado também foi identificado na paciente, esposa do familiar como também nos filhos sobreviventes deste casal. Essa situação familiar vem confirmar um dos pressupostos teóricos descritos por Wright e Leahey (1994) sobre a avaliação e a intervenção de família que devem ocorrer quando a família experimenta um sofrimento físico e/ou espiritual ou ruptura causada por doença aguda, lesão ou óbito.

Em outro familiar foi firmado o diagnóstico de enfermagem de sentimento de pesar disfuncional em decorrência da realização de cirurgia de amputação do antebraço esquerdo do familiar queimado (esposo). Esse familiar diferentemente do primeiro, apresentou esse diagnóstico em resposta ao tratamento realizado no paciente queimado pós-trauma. De qualquer forma a perda, seja de pessoas ou parte do corpo constitui um fator estressor para o familiar, resultando muitas vezes em aumento da ansiedade e do distúrbio no padrão do sono durante a fase de acompanhamento e/ou cuidado da pessoa queimada (TOWNSEND, 2002).

A equipe de enfermagem deve estar preparada para auxiliar o familiar, que acompanha o paciente queimado internado, a promover o reconhecimento da perda e a elaborar estratégias de enfrentamento frente a essa perda, canalizando as energias renovadas para o reinvestimento na vida diária.

Conflito no desempenho do papel de pai/mãe

A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 65) define o diagnóstico de enfermagem *conflito no desempenho do papel pai/mãe* como “Pai/mãe experimenta confusão e conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise.” O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi interrupção da vida familiar em virtude do regime de cuidado em casa (tratamento do filho) e as características definidoras encontradas foram pai expressa preocupação com relação a mudanças no papel paterno, ao funcionamento da família, à comunicação na família e à saúde da família.

Esse diagnóstico foi firmado para um familiar que apresentou preocupação em relação ao desempenho paterno relacionado ao trauma psico-emocional vivenciado por um filho que presenciou a tentativa de auto-extermínio da mãe, a qual utilizou o álcool líquido para se auto-infligir. O filho deixou de freqüentar a escola após o trauma por queimaduras da mãe, passou a não se alimentar, apresentou sentimentos e comportamentos de isolamento. O familiar verbalizou preocupação em relação aos comportamentos apresentados por ele na resposta ao trauma do filho, referindo não saber ao certo qual atitude tomar no cuidado a esse filho, que era muito apegado à mãe. O trauma psico-emocional do filho e a hospitalização da esposa, internada há 21 dias com queimaduras de terceiro grau, resultaram em estresse e ansiedade diante da demanda por cuidados de saúde do filho e da esposa concomitantemente. O familiar verbalizou também preocupação em relação ao funcionamento familiar e à saúde da família diante dos fatos ocorridos e suas conseqüências imediatas.

Comportamento para elevar o nível de saúde

A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002) não apresenta o diagnóstico de *comportamento para elevar o nível de saúde* desenvolvido. Assim, esse diagnóstico foi firmado para um familiar, tendo como referência a interpretação da Taxonomia I da NANDA realizada por Carpenito (2002). Essa autora define o diagnóstico de comportamento para elevar o nível de saúde como "estado em que o indivíduo com saúde estável busca, ativamente, formas de alterar seus hábitos e/ou o ambiente, visando a atingir um nível mais elevado de saúde." O fator relacionado identificado para esse diagnóstico foi situacional (relacionado à mudança antecipada de papel: aposentadoria) e a característica definidora encontrada foi desejo expresso de maior controle de saúde.

Segundo Carpenito (2002), o principal foco de assistência de enfermagem é promover comportamento adequado à manutenção da saúde do indivíduo. Para elevar o nível de saúde da pessoa, a enfermagem precisa desenvolver atividades como ensino e comunicação. O indivíduo é responsável pela escolha de um padrão de vida saudável e a enfermagem deve ensinar, orientar e informar os hábitos de vida a partir das escolhas efetuadas pelo indivíduo para a manutenção ou elevação de vida saudável. Esse diagnóstico foi firmado para um familiar com idade de 60 anos, aposentado, que apresentava hipertensão arterial assistida. Esse familiar relatou que tem seguido as orientações médicas em relação à dietoterapia, à terapia medicamentosa e à atividade física para o controle da hipertensão. Informou também que já havia perdido peso, sete dos 10 Kg recomendados por seu médico, desde que passou a manter um padrão de vida saudável. O diagnóstico de enfermagem de comportamento para elevar o nível de saúde, nesse caso, está

relacionado ao diagnóstico de disposição para enfrentamento familiar aumentado, uma vez que o familiar apresentava atitudes e escolhas de estratégias apropriadas tanto para melhorar a sua condição de saúde como para o cuidado emocional e físico de seu filho, vítima de queimadura química.

A Tabela 12 apresenta os diagnósticos de enfermagem do tipo real de família identificados a partir das observações e entrevistas com os familiares segundo a Taxonomia II da NANDA (2002).

Tabela 12 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem do tipo real de família, fatores relacionados e características definidoras, Belo Horizonte, 2004.

Categoria diagnóstica	Fatores relacionados	Características definidoras	n	%
Disposição para enfrentamento familiar aumentado (Casos 3, 5, 8, 10)	Necessidades suficientemente satisfeitas e tarefas adaptativas eficazmente encaminhadas para possibilitar que aflorem metas de auto-realização.	Membro da família move-se em direção ao estilo de vida de promoção e enriquecimento da saúde, que dá apoio e monitora processos maturacionais, examina e negocia programas de tratamento e escolhe experiências que otimizam o bem-estar.	4	40
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo. (Casos 5, 7)	Abuso de álcool, história familiar de alcoolismo, resistência a tratamento.	Deterioração nos relacionamentos familiares; padrão de rejeição; responsabilidade pelo comportamento do alcoólatra; dinâmicas familiares perturbadas.	2	20
Manutenção do lar prejudicada (Casos 4, 7)	Lesão de membro da família, finanças insuficientes, organização familiar ineficiente.	Membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável; membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa; membros da família descrevem dívidas não-pagas; membros da família sobrecarregados.	2	20
Enfrentamento familiar comprometido (Caso 7)	Progressão da deficiência que exaure a capacidade de apoio da pessoa significativa, crise situacional que a pessoa significativa pode estar enfrentando.	Pessoa significativa descreve preocupação com a sua reação pessoal (culpa, ansiedade) frente à doença do cliente.	1	10

Dos diagnósticos de enfermagem identificados nos familiares, a *disposição para enfrentamento familiar aumentado* apresentou maior percentual (40%), sendo

firmado para quatro dos 10 familiares entrevistados. Os demais diagnósticos de enfermagem apresentaram o mesmo percentual (20%).

Disposição para enfrentamento familiar aumentado

O diagnóstico de enfermagem de disposição para enfrentamento familiar aumentado foi firmado para quatro familiares entrevistados (40%). A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 305) define esse diagnóstico como:

> Controle eficaz das tarefas adaptativas por membro da família envolvido com o desafio de saúde do cliente, que agora está demonstrando desejo e disposição de saúde melhorada e crescimento com relação a si próprio e ao cliente.

O fator relacionado identificado para esse diagnóstico de enfermagem foi necessidades suficientemente satisfeitas e tarefas adaptativas eficazmente encaminhadas para possibilitar que aflorem metas de auto-realização e a característica definidora identificada para esse diagnóstico foi membro da família move-se em direção ao estilo de vida de promoção e enriquecimento da saúde, que dá apoio e monitora processos maturacionais, examina e negocia programas de tratamento e escolhe experiências que otimizam o bem-estar. Segundo Wright e Leahey (1994), a mudança em um membro da família afeta todos os membros da mesma família e pode interferir na dinâmica familiar e no seu funcionamento interno. Da mesma forma, um ou mais membros da família podem mover-se positivamente no sentido de reestabelecer a dinâmica familiar e promover o equilíbrio e a estabilidade funcional, sobretudo em situação de doença.

No primeiro caso em que foi identificado esse diagnóstico, o familiar era o esposo da paciente. Ele informou que acompanha os filhos ao pediatra junto com a esposa sempre que possível. Informou, ainda que quando os filhos têm crise de

bronquite, ele administra a medicação, leva-os para fazer inalação na unidade de saúde e solicita acompanhamento da equipe de saúde do Programa Saúde da Família (PSF). Esse familiar verbalizou a necessidade de solicitar a visita da equipe de saúde do PSF (a família é cadastrada no PSF), quando do retorno da paciente para o domicílio:

'Vou pedir para o agente comunitário de saúde visitar a minha esposa em casa para ajudar no que for preciso' (Familiar 3).

O esposo da paciente afirmou que será o principal responsável pelos cuidados a paciente no domicílio:

'Porque sou o marido dela, tenho que assumir a responsabilidade para com ela (paciente)' (Familiar 3).

O familiar relatou que a paciente precisará de carinho, afeto, conforto e repouso. Referiu, ainda, que a paciente terá dificuldade para caminhar e que precisará de realizar os curativos no domicílio.

O esposo tem acompanhado a paciente às consultas com o clínico para tratamento de anemia. Esse familiar verbalizou que a família tem função emocional e de apoio, principalmente na situação de doença, como o trauma por queimaduras da paciente. O familiar informou, ainda que tem ajudado nas tarefas domésticas e no cuidado dos filhos desde a internação da esposa, bem como no acompanhamento à paciente (esposa) desde a sua hospitalização.

O segundo caso em que esse diagnóstico foi identificado refere-se à filha de uma paciente que acompanhou a mãe em duas ocasiões anteriores ao trauma por queimaduras. A primeira quando a mãe realizou cirurgia renal há dois anos e a segunda quando internada há um ano para tratamento de trombocitopenia. A filha da paciente relata que:

'A minha presença já é uma grande ajuda para ela. Ela estava se sentindo sozinha no hospital, ficou triste, quase não conversava, não fazia nenhum esforço para melhorar. Depois que eu passei a ficar com ela no hospital, conversando, dando carinho e apoio ela *melhorou de estado de ânimo. Parece mais animada. Hoje até se esforçou para caminhar sozinha. [...] Agora o meu pai tem que resolver as coisas de casa, mas todo mundo tem ajudado e cooperado. Agora a minha mãe está precisando de muito carinho, então a família vem visitá-la sempre que pode para confortá-la. O meu pai, meu marido, meus irmãos, todos da família têm apoiado a minha mãe. Todo dia de visita tem gente da família. Quando fomos informados pela psicóloga que a minha mãe precisava de acompanhante, logo a gente conversou e eu vim para o hospital. Desde que passei a acompanhar a minha mãe, o meu marido cozinha e cozinha melhor do que eu. A minha irmã coloca a roupa para lavar na máquina e passa.' (Familiar 5).*

Quando perguntado ao familiar se essa troca de papéis ou funções tem incomodado os familiares, respondeu:

'Todos ajudam porque sabem que é preciso. Cada um ajuda um pouco para não sobrecarregar ninguém.' (Familiar 5).

O terceiro caso em que esse diagnóstico foi identificado refere-se ao pai de um paciente, o qual informou que os membros de sua família, como os da esposa do paciente, têm mantido comunicação para troca de informações sobre o estado de saúde do familiar internado. O familiar acompanhou a transferência do paciente da unidade hospitalar de sua cidade até o Hospital João XXIII de Belo Horizonte (veio na ambulância). Tem permanecido no hospital ao lado do filho desde a internação. Esse familiar relatou que:

'Desde o dia do acidente a família tem se mobilizado para apoiar o meu filho, visitando, conversando por celular, buscando informações sobre a sua saúde. Cada um a sua maneira e possibilidade' (Familiar 8).

Informou que a sua família já se reuniu para conversar sobre a necessidade de apoiar o paciente, a esposa e os filhos. Segundo relato verbal do familiar:

'A família deve cuidar de seus membros, na saúde e na doença, apoiando sempre e ajudando no tratamento. No início, quando ele internou ajudava ele a vestir a roupa, ir ao banheiro. Ajudava na alimentação, porque estava de olhos vendados [...] mas tenho conversado com ele, dado apoio, procurando aumentar o seu ânimo. Se ele (paciente) precisar de cuidados em casa, precisamos ter informação sobre os cuidados com a pele queimada, alimentação e o olho esquerdo. Para cuidar dele da melhor forma possível (Familiar 8).

O quarto caso em que esse diagnóstico foi identificado refere-se à filha de outra paciente, vítima de queimadura térmica ocorrida em ambiente de trabalho. O maior vínculo da paciente era com o marido e a filha caçula, que já a acompanhou no hospital quando realizou perineoplastia há dois anos. A filha fez o seguinte relato sobre a sua família:

'[...] é cuidar da saúde quando um familiar precisa, é dar conforto e educação. Fico preocupada com ela, porque o serviço dela não é seguro. Poderia ter quebrado alguma parte do corpo, por exemplo, a perna e ficar de cama. Eu já disse isso antes, quando ela escorreu e caiu. Olha bem precisou a minha mãe cair e se queimar desse jeito para o patrão dela resolver trocar o piso. [...] Acho que eu preocupo mais com a limpeza dela, por causa da poeira. Ela também está andando com um pouco de dificuldade porque queimou a perna e as coxas. Lá em casa tem uma escada para os quartos, vamos ter que ajudar ela a subir todas às vezes até ela sarar de tudo. [...] acho que é o banho, a limpeza das feridas e o curativo. Eu fico aflita de ver a enfermeira limpar as feridas, mas é preciso limpar bem para não dar infecção. Mas se ela precisar de cuidados com as feridas em casa, se eu achar difícil ajudar, vou chamar o agente comunitário de saúde no Posto de Saúde, onde tem o Programa Saúde da Família. A nossa família é cadastrada nesse Programa. [...] acho que ela está preocupada com a gordura, se acha gorda. Isso me deixa preocupada, também, porque acho que ela precisa perder peso, quando a minha mãe está mais nervosa, ela como sem parar. O caso dela não é só a comida, mas a ansiedade também.' (Familiar 10).

Perguntado ao familiar o que ela pensa sobre isso. Respondeu:

'Acho que ela precisa mesmo emagrecer, consultar com o médico para não ter outras doenças como pressão alta ou diabete.' (Familiar 10).

Observou-se nesses relatos que as principais preocupações foram fornecer apoio psicológico e emocional aos pacientes, obter informações sobre os riscos para infecção, como cuidar das áreas queimadas e promover o conforto. Desse modo, os familiares se disponibilizaram para realizar as adaptações necessárias para promover a recuperação do paciente, como também prevenir seqüelas e incapacidades.

Processos familiares disfuncionais: alcoolismo

O diagnóstico de enfermagem *processos familiares disfuncionais: alcoolismo* foi firmado para dois familiares entrevistados (20%). A Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 186) define esse diagnóstico como:

> As funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizados, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a uma série de crises autoperpetuadas.

Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram abuso de álcool, história familiar de alcoolismo, resistência ao tratamento e as características definidoras encontradas foram deterioração nos relacionamentos familiares, padrão de rejeição, responsabilidade pelo comportamento do etilista, dinâmicas familiares perturbadas.

A pessoa etilista ingere grande quantidade de álcool por um período superior a 1 ano e perde o controle sobre a quantidade que consome, combinado com problemas pessoais e sociais. A pessoa inicialmente usa a negação em relação ao uso da bebida para aliviar o estresse. Após a dependência a negação é usada para ocultar de si e dos outros a importância do álcool para o funcionamento de sua vida diária. À medida que as interações destrutivas continuam, os familiares e a pessoa etilista afastam-se. Esta se volta cada vez mais para a bebida, enquanto os familiares descobrem outros meios para conviver ou não com a pessoa etilista (TOWNSEND, 2002).

Segundo Wright e Leahey (1994), a mudança em um membro da família afeta todos os demais e pode interferir na dinâmica familiar e no seu funcionamento. Famílias com problemas de alcoolismo apresentam menor coesão familiar e funcionam em um ambiente altamente conflituoso. Outra característica de famílias

com problemas de uso abusivo de álcool é a deterioração das relações dentro e fora da família, separação e divórcio, insatisfação sexual do cônjuge e desorganização familiar. Essas situações foram evidenciadas nos dois casos em que foram identificados problemas com o abuso de álcool na família.

No primeiro caso, em que o diagnóstico foi identificado, o etilista era irmão do familiar e filho da paciente. Segundo informações do familiar, o irmão é etilista há 10 anos, tem três filhos e o abuso de álcool foi o motivo da separação conjugal. O familiar relatou que:

'Não tinha agressão física, mas eles (casal) brigavam por causa da bebedeira'.

Atualmente a esposa e os filhos não mantêm relação de proximidade. O familiar verbalizou ainda que:

'Foi muito triste, ninguém pensava que isso fosse acontecer, mas chega uma hora que a mulher não agüenta ver o marido bebendo daquele jeito. A minha mãe chegou a passar mal da pressão, a pressão dela subiu com a notícia da separação do meu irmão.' (Familiar 7).

Com a separação, o irmão passou a morar com a mãe (paciente), o pai e outros irmãos. O familiar relatou, sendo confirmado pela paciente que:

'Todo mundo fica preocupado, a minha mãe vigia ele em casa, fica nervosa quando ele demora a chegar do trabalho com medo dele estar bebendo com os colegas de serviço.' (Familiar 7).

No segundo caso em que o diagnóstico foi identificado a pessoa que apresentava abuso de álcool era a própria paciente internada, esposa do familiar. Na história da família, o pai do esposo da paciente faleceu há 12 anos em conseqüência de abuso de álcool e o irmão de 39 anos é etilista e apresenta resistência ao tratamento. A mãe da paciente faleceu há 10 anos. Segundo informações do familiar, a paciente (esposa) interrompeu o tratamento para transtorno psiquiátrico

em 2003 e voltou a abusar do álcool no início de 2004. A esse respeito fez o seguinte relato:

'Parece que ela não quer se curar e eu não sei mais o que fazer. Eu não posso abandonar ela, mas às vezes fico cansado de tentar ajudar e cuidar dela todos esses anos. O pai dela quase não fala com ela por causa da bebida. Ele (pai) não liga para ela, nem considera como filha (informação confirmada pela paciente). O irmão, coitado, tem problemas nas pernas, só anda de muleta, não quer saber do acontecido (acidente por queimaduras). Na verdade acho que eu sou mais responsável por ela já que casei com ela.' (Familiar 7).

O etilismo é uma doença crônica que pode se constituir em causa ou conseqüência do trauma por queimaduras em pacientes queimados. Como causa o etilismo está associado, muitas vezes, a transtornos psiquiátricos e, como conseqüência do trauma, pode estar relacionado a problemas no enfrentamento frente à mudança na imagem corporal, seqüelas funcionais, estresse pós-trauma, ansiedade e depressão. De qualquer forma, o alcoolismo traz inúmeras conseqüências para o indivíduo etilista e para a família e os profissionais de enfermagem devem estar atentos na abordagem ao paciente, à família e aos seus membros quanto aos mecanismos de resolução de problemas e de dificuldades em relação ao abuso de álcool apresentados por eles em busca da integridade familiar.

Manutenção do lar prejudicada

O diagnóstico de enfermagem *manutenção do lar prejudicada* foi identificado para dois familiares (20%). Esse diagnóstico é definido, pela Taxonomia II proposta pela NANDA (2002. p. 146), como "Incapacidade de manter de forma independente um ambiente imediato seguro e que promova o crescimento". Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram lesão de membro da família,

finanças insuficientes, organização familiar ineficiente e as características definidoras encontradas para esse diagnóstico foram: membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa de forma confortável, membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa, membros da família descrevem dívidas não-pagas, membros da família sobrecarregados.

No primeiro caso em que esse diagnóstico de enfermagem foi identificado, o familiar acompanhava o paciente queimado há 44 dias. Segundo relato do familiar:

'Meu marido e o meu filho jantam na casa da minha cunhada e ela arruma a marmita do meu marido para o almoço. Ele já reclamou comigo pelo celular, que a casa estava precisando de uma faxina. Chamou a minha mãe para ajudar na limpeza da casa. A roupa ele lava e a minha mãe passa. Eles estão se arranjando como podem.' (Familiar 4).

No segundo caso, o familiar acompanhava a paciente havia 67 dias. Ele informou apresentar dificuldades financeiras, precisou fazer empréstimo para transporte e compra de alimentos. Esse familiar relatou ainda que tinha dívidas anteriores não-pagas e que:

'Para mim é um sufoco. Às vezes chego em casa cansado e vou fazer janta. Segunda eu lavo e passo a roupa. Terça, quarta e sexta trabalho. No fim de semana, ajudo o meu sogro no sítio. Não está nada fácil fazer tudo isso. Tenho ficado muito cansado. Outro dia pedi para minha cunhada ajudar a arrumar a casa, que estava uma bagunça. Ela veio, arrumou, fez o almoço e foi embora.'(Familiar 7).

Observou-se pelos relatos dos familiares que a ausência desses familiares do convívio familiar resultou em dificuldades, para o membro da família que permaneceu na residência, no desenvolvimento das tarefas domésticas e no cuidado com os filhos. A hospitalização de um membro da família resultou em desorganização do funcionamento familiar. Segundo Wright e Leahey (1994), a família tende a encontrar um equilíbrio quando ocorre uma situação de ruptura de seu funcionamento e organização familiar, como é o caso do trauma por queimaduras. Essa busca por equilíbrio da unidade familiar muitas vezes é

dificultada pela deficiência de apoio das relações familiares ou pela inabilidade ou falta de recursos do familiar na administração e na manutenção do lar. Diante disso, a equipe de enfermagem deve auxiliar o familiar a buscar estratégias de resolução das dificuldades na administração e na manutenção do lar, de forma segura e confortável, para a continuidade da vida familiar durante a hospitalização e no retorno ao domicílio.

Enfrentamento familiar comprometido

O diagnóstico de enfermagem *enfrentamento familiar comprometido* foi firmado para um familiar. Esse diagnóstico é definido pela Taxonomia II proposta pela NANDA (2002, p. 106) como:

> Uma pessoa fundamental usualmente apoiadora (membro da família ou amigo íntimo) oferece apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficientes, ineficazes ou comprometidos, que podem ser necessários ao cliente para administrar ou controlar as tarefas adaptativas relacionadas ao seu desafio de saúde.

Os fatores relacionados identificados para esse diagnóstico foram progressão da deficiência que exaure a capacidade de apoio da pessoa significativa, crise situacional que a pessoa significativa pode estar enfrentando e as características identificadas para esse diagnóstico foram pessoa significativa descreve preocupação com a sua reação pessoal (culpa, ansiedade) frente à doença da paciente.

Cada família reage de forma diferente aos desafios da vida, a depender das experiências passadas e as metas projetadas para o futuro. No contexto da família, os seus membros interagem com diferentes papéis: pai, cônjuge, irmão. A doença de um membro da família pode ocasionar grandes mudanças na dinâmica e no funcionamento familiar, colocando a família em risco de inadaptação (WRIGHT; LEAHEY, 1994). Fatores como, por exemplo, renda baixa, incapacidade para

controlar o dinheiro, história instável de trabalho, histórias repetidas de soluções inadequadas de problemas, falta de modelos adequados de papel, isolamento ambiental (sem telefone residencial ou público, transporte público deficiente) podem desencadear situações de crise na família. Neste estudo, pelo menos uma dessas características foi identificada nos seis núcleos familiares estudados como, por exemplo, a renda baixa.

O diagnóstico de enfermagem de enfrentamento familiar comprometido foi firmado para um familiar, no qual foram também identificados os diagnósticos de processos familiares disfuncionais: alcoolismo e manutenção do lar prejudicada. Esses diagnósticos estão inter-relacionados e devem ser estabelecidas as intervenções de enfermagem concomitantes. Esse familiar é esposo de uma paciente que sofreu queimaduras por tentativa de auto-extermínio. Segundo informações desse familiar, ele tem apresentado sentimento de culpa devido ao acidente por queimaduras da paciente, uma vez que ela verbalizou a necessidade de atendimento médico e o familiar desconsiderou a sua demanda como pode ser observado no relato a seguir:

> *'Naquele dia antes de eu trabalhar, ela disse que não estava se sentindo bem, precisava ir ao médico, mas eu não pensei que era sério, porque ela vivia reclamando e inventando coisas. Acho que tenho culpa nisso, porque eu devia ter dado mais atenção.' (Familiar 7).*

A paciente tem história anterior de tentativa de auto-extermínio, tratamento de transtorno psiquiátrico e abuso de álcool. O familiar passa por dificuldades financeiras, esteve desempregado por vários meses e tem acompanhado a paciente queimada durante a internação.

5. 5 Comparação entre as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e os diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora

Com base no processo de análise, foi identificada a percepção dos familiares sobre os problemas que os pacientes queimados apresentavam de uma a duas semanas antes da alta hospitalar. Esses problemas foram agrupados em categorias, adotando como referência os sistemas interatuantes propostos por King (1981), ou seja, o sistema pessoal, interpessoal e social.

Vale lembrar que, segundo essa autora, o elemento focal do sistema pessoal é a percepção, definida como sendo a representação que cada ser humano tem da realidade. É o modo por meio do qual a pessoa atribui significado a experiência e ao mundo real" (GARCIA, 1996, p. 129). Para essa autora, a percepção relaciona-se à herança biológica, às experiências prévias, ao *self*, ao *background* educacional e ao contexto social e econômico a que o ser humano pertence.

A família como foco de assistência de enfermagem pressupõe que a unidade familiar e seus membros não são agentes passivos do cuidado, mas sim, pessoas ativas, pensantes, reativas, sujeitos do processo peculiar de viver e cujo significado de sua existência e, consequentemente, das suas percepções sobre os problemas apresentados pelos pacientes são resultantes de uma visão de mundo e dos sistemas de crenças e de valores que lhes são próprios. Assim, essa concepção orientou a organização e a análise dos dados baseados nos relatos verbais das percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes queimados no período próximo à alta hospitalar.

Neste estudo, partiu-se do pressuposto que as percepções de familiares com relação aos problemas apresentados pelos pacientes podem ou não ser congruentes com os diagnósticos de enfermagem identificados nesses pacientes pela pesquisadora, demonstrando ou não uma expectativa realista em relação às condições dos pacientes antes da alta hospitalar.

As categorias temáticas correspondentes aos diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes queimados e rotuladas de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2002) foram distribuídas segundo a identificação dos problemas pelos 10 familiares entrevistados que participaram da pesquisa. O Quadro 4 apresenta as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes em relação aos diagnósticos identificados diagnósticos de enfermagem de pacientes queimados identificados pela pesquisadora.

Quadro 4 - Percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes em relação aos diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora, Belo Horizonte, 2004.

Diagnósticos de enfermagem	Familiares (Casos)																			
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
Sistema pessoal	DP	PF	DP	PF	DP	PF	DP	PF	DP	PF	DP	PF	DP	PF	DP	PF	DP	PF	DP	PF
Integridade tissular prejudicada e Risco para infecção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x
Dor aguda	x	-	x	-	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Imagem corporal perturbada	x	x	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x
Mobilidade física prejudicada	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x
Déficit no autocuidado para banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, higiene íntima e síndrome de déficit no autocuidado	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	x	x	-	-	x	x	-	-	x	x
Percepção sensorial perturbada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x
Padrão de sono perturbado	x	-	-	-	x	-	x	-	x	-	x	-	x	-	-	-	-	-	x	-
Dentição prejudicada	x	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-
Constipação	-	-	-	-	x	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-
Membrana mucosa oral prejudicada	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Proteção ineficaz	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutrição alterada menos do que as necessidades corporais	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Risco para quedas	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x
Risco para disfunção neurovascular periférica	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-
Sistema interpessoal																				
Ansiedade e Medo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	x	x
Sentimento de pesar disfuncional e Tristeza crônica	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Risco para suicídio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-
Manutenção da saúde alterada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x
Conhecimento deficiente	x	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	-
Enfrentamento ineficaz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-
Atividades de recreação deficientes	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angústia espiritual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Legenda: DP: Diagnóstico de enfermagem identificado pela pesquisadora-
PF: Percepção de familiares em relação aos diagnósticos de enfermagem a partir das categorias temáticas correspondentes.

Na tabela 13 estão apresentados os percentuais de acordos positivos e negativos e de desacordos entre as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e os diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora.

Tabela 13- Distribuição do percentual de acordos positivos e negativos e de desacordos entre as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e os diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora, Belo Horizonte, 2004.

Diagnósticos de enfermagem	Percentual de acordos positivos e negativos e de desacordos entre as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e os diagnósticos identificados		
	% Acordos +	% Acordos -	% Desacordos
Sistema pessoal			
Integridade tissular prejudicada e Risco para infecção	90	-	10
Dor aguda	70	-	30
Déficit no autocuidado para banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, higiene íntima e síndrome de déficit no autocuidado	60	30	10
Imagem corporal perturbada	40	50	10
Mobilidade física prejudicada	30	50	20
Percepção sensorial perturbada	10	90	-
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	10	90	-
Padrão de sono perturbado	-	30	70
Dentição prejudicada	-	60	40
Constipação	-	70	30
Membrana mucosa oral prejudicada	-	80	20
Proteção ineficaz	-	90	10
Nutrição alterada menos do que as necessidades corporais	-	90	10
Risco para quedas	10	80	10
Risco para disfunção neurovascular periférica	-	80	20
Sistema interpessoal			
Ansiedade e medo	80	10	10
Sentimento de pesar disfuncional e Tristeza crônica	30	70	-
Risco para suicídio	20	80	-
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	20	80	-
Manutenção da saúde alterada	10	90	-
Conhecimento deficiente	-	50	50
Enfrentamento ineficaz	-	80	20
Atividades de recreação deficientes	-	90	10
Angústia espiritual	-	90	10

Os dados apresentados no Quadro 4 e na Tabela 13 serão discutidos considerando-se os diagnósticos de enfermagem e os respectivos sistemas

dinâmicos interatuantes propostos por King (1981), ou seja, sistema pessoal, interpessoal e social.

Sistema pessoal

Na tabela 13, pode-se observar, no sistema pessoal, maior porcentagem de acordos positivos nos diagnósticos de enfermagem *integridade tissular prejudicada e risco para infecção* (90%). Em relação aos diagnósticos *déficit no autocuidado para banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, higiene íntima e síndrome de déficit no autocuidado* houve 60% de acordos positivos. Vale destacar que para esses três diagnósticos, houve apenas um desacordo entre familiar e pesquisadora. Quanto ao diagnóstico *imagem corporal perturbada* houve 40% de acordos positivos. O diagnóstico de enfermagem dor aguda também apresentou maior percentagem de acordos positivos (70%). Essa situação possivelmente pode ser atribuída ao fato de o acidente por queimaduras atingir tragicamente estruturas teciduais como a pele e os sistemas do organismo humano. O primeiro impacto do trauma por queimaduras é sobre os aspectos físicos, que resulta, freqüentemente, em mudanças na aparência, estrutura ou função do corpo. O acidente por queimaduras interfere também no processo de crescimento e de desenvolvimento, que segundo King (1981), inclui a auto-realização do indivíduo e interrompe abruptamente a sua rotina de vida diária, deslocando o eixo espaço-temporal para um longo processo de intervenções em ambiente hospitalar. Portanto, era de se esperar que os familiares apresentassem percepções sobre os problemas dos pacientes queimados relacionadas ao sistema pessoal, que são geralmente mais aparentes e perceptíveis por eles.

Na revisão realizada da literatura nacional e internacional, encontrou-se apenas um estudo descrito por Shenkman e Stechmiller (1987), o qual teve como objetivo identificar as percepções de pacientes queimados e de seus familiares frente ao processo de reabilitação. Esse estudo foi realizado na primeira semana após a alta hospitalar. Para esses autores, a família é o principal recurso de suporte social com o qual o paciente que sofreu queimaduras pode contar. Portanto, é importante identificar as percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e verificar se há congruência entre as expectativas de familiares em relação à recuperação e à reabilitação dos pacientes queimados frente ao retorno ao domicílio. Shenkman e Stechmiller (1987) concluíram que os familiares apresentaram escores semelhantes em relação às percepções sobre os problemas identificados pelos pacientes queimados em relação à saúde física, psicológica e social; à atividade física, à imagem corporal e à saúde em geral. O maior escore encontrado nas percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes estava relacionado à saúde física. Neste estudo, encontrou-se resultado semelhante, uma vez que 12 dos 19 diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes, que foram mencionados por pelo menos um familiar, estavam direta ou indiretamente relacionados aos aspectos físicos (integridade física prejudicada, risco para infecção, déficit no autocuidado para banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, higiene íntima e síndrome do déficit no autocuidado, dor aguda, mobilidade física prejudicada, percepção sensorial prejudicada, nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades nutricionais, risco para quedas).

Dos 10 familiares entrevistados, nove identificaram problemas relacionados aos cuidados com as áreas queimadas, pele e curativo e aos cuidados para prevenir

infecções das lesões por queimaduras, que correspondem aos diagnósticos de enfermagem de integridade tissular prejudicada e risco para infecções.

Considerando-se que, no hospital onde foi realizada esta pesquisa, os pacientes recebem alta hospitalar antes de completar a cicatrização das áreas queimadas, era de se esperar que os familiares apresentassem percepções sobre os problemas relativos aos cuidados com as lesões por queimaduras e cuidados necessários à prevenção de infecções que estão interligados. Esse resultado pode ser evidenciado pelos seguintes depoimentos dos familiares:

> *'O que é preciso fazer para não pegar infecção nas feridas?' (Familiar 2).*
> *'[...] saber como cuidar das feridas.' (Familiar 3).*
> *'O mais difícil é as mãos, fazer as limpezas e os curativos.' (Familiar 4).*
> *'Acho que ele vai precisar cuidar das feridas das queimaduras quando sair de alta. Agora está com essas feridas pelo corpo, teve até que fazer enxerto.' (Familiar 6).*
> *'Limpeza das feridas durante o banho e fazer os curativos. As feridas estão curando.' (Familiar 8).*

A dor está relacionada tanto ao domínio da saúde física como da saúde psicológica, conforme as categorias analíticas investigadas por Shenkman e Stechmiller (1987). Geralmente, os pacientes queimados apresentam dor durante todo o período de internação devido, principalmente, às lesões por queimaduras e aos procedimentos médicos e de enfermagem aos quais são submetidos. O sentimento de dor do paciente queimado resulta em grande sofrimento para os seus familiares. A redução da sensação dolorosa ocasiona conforto para o paciente, sendo psicologicamente importante tanto para ele como para o familiar que o acompanha no hospital (MUNSTER, 1993).

Penna (1990) afirma que a imagem corporal de uma pessoa adulta organiza-se de partes em relevo, seja porque está satisfeita com ela ou porque se preocupa com ela e de zonas corporais negligenciadas ou esquecidas. Assim, a dor que se apresenta na área queimada opera uma mudança na imagem corporal do paciente queimado, porque ele focaliza uma área do corpo comprometida que transforma o

seu comportamento (expressão facial de dor, gemido), mobiliza gestos (protetores), desequilibra os movimentos (lentos) e exige uma intervenção para o seu alívio. Na percepção e vivência da sensação dolorosa, o foco está sobre a área queimada e, nesse momento, a representação mental que o paciente queimado tem de seu próprio corpo no espaço, na perspectiva descrita por King (1981), revela-se por meio da dor, que se apresenta, por exemplo, num membro lesado.

A dor relatada pelos familiares como problema dos pacientes foi identificada em sete pacientes queimados internados. Esse resultado foi constatado por meio dos seguintes relatos verbais dos familiares:

'E também ela tem queixado dor na perna. Qual remédio usar para diminuir a dor em casa?' (Familiar 3).

'Quando a enfermeira vai fazer a limpeza das feridas, ela sente dor.' (Familiar 6).

'Agora as feridas melhoraram, estão desinchadas. Antes ela sentia dor o tempo todo. Agora sente dor na hora do banho, na hora da limpeza das feridas.' (Familiar 10).

Para Munster (1993), o paciente precisa reconhecer as mudanças em sua imagem corporal que podem afetar a percepção subjetiva que o paciente tem de si mesmo (*self)* e resultar na redefinição de sua identidade. As conseqüências das queimaduras, como as perdas de função, também devem ser reconhecidas pelo paciente para que ele possa, com a ajuda de familiares e da equipe de saúde da unidade de queimados, elaborar respostas apropriadas de enfrentamento frente às mudanças na aparência, função ou estrutura do corpo. A mudança na imagem corporal da pessoa queimada pode afetar seriamente a sua reintegração ao convívio social, dificultando o processo de comunicação e de interação entre o paciente, a família e outros grupos sociais que fazem parte de seu sistema interpessoal.

No estudo descrito por Shenkman e Stechmiller (1987), o domínio imagem corporal recebeu o segundo maior escore, demonstrando que na visão dos familiares entrevistados, os pacientes apresentaram dificuldades em relação à alteração da imagem do corpo no processo de reabilitação. Neste estudo, a mudança na aparência e na função do corpo foi identificada pelos familiares como problemas em quatro dos cinco pacientes queimados internados. É importante ressaltar que esses autores discutem a imagem corporal como uma categoria e, em nosso estudo, adotamos o referencial teórico proposto por King (1981), situando a imagem corporal no sistema pessoal.

Dos cinco pacientes em que foram identificados o diagnóstico de enfermagem de imagem corporal perturbada, dois apresentaram lesões por queimaduras visíveis (face e mãos) e dois apresentaram áreas queimadas que eram possíveis de serem cobertas pelo uso de vestuário adequado (braços, coxas e pernas). O diagnóstico de imagem corporal perturbada foi também identificado em uma paciente que apresentou distúrbio na imagem do corpo devido à obesidade. Um familiar que acompanhava um paciente com queimaduras em face em conseqüência de acidente de trabalho (Caso 2) não relatou percepção sobre o impacto da queimadura no paciente, apenas verbalizou:

'Não sabia que ele tinha queimado o rosto, levei muito susto.'(Familiar 2).

Entretanto, as percepções dos demais familiares sobre a mudança na imagem corporal dos pacientes queimados podem ser observadas pelos seguintes relatos verbais:

'Ela me disse que nem vai sair de casa quando voltar com medo do que as pessoas vão falar sobre a queimadura de seu rosto.' (Familiar 1).

'O susto já passou, ela está melhorando. As pernas desincharam, ficaram um pouco manchadas. Acho que as manchas vão ficar por um bom tempo. Ela tem vaidade com o corpo. Não gosta de batom nem de esmalte, mas cuida do corpo, passa creme.' (Familiar 2)

'Acho que ela está preocupada com a gordura, se acha gorda.' (Familiar 10).

Um importante aspecto físico devido ao trauma por queimaduras, relacionado ao sistema pessoal, é a mobilidade, que inclui a capacidade do paciente de mover-se sozinho, mudar de decúbito no leito, levantar-se do leito e sentar-se na cadeira de forma independente. A mobilidade está associada à realização de atividades físicas pelo paciente queimado em graus de complexidades crescentes até que ele possa mover-se e deambular livremente no ambiente. A permanência prolongada do paciente em repouso em condição de saúde estável pós-trauma resulta em um impacto negativo sobre os sistemas do corpo como, por exemplo, diminui a capacidade vital do organismo e aumento do risco para a ocorrência da pneumonia, constipação e úlcera por pressão das áreas proeminentes. O sistema muscular pode ser afetado pela longa permanência do paciente no leito, de forma que os músculos podem diminuir de tamanho ou atrofiar-se, causando dor e limitações de movimento. Assim, são fundamentais o desenvolvimento precoce de exercícios passivos e ativos de pacientes queimados e a promoção de sua mobilidade física independente durante a internação (MUNSTER, 1993).

Para esse autor, os familiares que acompanham os pacientes queimados durante a fase de recuperação e de reabilitação têm um importante papel na promoção da atividade física do paciente, encorajando-o a alcançar níveis de mobilidade física independente diariamente. Após a alta hospitalar, é indicada também a manutenção do padrão normal da vida diária considerando-se as limitações apresentadas pelos pacientes, o que resultará em grande impacto na recuperação e reabilitação do paciente queimado. Há que se lembrar que o paciente que sofreu queimaduras, freqüentemente, procura uma posição de alívio e de conforto devido ao estado de imobilização ou mobilização limitada das articulações, o que pode ocasionar contraturas (MUNSTER, 1993; AZEVEDO et al., 1989). Assim,

um programa terapêutico deve ser instituído para cada paciente durante e após a hospitalização. A equipe de enfermagem e o familiar podem encorajar o paciente a realizar movimentos articulares, deambular, permanecer fora do leito e exercitar todas as articulações envolvidas de forma precoce (AZEVEDO et al., 1989).

Shenkman e Stechmiller (1987) identificaram um alto escore atribuído pelos familiares de pacientes queimados a problemas apresentados por esses pacientes em relação à atividade física, que inclui a mobilidade física prejudicada. Em nosso estudo, os familiares referiram que quatro dos cinco pacientes apresentavam dificuldades para deambular devido às lesões por queimaduras e cirurgia de enxertia nos membros inferiores.

'Vai ser difícil para caminhar. A minha esposa está com dificuldade para caminhar.' (Familiar 3).

'Hoje até se esforçou para caminhar sozinha, mas ainda tem dificuldade para caminhar por causa das feridas.' (Familiar 5).

'Ela também está andando com um pouco de dificuldade porque queimou a perna e as coxas. Lá em casa tem uma escada para os quartos, vamos ter que ajudar ela a subir as escadas todas as vezes até ela sarar de tudo.' (Familiar 10).

O autocuidado pode ser entendido como uma prática de ações que as pessoas desempenham em seu próprio benefício com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar. A prática do autocuidado deve ser aprendida e está relacionada diretamente com o sistema de crenças e de valores do grupo do qual pertence a pessoa, sendo desenvolvida por e para si mesma (CASTELLANOS, 1989). Em se tratando de pacientes queimados internados, a realização do autocuidado pode estar comprometida, uma vez que as lesões por queimaduras, as condições clínicas do paciente e a imobilização pós-cirurgia de enxertia inabilita parcial ou integralmente o paciente ao autocuidado. Como resultado do déficit no autocuidado para as práticas diárias (banho/higiene, vestir-se, arrumar-se, higiene íntima, alimentação), a equipe de enfermagem e o familiar passam a assumir a co-

responsabilidade pelas ações no cuidado do paciente, ocasionando, muitas vezes, uma relação de dependência transitória, porém necessária à recuperação do paciente queimado. Em alguns casos, devido às seqüelas funcionais, a inabilidade para o autocuidado é prolongada, o que ocasiona sentimento de ansiedade e de apreensão tanto no paciente como no familiar.

Neste estudo, a inabilidade para o autocuidado foi identificada pelos familiares como problema vivenciado pelos pacientes queimados antes da alta hospitalar, conforme os relatos verbais a seguir:

'Limpar o rosto dela em casa na hora do banho. Como fazer e que remédios vou usar?' (Familiar 1).

'Ajudava ele a vestir a roupa, ir ao banheiro. Ajudava na alimentação porque estava com os olhos vendados.' (Familiar 8).

O familiar que auxiliava o cuidado ao paciente queimado, vítima de queimadura elétrica, resultando em disfunção grave nas mãos, incapacitando-o totalmente na prática do autocuidado, fez o seguinte depoimento:

'Tenho ajudado ele a alimentar, vestir a roupa, levar ele para o banheiro para defecar e urinar, porque ele está com as mãos queimadas, sem função.' (Familiar 4).

A mobilidade física prejudicada e a inabilidade para o autocuidado, que resulta em dependência transitória ou permanente do paciente queimado em relação à equipe de enfermagem e/ou familiar, interfere em sua busca de auto-realização devido ao sofrimento físico e emocional imposto pelo trauma por queimaduras. Essa relação de dependência pode resultar também em alteração da percepção subjetiva do paciente queimado sobre si mesmo (*self*), uma vez que limita a sua autonomia e a condução de sua vida diária. Segundo King (1981), uma das necessidades fundamentais de saúde do ser humano é o atendimento pelo profissional enfermeiro frente à incapacidade do paciente de cuidar de si mesmo. O diagnóstico de

mobilidade física prejudicada foi identificado pela pesquisadora em oito pacientes e foi percebido como problema por cinco familiares.

No sistema pessoal, também foram relatadas percepções de familiares sobre os problemas de visão e de nutrição do paciente queimado.

O diagnóstico de enfermagem de percepção sensorial perturbada visual foi identificado em um paciente, vítima de queimadura química, atingido no globo ocular esquerdo. Segundo relato verbal do familiar, o paciente tem se mostrado preocupado e nervoso devido à dificuldade de visão no olho esquerdo. A percepção do familiar foi evidenciada pelo depoimento a seguir:

> *'As feridas estão curando, o olho esquerdo melhorou, está menos vermelho, desinchou, mas ele continua com dificuldades para enxergar.' (Familiar 8).*

Neste estudo, o diagnóstico de *nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades nutricionais* (NANDA, 2002) foi firmado para uma paciente que apresentava obesidade. Segundo Mancini (2001), a obesidade é uma doença crônica em que existe excesso de gordura corporal, causada por múltiplas etiologias. Entre as causas encontram-se os fatores dietéticos, ambientais e genéticos. Entretanto, os fatores alimentares e a atividade física são responsáveis pela diferença na prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais (WHO, 1990). O depoimento, a seguir, mostra a percepção do familiar frente ao problema da paciente:

> *'Isso (obesidade) me deixa preocupada também, porque acho que ela precisa perder peso.' (Familiar 10).*

Nesse caso, encontrou-se como característica definidora "comer em resposta a sugestões internas além da fome (ansiedade)" (NANDA, 2002, p. 161). Na fala do familiar, evidenciou-se a sua percepção em relação a essa característica definidora:

‘[...] quando a minha mãe está nervosa, ela come sem parar, mesmo sem sentir fome. “(Familiar 10).

O familiar também apresentou percepção sobre a associação da obesidade às alterações fisiopatológicas que podem comprometer todos os sistemas do organismo como, por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus (COLOMBO, 2003; MANCINI, 2001). O familiar apresentou o seguinte relato verbal:

‘Acho que ela precisa emagrecer. Consultar com o médico para não ter outra doença como pressão alta ou diabete.’ (Familiar 10).

Assim, o familiar reconhece o problema da paciente em relação à manutenção da saúde e à dificuldade da paciente no enfrentamento frente às situações de estresse e, conseqüentemente, à ingestão excessiva de nutrientes devido à ansiedade. É importante destacar que, embora tenhamos situado os diagnósticos de enfermagem nos sistemas, um problema pode estar relacionado a mais de um sistema, como pode ser observado nesse caso em que a paciente apresentou diagnóstico de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, que também está associado à manutenção da saúde alterada, ao enfrentamento ineficaz e à ansiedade.

Sistema interpessoal

No sistema interpessoal, cinco diagnósticos de enfermagem apresentaram acordos positivos com pelo menos um familiar: ansiedade e medo, sentimento de pesar disfuncional e tristeza crônica, risco para suicídio, processos familiares disfuncionais: alcoolismo e manutenção da saúde alterada. Desses diagnósticos, o agrupamento ansiedade e medo foi o que apresentou maior percentagem de

acordos positivos entre pesquisadora e familiares dos pacientes queimados (80%). Observou-se, nesse caso, apenas um desacordo.

Um dos principais conceitos desenvolvidos por King (1981) em relação ao sistema interpessoal é o estresse. Segundo King (1981), a saúde é considerada como resultado das experiências dinâmicas de vida da pessoa que implica adaptação constante aos estressores no ambiente interno e externo por meio do uso de seus próprios recursos para atingir o potencial máximo para a realização das atividades cotidianas. O estresse é definido por essa autora como um estado dinâmico do organismo pelo qual o ser humano, interagindo com o ambiente, procura manter o “equilíbrio” para alcançar o crescimento e o desenvolvimento, envolvendo o controle dos estressores.

Sabe-se que o acidente por queimaduras é uma das situações traumáticas que um indivíduo pode experimentar no plano físico e psico-emocional, levando inevitavelmente ao estresse interno e externo concomitantemente. A adaptação ao estresse como resultado das lesões por queimaduras depende de vários fatores relacionados às condições de saúde física, emocional e social do paciente queimado. Entretanto, o impacto psicológico do acidente por queimaduras sobre o paciente resulta, freqüentemente, em situações de estresse tanto para o queimado como para a família (BLUMENFIELD; SCHOEPS, 1992). Assim, a queimadura pode ser considerada por si só um estressor, que atinge o sistema interno e externo ao paciente, e como tal, resulta freqüentemente em sentimentos de ansiedade, medo, preocupação e inquietação. Esses sentimentos eram esperados em pessoas vítimas de queimaduras e foram apontados pelos familiares como problemas apresentados pelos pacientes, antes da alta hospitalar, em resposta à vivência do trauma por queimaduras devido à hospitalização, ao afastamento do convívio familiar, à

presença da dor, à mudança na imagem corporal, ao comprometimento funcional e à ameaça de mudança na função de papel, entre outros.

Segundo Scherer e Luís (1998), as lesões por queimaduras e o tratamento durante a internação podem estressar o paciente muito além de seu nível de tolerância e persistir por um longo período de tempo após a alta hospitalar. Para essas autoras, o paciente precisa lutar contra o desconforto e a dor, tanto quanto com os problemas psicológicos, tais como: o medo, o estresse, a depressão. É preciso reduzir o nível de ansiedade e de medo do paciente e de seu familiar para que o retorno ao domicílio seja o menos traumático possível. Optou-se por agrupar todas as percepções dos familiares que poderiam estar relacionadas ao estresse como por exemplo, medo da cirurgia e da anestesia, receio de perder o emprego e os sentimentos vagos de ameaça nas mudanças em eventos da vida nos diagnósticos de ansiedade e medo. Esses diagnósticos estão relacionados ao processo de interação do paciente em relação à equipe de saúde e familiar que, dependendo de seu grau, pode interferir na comunicação entre os envolvidos no cuidado como também no desempenho de papéis durante e após a internação.

Neste estudo, o desempenho de papéis foi considerado como fator relacionado do diagnóstico de ansiedade com base na interpretação da Taxonomia I da NANDA realizada por Carpenito (2002). Nesse sentido, interpretamos as percepções de familiares e dos próprios pacientes em relação aos problemas apresentados associados ao desempenho de papéis como “ameaça de mudança na função do papel e no *status* econômico” (NANDA, 2002, p. 38). Carpenito (2002) afirma que “até que a pesquisa clínica defina este diagnóstico e as intervenções de enfermagem associadas” deve-se considerar, “o desempenho de papel alterado, como um fator relacionado a outro diagnóstico de enfermagem como, por exemplo,

ansiedade" (CARPENITO, 2002, p. 552). Assim, os diagnósticos de ansiedade e medo dos pacientes estudados, na percepção dos seus familiares, estavam relacionados principalmente, à ameaça de mudança na função de papel doméstico e ocupacional, ou seja, ao desempenho de papéis ineficazes. Isso foi evidenciado pelos relatos verbais de familiares, tais como:

'Se ele não voltar a trabalhar logo, acho que vamos ter problemas financeiros. Estamos preocupados também com o trabalho e as contas para pagar.' (Familiar 2).

'Apoio financeiro porque vai ficar sem trabalhar por uns tempos e ela é separada, tem dois filhos.' (Familiar 1).

'Vai ser difícil caminhar [...], isso pode dificultar na realização das tarefas domésticas.' (Familiar 3).

'É triste ver uma pessoa igual a ele, trabalhadora e agora desse jeito. Ele não vai poder mexer as mãos como antes [...] é melhor ter as mãos deformadas do que tirar elas. O médico disse que ele não vai poder mexer as mãos como antes. Ele não tem condições de trabalhar como soldador, porque ele perdeu a função das mãos.'' (Familiar 4).

'Ele é pedreiro, acho difícil ele voltar a trabalhar por causa das mãos. Eu não sei o que vai acontecer com o serviço dele, não dá para ele trabalhar de pedreiro só com o braço direito.' (Familiar 9).

'Acho que ela está mais nervosa, porque está no hospital com essa queimadura." (Familiar 1).

'Está um pouco nervosa, porque sente falta das crianças. Agora está nervosa e aflita para ir embora e encontrar os filhos.' (Familiar 3).

'Ele sempre foi uma pessoa confiante e tranqüila, mas desde o acidente apresenta um pouco de ansiedade e inquietação. Está preocupado com o olho esquerdo.' (Familiar 8).

'Ela tem medo da reação das pessoas quando virem ela com o rosto queimado.' (Familiar 1).

O acidente por queimaduras pode ser considerado uma das situações mais estressantes que uma pessoa pode vivenciar e a experiência de perdas de familiares, anterior à queimadura, vem agravar ainda mais as perspectivas de adaptação psicológica e emocional do paciente queimado ao trauma. Neste sentido, os diagnósticos de sentimento de pesar disfuncional e tristeza crônica obtiveram 30% de acordos positivos e 70% de acordos negativos e não apresentaram desacordos entre pesquisadora e familiares.

Townsend (2002) afirma que a perda refere-se a uma experiência em que uma pessoa abandona uma ligação com um objeto (animado ou inanimado) por ela valorizado. As respostas não-elaboradas levam ao luto prolongado ou exagerado. A

resposta do luto patologicamente prolongado refere-se à não-retomada da rotina da vida diária. O luto exagerado resulta em sentimentos de tristeza, desânimo, culpa. Quando ocorre a reação de luto exagerado, a pessoa manifesta comportamento de raiva que pode ser dirigida a outras pessoas ou se voltar internamente, tendo como conseqüência a depressão. Os familiares reconheceram as dificuldades de pacientes, na elaboração de respostas na adaptação à perda, identificando esse problema na totalidade dos pacientes que apresentaram o diagnóstico de enfermagem de sentimento de pesar disfuncional.

Entre as três pacientes em que foi identificado esse diagnóstico, duas apresentaram história anterior de transtornos afetivos e psicóticos. Os seguintes depoimentos retratam as percepções dos familiares sobre as dificuldades das pacientes na adaptação à perda de membros da família:

'Precisa ser ajudada a superar essas perdas e o acidente por queimaduras.' (Familiar 5).

'Ela começou a ficar com a "cabeça ruim" depois que a minha sogra morreu e piorou ainda mais depois que a gente foi morar com o pai dela.' (Familiar 7).

Em relação ao paciente 6, o falecimento da filha resultou em sentimentos periódicos e recorrentes de tristeza pela não-adaptação à perda da filha e pela situação de crise no controle da depressão devido à interrupção do tratamento.

'Antes da nossa filha morrer, a minha esposa era alegre, conversava, era um apego só com a menina, depois ela foi se fechando cada vez mais. Ela começou com uma tristeza, chorava por qualquer motivo. Dizia que sonhava com a menina, tinha pesadelos. Desde que perdeu a nossa filha que ela começou com a depressão, tomava remédio para dormir e calmante para os nervos, porque tinha dia que ela passava a noite acordada. Desde que nossa filha morreu, ela tem crises de depressão ou de nervosismo. As crises de depressão também têm deixado ela triste, A minha filha tinha oito meses quando morreu há quatro anos atrás nos braços da mãe.' (Familiar 6).

Os problemas relacionados à tentativa de auto-extermínio e alcoolismo foram considerados no sistema interpessoal, uma vez que, apesar de esses problemas atingirem diretamente a saúde física e psicológica do paciente queimado, a ocorrência dessas situações resultam, muitas vezes, em alterações nas interações e dinâmicas familiares, constituindo-se em permanente estado de tensão e estresse para os membros da família.

Segundo Carpenito (2002), o diagnóstico de enfermagem para risco para suicídio deve ser estabelecido para o paciente que apresenta alto risco de tentativa de auto-extermínio, necessitando de proteção.

Para Greenhalgh (1998), pacientes com história de transtornos psiquiátricos anterior ao trauma apresentam alto risco para acidentes por queimadura. A presença concomitante de abuso de álcool e o baixo nível sócio-econômico também são fatores de risco para lesão auto-infligida. Esse tipo de acidente por queimadura ocorre com maior freqüência em pessoas do sexo feminino. Pacientes que apresentam tentativa de auto-extermínio utilizando o fogo têm alta incidência de depressão, esquizofrenia e alcoolismo, necessitando de assistência psiquiátrica durante a internação. Como os pacientes queimados internados vítimas de tentativas de auto-extermínio podem apresentar risco para a lesão auto-infligida pós-trauma, eles necessitam de acompanhamento constante pela equipe de enfermagem e/ou familiares com o objetivo de promover a sua proteção e segurança durante a hospitalização.

Nos dois casos em que as pacientes foram vítimas de acidentes por queimaduras em conseqüência de tentativa de auto-extermínio, os familiares acompanhavam esses pacientes durante a internação e, segundo os seus

depoimentos, verificou-se que eles apresentavam percepções realistas sobre os problemas vivenciados pelos pacientes. Esses familiares relataram que:

> *'Ela fez tratamento para depressão logo depois que a nossa filha morreu, mas parou com o tratamento, porque mudamos de cidade. Estou preocupado porque acho que ela precisa de tratamento para "cabeça". Acho que ela piorou. Tinha dia que ela conversava menos, outro dia conversava sem parar, ficava trancada no banheiro. Se ela jogou álcool no corpo e pôs fogo, ela pode tentar de novo ou fazer outra besteira. ' (Familiar 6).*

> *'Ela sofre muito, porque tem problema sério de "cabeça". Tomara que ela não faça mais nenhuma bobagem. Ela não tem amizade com ninguém. Ela queria colocar fogo na cama, quebrou a televisão e estragou o rádio, levei ela no médico, ficou internada para tratamento de "cabeça" em hospital psiquiátrico. Ela fica escutando pessoas dizendo que vão matar ela, ou falando para ela se matar. Eu te contei que ela tomou veneno para matar fungo de laranjeira. Já tentou comprar veneno para matar rato, mas não encontrou. Aqui no hospital ela disse para a enfermeira que ia pular da janela. Quando ela voltar para o sítio, vai ter que ficar de olho nela para ela não fazer a mesma coisa ou coisa pior.' (Familiar 7).*

Segundo Carpenito (2002), o alcoolismo é uma doença que envolve toda a unidade familiar. O diagnóstico de enfermagem *processos familiares disfuncionais: alcoolismo* representa como conseqüência a alteração da dinâmica familiar. Para Greenhalgh (1998), o abuso de álcool aumenta o risco para acidentes por queimaduras e para o suicídio. Segundo essa autora, o abuso de álcool pode ser identificado freqüentemente em pacientes admitidos em unidades de tratamento de queimados. Pacientes com presença de álcool no sangue apresentam imunossupressão e aumento do tempo de permanência hospitalizados. Infecções também ocorrem com maior freqüência em pacientes com história de abuso de álcool. O trauma por queimaduras e a hospitalização podem alterar o modo de vida do paciente queimado, constituindo-se em oportunidade para a equipe de saúde intervir junto ao paciente etilista e seus familiares no enfrentamento ao alcoolismo (GREENHALGH, 1998). Considerando-se que o alcoolismo interfere no funcionamento e na dinâmica familiar, é fundamental para a equipe de saúde fornecer suporte assistencial à família durante a internação do paciente queimado e

auxiliar os familiares na elaboração de estratégias de resolução de problemas em relação ao abuso de álcool antes da alta hospitalar.

O diagnóstico de enfermagem de processos familiares disfuncionais: alcoolismo está inserido na Taxonomia II da NANDA (2002) no eixo da família. Entretanto, esse diagnóstico está direta ou indiretamente relacionado ao trauma por queimaduras, resultando em alterações na integridade familiar e, nesse caso, tanto o paciente queimado como o familiar podem ser afetados.

Em relação ao paciente 5, esse diagnóstico já existia antes da internação. O etilista era o filho da paciente e irmão do membro familiar. O abuso de álcool do irmão, segundo relato verbal do familiar, resultou na separação do casal e esse passou a residir com a família de origem, ocasionando sérios transtornos familiares. A paciente teve a sua saúde física e emocional abalada devido à separação do filho e à sua reintegração familiar. O relato do membro da família, a seguir, demonstra como o alcoolismo em uma pessoa afeta a unidade familiar e, especialmente, a paciente internada:

> *'[...] foi muito triste, ninguém pensava que isso fosse acontecer, mas chega uma hora que a mulher não agüento ver o marido bebendo daquele jeito. A minha mãe chegou a passar mal da pressão. A pressão subiu com a notícia da separação do meu irmão e teve que ser atendida pelo médico.' (Familiar 5).*

O retorno do familiar etilista à sua família de origem resultou em sentimentos de apreensão e de ansiedade nos demais membros da família, inclusive na paciente queimada internada:

> *'A minha mãe vigia ele em casa, fica nervosa quando ele demora a chegar do trabalho com medo dele estar bebendo com os colegas de serviço.' (Familiar 5).*

Em relação ao paciente 6, o diagnóstico de enfermagem de *processos familiares disfuncionais: alcoolismo* também já existia antes do acidente por queimaduras, mas a própria paciente era etilista. A presença de abuso de álcool da

paciente internada revelou-se um dos fatores contribuintes para a ocorrência do trauma por queimaduras por tentativa de auto-extermínio.

Em se tratando dessa família, ao realizar o genograma e o ecomapa familiar, observou-se que há história anterior de suicídio e de alcoolismo, como também de conflitos familiares importantes. Além disso, a condição de pobreza e o baixo nível educacional dos membros da família podem se constituir em fatores colaborativos tanto para a ocorrência de trauma, como também de alterações internas nas dinâmicas familiares. O depoimento do familiar, a seguir, revela importantes percepções sobre o problema do abuso de álcool da paciente queimada internada:

> *'Gosta de beber pinga. Pára por uns tempos, depois começa a beber de novo sem parar. Se deixar ela bebe uma garrafa inteira de pinga de uma vez só. Acho que ela precisa de ajuda para o problema de "cabeça" e da bebida também." (Familiar 7).*

O familiar ainda relata a sua experiência em relação às conseqüências do abuso de álcool da paciente, o que implicou em perda da atividade laboral desse familiar:

> *"O meu patrão tinha muita bebida no sítio. Um dia o patrão deu falta das bebidas e perguntou para mim, aí ela disse que foi ela que bebeu. Fiquei duas semanas sem falar com ela de raiva. O emprego no sítio era sossegado, mas depois disso achei melhor ir embora, porque eu não podia vigiar ela o tempo todo.' (Familiar 7).*

Sistema social

Não foram identificados diagnósticos de enfermagem pela pesquisadora nos pacientes queimados que pudessem ser inseridos no sistema social. O mesmo ocorreu em relação à percepção dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes

Entretanto, no sistema social, a percepção dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes queimados recaiu sobre a ameaça de mudança de papéis na realização de tarefas domésticas e ocupacionais. Como afirmamos anteriormente, essas percepções de familiares sobre a ameaça no desempenho de papéis dos pacientes foram consideradas como fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem de ansiedade.

A família enquanto organização pode ser considerada um espaço privilegiado de convivência social caracterizado por papéis e funções como resultados de padrões culturais, sociais, econômicos e políticos, que tem objetivos próprios na manutenção da segurança, do desenvolvimento e do crescimento de seus membros. O acidente por queimaduras pode resultar em ameaça de mudança na função de papel desempenhada pelo paciente queimado e alterar a dinâmica interna à familiar. Além disso, o trauma por queimaduras geralmente resulta em seqüelas funcionais e psico-emocionais, constituindo-se também em ameaça no desempenho das atividades laborais.

No estudo realizado por Shenkman e Stechmiller (1987), a categoria denominada saúde social obteve o menor escore entre os familiares, demonstrando que na visão dos familiares, os problemas apresentados pelos pacientes em relação à saúde social eram menores que os relacionados à saúde física. Em parte esse resultado pode estar relacionado às diferenças sobre o padrão social e econômico de pacientes e familiares participantes do estudo relatado por esses autores. No estudo descrito por Shenkman e Stechmiller (1987), a maioria dos casos estudados apresentou renda familiar maior que dois salários mínimos (valor em dólar convertido na moeda corrente em real). No nosso estudo, ao contrário, a maioria dos participantes apresentava renda familiar menor que dois salários mínimos.

O desempenho de papéis é fundamental à interação social dos indivíduos com a coletividade. As pessoas desempenham múltiplos papéis na sociedade, dependendo do grupo social ao qual pertence ou no qual interage. Segundo Carpenito (2002), alguns papéis desenvolvidos pelas pessoas são adquiridos, como o de pai/mãe e outros são temporários, como no caso de a pessoa ocupar um cargo eletivo. Para essa autora, vários fatores podem afetar o desempenho de papel, entre eles estão os sistemas de crenças e de valores pessoais e sociais, os eventos da vida, as enfermidades e as incapacidades. Entretanto, é importante destacar que é por meio do desempenho de papel nas organizações ou grupos sociais que a pessoa exerce sua autoridade e poder e toma decisões importantes para o alcance de objetivos (KING, 1981). Assim, a ameaça na função do papel pode resultar em ameaça no exercício da autoridade e poder, como também nos processos decisórios relativos à posição ocupada pela pessoa na organização social.

A situação de conflito vivenciada pelos pacientes queimados em relação à ameaça de mudança na função de papéis foi percebida pelos familiares, uma vez que os atingiam diretamente, podendo resultar em alteração do padrão econômico e social da família. Como os casos estudados foram constituídos por pessoas com condições sociais e econômicas precárias, o retorno ao trabalho passa a ser crucial para a sobrevivência da unidade familiar em que a situação de desemprego do cuidador vem agravar, ainda mais, a situação de pobreza da família.

Neste estudo, os familiares relataram que, devido ao acidente por queimaduras e à hospitalização do paciente, em determinadas situações, houve alteração transitória no exercício da autoridade, poder e tomada de decisão na unidade familiar. Essa alteração não resultou em problemas identificados pelos

familiares, mas como resposta adaptativa no restabelecimento da integridade e da dinâmica interna da família.

Shenkman e Stechmiller (1987) relataram que os pacientes que contavam com maior nível de suporte familiar e social durante a fase de recuperação apresentaram respostas mais apropriadas ao enfrentamento do acidente por queimaduras quando do retorno ao ambiente social. Outro importante aspecto assinalado por esses autores diz respeito ao nível de expectativa dos familiares em relação ao processo de recuperação e de reabilitação. Se o familiar pretende continuar o cuidado do paciente no domicílio, é necessário que ele apresente expectativas congruentes em relação às reais condições físicas e psico-emocionais do paciente para que alcance os resultados esperados a partir de metas estabelecidas conjuntamente entre o paciente, o familiar e a equipe de saúde.

Outra consideração pertinente diz respeito à necessidade de a equipe de saúde assistir concomitantemente o paciente e a família nessa fase transitória de adaptação pós-trauma, que pode resultar em longo período de recuperação e de reabilitação, dependendo das seqüelas físicas, psico-emocionais e sociais apresentadas pelos pacientes.

Neste estudo, evidenciou-se a importância da percepção do familiar sobre os problemas apresentados pelo paciente, resultando em um grau satisfatório de congruência em relação aos problemas identificados nos pacientes queimados pela pesquisadora. Os resultados parecem apontar para a correspondência na identificação de problemas apresentados pelos pacientes realizada pela pesquisadora e a percepção empírica pelos familiares dos problemas apresentados pelos pacientes, a partir de sua visão de mundo, contexto de vida familiar anterior ao

acidente, processo de interação e vínculo familiar e como resultado da vivência do pós-trauma por queimaduras de um membro da família.

Vale ressaltar também que alguns problemas identificados pela pesquisadora em relação aos pacientes queimados antes da alta hospitalar não foram identificados nas falas dos familiares: padrão de sono perturbado (7), conhecimento deficiente (5), dentição prejudicada (4), constipação (3), membrana mucosa oral prejudicada (2), enfrentamento ineficaz (2), proteção ineficaz (1), nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais (1), atividades de recreação deficiente (1), angústia espiritual (1) e risco para disfunção neurovascular periférica (2).

Essas situações podem não ser problemas para os familiares. Uma outra hipótese que pode ser levantada é o fato de os diagnósticos da NANDA não são conhecidos pelos pacientes e familiares e, por essa razão, não são percebidos por essas pessoas. São os profissionais de saúde, no convívio diário com pacientes e familiares, que atribuem significado aos rótulos de problemas de saúde e também aos seus sinais e sintomas.

Um outro aspecto importante a ser ressaltado são as limitações deste estudo em relação ao tamanho da amostra, as suas características e os procedimentos empregados.

Na abordagem à família, a equipe de enfermagem precisa estar atenta quando da formulação de estratégias de assistência ao paciente queimado internado, priorizando as intervenções (solução de problemas) que os familiares percebem durante o período de acompanhamento e/ou cuidado ao paciente queimado internado anterior à alta hospitalar.

É importante destacar que investigações dessa natureza, com abordagem qualitativa, são complementares e podem subsidiar a etapa de planejamento da

assistência de enfermagem na preparação para a alta hospitalar do paciente que sofreu queimaduras e de seus familiares.

6- CONCLUSÕES

Os objetivos propostos pela pesquisadora de identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos queimados e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar foram alcançados. Os instrumentos de coleta e registros de dados permitiram a identificação de 30 diferentes diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos queimados, sendo 26 do tipo real e 4 de risco. Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos pela pesquisadora para os pacientes com percentual igual ou superior a 50% foram integridade tissular prejudicada, dor aguda, ansiedade, padrão de sono perturbado, conhecimento deficiente, imagem corporal perturbada, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho/higiene e risco para infecção. Nos familiares foram identificados 11 diagnósticos de enfermagem distintos: conhecimento deficiente, ansiedade, padrão de sono perturbado, tensão devida ao papel de cuidador, sentimento de pesar disfuncional, conflito no desempenho do papel de pai/mãe, comportamento para elevar o nível de saúde, disposição para enfrentamento familiar aumentado, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, manutenção do lar prejudicada e enfrentamento familiar comprometido.

Observou-se uma predominância de diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos queimados relacionados ao sistema pessoal. Em relação aos familiares, observou-se que a maioria dos diagnósticos de enfermagem estava relacionada ao sistema interpessoal.

Em relação ao terceiro objetivo proposto pela pesquisadora, que era verificar as percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes no período próximo à alta hospitalar foram identificadas 15 categorias temáticas,

correspondendo a 19 diferentes diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes pela pesquisadora.

O quarto objetivo deste estudo foi alcançado por meio da análise da congruência entre as percepções dos familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes e os diagnósticos de enfermagem identificados pela pesquisadora. Desses, os que apresentaram percentual de acordos positivos igual ou maior que 30% foram: integridade tissular prejudicada e risco para infecção, dor aguda, imagem corporal perturbada, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, higiene íntima e síndrome de déficit no autocuidado, ansiedade, sentimento de pesar disfuncional e tristeza crônica.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância de se conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes adultos queimados e de seus familiares está em possibilitar aos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de tratamento de queimados o planejamento da assistência de enfermagem ao binômio paciente-familiar, visando a facilitar a reintegração do paciente que sofreu queimaduras no sistema familiar e a auxiliar o cuidador na organização dos cuidados a esse paciente após a alta hospitalar. Assim, possibilita ao enfermeiro estabelecer metas compartilhadas de cuidados ao paciente, vítima de acidente por queimaduras, e ao seu familiar, de forma individualizada e com o objetivo de se alcançar a transação, respeitando-se os sistemas de crenças e de valores e os padrões sociais, econômicos e culturais.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família proposto por Wrigth e Leahey (1994) e a Teoria de Imogene King (1981) foram utilizados como referência para que a pesquisadora pudesse interagir com os familiares dos pacientes queimados. O genograma e o ecomapa familiar foram instrumentos de trabalho importantes na identificação dos problemas familiares em relação à dinâmica, ao funcionamento e ao desenvolvimento da família em resposta ao trauma por queimaduras de um de seus membros. É importante ressaltar que a utilização concomitante dessas abordagens teóricas nas etapas de coleta e de análise dos dados se mostrou congruente em sua aplicação na prática clínica de enfermagem.

A utilização da abordagem qualitativa para a identificação das percepções de familiares sobre os problemas apresentados pelos pacientes, se mostrou útil e necessária como informação complementar aos problemas identificados nos pacientes pela pesquisadora e devem ser considerados no planejamento para a alta

hospitalar. Muitas vezes, na elaboração do plano para a alta, a equipe de enfermagem prioriza as intervenções segundo os critérios técnicos e científicos sem considerar a perspectiva dos familiares, que serão provavelmente os cuidadores dos pacientes que sofreram queimaduras quando de seu retorno ao ambiente familiar. Vale lembrar que as escolhas das metas assistenciais devem ser compartilhadas e resultantes da interação entre o paciente, familiar e equipe de enfermagem para que ocorra a transação.

Questões importantes como o cuidado com as feridas e a dor, mecanismos para prevenir as infecções das lesões por queimaduras, estratégias de enfrentamento frente ao trauma e suas seqüelas físicas, psico-emocionais e sociais devem ser abordadas pela equipe de enfermagem considerando tanto a perspectiva do paciente e do familiar para que o planejamento para a alta hospitalar tenha êxito e seja o mais próximo possível da realidade de suas vidas.

Resultados dessa natureza devem subsidiar as intervenções de enfermagem aos pacientes queimados e aos familiares, colaborando para o estabelecimento de metas mutuamente acordadas entre eles e o profissional enfermeiro, com o objetivo de reduzir o impacto do trauma por queimaduras no retorno do paciente que sofreu queimaduras e de seu familiar ao ambiente social.

Na Unidade de Queimados onde esta pesquisa foi realizada não há registro padronizado dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, ou seja, a documentação das etapas do processo de enfermagem não é realizada. Espera-se que este estudo contribua para a organização da assistência de enfermagem e implementação do processo de enfermagem aos pacientes que sofreram queimaduras e aos seus familiares nessa unidade.

Abstract

GOAYATÁ, S.L.T. Nursing diagnoses in adult burned patients and their family members near hospital discharge. 2004. 321 p. Doctoral Thesis. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto.

This study aimed to identify the nursing diagnoses of adult burned patients and their family members in the period near hospital discharge and to verify the family members' perceptions about the problems the patients demonstrated during the same period. The research method used in this descriptive and exploratory study was the case study strategy. We elaborated two instruments for the data collection phase, one for evaluating the patient and another for the family member. The patient data collection instrument was developed on the basis of Imogene King's theoretical reference framework, while the family instrument was based on the same theory as well as on the Calgary Family Evaluation Model proposed by Wright and Leahey. With a view to the third study objective, we collected data through semistructured interviews with the family members, using the thematic analysis as described by Minayo. Ten adult burned patients and 10 of their family members were evaluated at the Burns Unit of the João XXIII Hospital in Belo Horizonte (MG), Brazil, in the period from April to August 2004. After the data survey phase, we used a reasoning process to establish the nursing diagnoses of burned patients and their family members, which were named according to NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) International Taxonomy II and the NANDA Taxonomy I interpretation accomplished by Carpenito. The collected data and the nursing diagnoses set up by the researcher were analyzed by two nurses with experience in the field of burns care and specific knowledge on nursing diagnosis. Next, they were revised by the researcher and confirmed by these nurses. The researcher identified 9 different diagnostic categories which were found in 50% or more of the adult burned patients:

impaired tissue integrity, acute pain, anxiety, sleep pattern disturbance, knowledge deficit, body image disturbance, impaired physical mobility, bathing/hygiene self-care deficit and risk for infection. Eleven different nursing diagnoses were identified for the family members: knowledge deficit, anxiety, sleep pattern disturbance, caregiver role strain, dysfunctional grieving, parental role conflict, health-seeking behavior, family coping: potential for growth, altered family process: alcoholism, impaired home maintenance management and ineffective family coping compromised. The patients problems perceived by the family members that were congruent in 30% or more of the cases, comparison with the diagnoses identified by the researcher were: impaired tissue integrity and risk for infection, acute pain, body image disturbance, dysfunctional grieving and chronic sorrow, impaired physical mobility, self-care deficit: bathing/hygiene, dressing/grooming, toilet and self-care deficit syndrome, anxiety and fear,

Keywords: Burns. Nursing diagnosis. Family.

Resumen

GOAYATÁ, S.L.T. Diagnósticos de enfermería de pacientes adultos quemados y de sus familiares en el periodo próximo al alta hospitalaria. 2004. 321 h. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

Las finalidades de este estudio fueron las de identificar los diagnósticos de enfermería de pacientes adultos quemados y de sus familiares en el periodo próximo al alta hospitalaria y verificar las percepciones de familiares acerca de los problemas presentados por los pacientes en el mismo periodo. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio que utilizó la estrategia de estudio de caso como método de investigación. Para la etapa de recopilación de los datos elaboramos dos instrumentos. Uno para la evaluación del paciente y otro del familiar. El instrumento de recopilación de datos del paciente fue elaborado con base en el referencial teórico de Imogene King y el del familiar fue basado en ese referencial y en el Modelo Calgary de Evaluación de la Familia propuesto por Wright y Leahey. Para alcanzar el tercero objectivo propuesto en este estudio, los datos fueron recopilados por medio de entrevistas semiestructuradas a los familiares, utilizándose el análisis temático descrito por Minayo. Evaluamos a 10 pacientes adultos quemados y a 10 familiares de esos pacientes, durante el periodo de Abril a Agosto de 2004, en la Unidad de Quemados del Hospital João XXIII de la ciudad de Belo Horizonte (MG), Brasil. Tras la recopilación de los datos, utilizamos un proceso de raciocinio para el establecimiento de los diagnósticos de enfermería para los pacientes y familiares, que fueron nombrados de acuerdo con la Taxonomía II de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y la interpretación de la Taxonomía I de la NANDA realizada por Carpenito. Los datos recopilados y los diagnósticos de enfermería establecidos por la investigadora fueron analizados por dos enfermeras con experiencia en la atención al paciente quemado y conocimiento específico en

diagnóstico de enfermería y, posteriormente, revisados por la investigadora y confirmados por esas enfermeras. La investigadora identificó 9 diagnósticos diferentes con porcentual igual o superior a 50% para los pacientes adultos quemados: deterioro de la integridad tisular, dolor agudo, ansiedad, alteración del patrón del sueño, déficit de conocimientos, trastorno de la imagen corporal, trastorno de la movilidad física, déficit de autocuidado: baño/higiene y riesgo de infección. En los familiares fueron identificados 11 diagnósticos de enfermería distintos: déficit de conocimientos, ansiedad, alteración del patrón del sueño, cansancio en el desempeño del rol de cuidador, duelo disfuncional, cansancio en el desempeño del rol parental, conductas generadoras de salud, afrontamiento familiar: potencial de desarrollo, alteración en los procesos familiares: alcoholismo, dificultad para el mantenimiento del hogar y afrontamiento familiar inefectivo: comprometido. Respecto a los problemas presentados por los pacientes, percebidos por los familiares, los que obtiveron congruencia igual o superior al 30% cuando comparados con los diagnósticos identificados por la investigadora fueron: deterioro de la integridad tisular y riesgo de infección, dolor agudo, trastorno de la imagen corporal, duelo disfuncional y aflicción crónica, deterjo de la movilidad física, déficit de autocuidado baño/higiene, vestido/acicalamiento personal y síndrome de déficit de autocuidado, ansiedad y medo.

Palabras-clave: Quemaduras. Diagnóstico de enfermería. Familia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ADCOCK, R. J.; BOEVE, S. A.; PATTERSON, D. R. Psychologic and emotional recovery. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and therapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 329-357.

ALFARO, R. **Application of nursing process**: a step by step guide. Philadelfhia: J.B. Lippincott, 1986. 185 p.

ALMEIDA, O . P.; CROCCO, E. I. Percepção dos déficits cognitivos e alterações de comportamentos em pacientes com Doença de Alzanheimer. **Arq. Neuropsiquiatr.,** v. 58, n. 2, p. 292-299, 2000.

AMARAL, M. L. **Sentimentos e solicitações apresentados pelas mães no momento da internação de seus filhos**. 1981. 82 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. A. P. O cuidado familiar ao idoso com seqüelas de AVC. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 90-109, 1999.

ANGELO, M. **Experiência das mães na visita ao filho hospitalizado**. 1982. 70 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANVISA-AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro comercializado por atacadistas e varejistas. 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/ >. Acesso em: 20 set. 2004.

ANVISA-AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Álcool gel reduz acidentes em 60%. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2004/020404.htm>. Acesso em: 25 set. 2004.

ARAÚJO, A. S. Infecção no paciente queimado. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 149-158.

ARAUJO, E. A. G.; GARCIA, T. R.; COLER, M. S. Aplicação da teoria de Peaplau na assistência domiciliar de enfermagem a portador de Aids. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 84-88, jan./jun.1999.

ARCE, T. Guerra do álcool líquido. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 19 nov. 2004. Gerais, p. 21.

---

* As referências bibliográficas foram organizadas e citadas no texto de acordo com: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas/Grupo DITeses. **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações da USP**: documento eletrônico ou impresso. OLIVEIRA FUNARO, V. M. B. de. (Coord.). São Paulo: SIBI/USP, 2004. 110 p.

ARISTIZÁBAL, S. L. P. El rol de los cuidadores intrafamiliares adultos y su desempeño en la sociedade actual. **Advances en Enfermaria**, México, v. 19. n. 2, p. 20-25, 1998.

ASTEDT-KURKI, P. et al. Assessment of strategies in families tested by finnish families. **International Journal of Nursing Studies**, Elmsford, New York, v. 38, p.17-24, 2001.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 618 p.

AZEVEDO, D. O. et al. Assistência de enfermagem ao cliente queimado no ambulatório e/ou no domicílio após alta da unidade de internação. **Rev. Bras. Enf.,** Brasília, v. 42, n. 3, p. 60-67, jan./dez. 1989.

BADGER, J. M. Burns the psychological aspects. **Am. Journal of Nurs**., v. 101, n. 11, p. 38-42, Nov. 2001.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica em adultos. Porto Alegre: Artmed, 2002. 272 p.

BAYLEY, E. W. Wound healing in the patient with burns. **Nursing Clinics of North America,** v. 25, n. 1, March, 1990.

BERALDO, P. S. S. et al. Sazonalidade de queimaduras por fogo, em pacientes admitidos numa unidade especializada do Distrito Federal, no período 1993-1996. **Brasília Médica**, v. 36, n. 3/4, p. 72-81, 1999.

BERGAMASCO, E. C. et al. Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 2, p. 170-177, mar/abr, 2004.

_____, E. C. et al. Body image of patients with burns sequellae: evoluation through the critical incident technique. **Burns**, Oxford, v. 28, p. 47-52, 2002.

BERNSTEIN, M. D. Psychosocial results of burns. **Clinics in Plastic Surgery**, v. 9, n. 3, p. 337-346, July,1983.

BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E. **Enfermagem medico-cirúrgica**: uma abordagem psicofisiológica. 4. ed. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. cap. 45 e 46, p. 1275-1352.

BLUMENFIELD, M.; SCHOEPS, M. Reintegrating the healed burned adult into society: psychological problems and solutions. **Burn Rehabilitation and Reconstruction**, v. 19,n. 3, p. 599-605, July, 1992.

BOEVE, et al. Sleep disturbance after burn injury. **Journal of Burns Care & Rehabilitation**, v. 23, n. 1, p. 32-38, Jan./Feb. 2002.

BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 172-179, jun. 2001.

BRAGA, C. G. et al. Identificação dos diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados: requisito básico para implementação de intervenções de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM,6./ SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM, 1., 2002, São Paulo. **Anais**...São Paulo: ABEn, agosto. 2002. p. 32.

BUDÔ, M. L. D. A. mulher como cuidadora no contexto de uma comunidade rural de imigração italiana. **Texto Contexto Enferm**. , v. 6, n. 1, p. 181-197, 1997.

CAMERON, D. R.; PEGG, S. P.; MULLER, M. Self-inflictedburns. **Burns**, Oxford, v. 23, n. 6, p. 519-521, 1997.

CARNEVALI, D. L.; THOMAS, M. D. **Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing.** Philadelphia: J.B., Lippincott, 1993. 267 p.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 8.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 880 p.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 812 p.

CARROUGHER, G. J. Burn wound assessment and topical treatent. In: _____.. **Burn care and terapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p.133-165.

CARVALHO, E. C. Diagnóstico de enfermagem – experiências no ensino. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM,1., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, out. 1995.

CARVALHO, E. C.; JESUS, C. A. C. Raciocínio clínico na formulação de diagnósticos de enfermagem para o indivíduo. In: ANTUNES, M. J.; SILVA, M. T. N. (Org.). **O uso do diagnóstico na prática de enfermagem**. Brasília: ABEn, 1997. p. 27-38.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Modelos, estrutura e teorias de enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. (Org.). **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE, 1998. p. 65-85.

CARVALHO, E. C.; RUFFINO, M. C. Processos cognitivos para desenvolvimento de competência para estabelecer diagnóstico de enfermagem: experiência na graduação. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 4., 1998, Curitiba. **Anais…** Curitiba, maio, 1998.

CARVALHO, E. E.; SALES, T. R. Avaliação nutricional: a base da escolha terapêutica. In: CARVALHO, E. E. **Manual de suporte nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1992. cap. 3, p. 21-40.

CASTELLANI, et al. Suicide attempted by burning: a 10-year study of self-immolation deaths. **Burns**, Oxford, v. 21, n. 8, p. 607-609, 1995.

CASTELLANOS, B. E. P. Teoria do autocuidado de Dorothea Oren. In: CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de enfermagem na prática.** São Paulo: Atheneu, 1989. cap. 4, p. 43-56.

CHÁVEZ-AGUIERA, M. L.; FRIEDEMANN, M. L.; ALCORTA-GARCIA, A. Evaluación de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar**. Desarrollo Cientif. Enferm.**, México, v. 8, n. 1., p. 12-18, enero/feb. 2000.

CHOLOWSKI, K.; CHAN, L. K. S. Diagnostic reasoning among second year nursing studentes. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 17, p. 1771-1181, 1992.

CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing process application of theories, frameworks and models**. 2nd ed. St Louis: Mosby, 1990.

CIOFF JÚNIOR, W. G. Inalation injury. In: Carrougher, G. J. **Burn care and terapy**. St. Louuis: Mosby, 1998. p. 35-59.

COATES, V. E. **Education for patients and clients**. New York: Routledge, 1999. Chapter 3, p. 49-134.

COKER, E. et al. Implementing nursing diagnoses within the context of King's conceptual framework. In: FREY, M. A.; SIELOFF, C. L. **Advancing King's systems framework and theory of nursing**. London: SAGE Publications, 1995. p.161-175.

COLER, M. S. O projeto de integração da NANDA, NIC, NOC. IN: GARCIA, T. R.; NÖBREGA, M. M. (Org.). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. São Paulo: ABEn, 2000. 204 p.

COLOMBO, R. C. R. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 461-467, julho/ago. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, abril, 1997.

COSTA D. M. et al. Estudo retrospectivo de queimaduras na infância e adolescência. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 4, n. 2, p. 102-104, 1994.

CRESWELL, J. W. **Qualitative enquiry and research design:** choosing among five traditions. London: Sage Publications, 1998. 403 p.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. Trad. BARBOSA, J. B.; VASCONCELOS, M. M.; VOEUX, P. J. **Patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 4, p. 70-100.

CRISÓSTOMO, M. R.; SERRA, M. C. V. F.; GOMES, D. R.. Epidemiologia das queimaduras. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 5, p. 31-35.

CROSBY, F. S. Teaching nursing diagnoses to school nurses: a standardized measure of the cognitive effect. **The Journal of Continuing Education**, v.19, n. 5, p. 211-215, set./out. 1988.

CRUZ, D. A. L. M. **Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica**. 1989. 97 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. **Rev. Esc. Enf. USP,** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 427-434, dez.1992.

_____. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; et al. (Org.). **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 63-84

CRUZ, I. C. F. **Diagnósticos de enfermagem:** estratégias para sua formulação e validação. 1993. 157 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CRUZ, I. C. F. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de recuperação anestésica: estudo piloto. **Rev. Esc. Enfer. USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 345-358, dez. 1990.

DALRI, M. C. B. **Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo modelo conceitual de Horta e Taxonomia I da NANDA**. 1993. 203 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **Assistência de enfermagem a paciente portador de queimaduras utilizando um software.** 2000. 382 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DALRI, M. C. B. et al. Diagnóstico de enfermagem em uma unidade de queimados: análise estrutural dos enunciados In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, out.1995.

DIAZ-BORDENAVE, J.; PEREIRA, A . M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 121-181.

DOENGES, M.E.; MOOTHOUSE, M. F. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.18.

DOURADO, V. R. C. C. **Tratamento em pacientes com queimaduras**. São Paulo: Lovise, 1994. 132 p.

DRISCOLL, A . Managing post-discharge care at home an analysis of patient's and their carer's perceptions of information received during their stay in hospital. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 31, n. 5, p. 1165-1173, 2000.

ELSEN, I. Desafios de enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, I. I. R. (Coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77. (Série Enfermagem-REPENSUL).

FARIA, M. F. G. **Diagnósticos de enfermagem respiratórios em pacientes cardíacos cirúrgicos.** 2000. 170 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FARO, A. C. M. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 76-73, out. 1998.

_____. **Cuidar do lesado medular em casa**: a vivência singular do cuidador familiar. 1999a. 127 f. Tese (Livre Docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____. Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesões medulares. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n.4, p. 334-341, dez. 1999b.

_____. Características definidoras que fundamentam o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em lesados medulares. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 166-172, 1995.

FAUERBACH, J. A . et al. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. **Psychosom. Med**., v. 62, n. 4, p. 576-582, July/Aug. 2000.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. Tradução Bruce B. Duncan; Maria Inês Schimidt. 3.ed. Porto Alegre: Arte Médicas, 1996. 281 p.

FONTES, C. M. B.; CRUZ, D. A. L. M. Fissuras lábio-palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM,6./ SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM, 1., 2002, São Paulo. **Anais**...São Paulo: ABEn, ago. 2002.

FRANCISCH, R. P. P. et al. Obesidade: atualizações sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

FREITAS, M. C.; GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pós-operatórios de cirurgias traumato-ortopédicas. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 439-447, dez. 1997.

FREY, M. A.; SIELOFF, C. L. (Ed.). **Advancing King's systems framework and theory of nursing.** London: SAGE Publications, 1995. 361 p.

FRIEDEMANN, M. L. **The framework of systematic organization. A conceptual approach to families and nursing**. EUA: Sage Publication, 1995. 190 p.

_____. An instrument to evaluate effectives in family functioning. **Western Journal of Nursing Research**, v. 13, n. 2, p. 220-241, 1991.

FUKUMISHI, K. et al. Epidemiology of childhood burns in the Critical Care Medical Center of Kinki University Hospital in Osaka, Japan. **Burns**, Oxford, v. 26, p. 465-469, 2000.

GALDEANO, L. E. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca**. 2002. 180 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. 1996. 256p. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GARCIA, T. R.; CARVALHO, E. C.; PELÁ, N. T. R. Operacionalização do modelo de King: aplicabilidade a gestantes solteiras. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Recife: ABEn, 1993. Mimeografado.

GARCÍA-SÁNCHEZ, V. ; MORELL, P. G. Eletric burns: high and low-tension injuries. **Burns**, Oxford, v. 25. p. 357-360, 1999.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.169-183.

GOGIA, P. P. **Feridas**: tratamento e cicatrização. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 192 p.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; MACIEIRA JUNIOR, L. **Condutas atuais em queimaduras:** um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 158 p.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A . **Tratamento de queimaduras**: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GONÇALVES, C. M. Enxertos de pele. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 68.

GONOT, P. J. Imogene M. King's conceptual framework of nursing. In: FITZPATRICK, J. J.; WHALL, A. L. **Conceptual models of nursing**. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1989. p. 271-283.

GREENHALGH, D. G. Preexisting factors that affect care. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 381-399.

GUIDO, L. A. **A interação/transação enfermeiro/cliente: uma metodologia para assistência ao cliente cirúrgico-ambulatorial**. 1996. 145 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GUIMARÃES JUNIOR, L. M. Queimaduras elétricas. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; MACIEIRA JR., L. **Condutas atuais em queimaduras**: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. cap.14, p. 111-116.

GREENHALGH, D. G. Preexisting factors that affect care. In: CARROUGHER, G J. **Burn care and terapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 381-399.

GUYTON, A.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. Tradução Charles Alfred Esbérard et al. Rio de Janeiro: Gunabara Koogan, 1997, 1014 p.

HELM, P. A. ; FISHER, S. V. reabilitação do paciente com queimaduras. In: DELISA, J. A. **Medicina de Reabilitação**: princípios e práticas. Tradução Lilia Bretenitz; Vilma Ribeiro de Souza Varga. São Paulo: Manole, 1992. v. 2.

HO, W. S.; et al. Skin care in burn patients: a team approach. **Burns**, Oxford, v. 27, n. 5, p. 489-491, Aug. 2001.

HO, W. S.; YIN, S. Y. An epidemiological study of 1063 hospitalized burn patients in a terciary burns center in Hong Kong. **Burns**, Oxford, v. 27, p. 119-123, 2001a.

_____. Suicidal burns in Hong Kong Chinese. **Burns**, Oxford, v. 27, p. 125-127, 2001b.

HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: _____. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Tradução Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 3, p. 41-54.

HURREN, J. S. Rehabilitation of the burned patient: James Laing Memorial Essay for 1993. **Burns**, Oxford, v. 21, n. 2, p. 116-126, 1995.

HUSSMANN, S. et al. Electrical injuries: morbility, outcome and treatment rationale. **Burns**, Oxford, v. 21, n. 7, p. 530-535, 1995.

IMBER-BLACK, E. **Families and larger systems**: a family therapists guide through the labyrinth. New York: The Guiford Press, 1988. 228 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DO PETRÓLEO. Manual da soda cáustica. Disponível em: <http://www.ibp.org.br/main.asp>. Acesso em: 25 set. 2004.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Nursing process and nursing diagnosis**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1986. 302 p.

JESUS, C. A. C. **Assistência de enfermagem a clientes hematológicos**: uma visão sistêmica. 1992. 279 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem**. 2000. 232 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

JIE, X.; BAOREN, C. Mortality rates among 5321 patients with burns admitted to a burn unit in China: 1980-1998. **Burns**, Oxford, v. 29, p. 239-245, 2002.

JONSSON, C. E. et al. Background pan in burn patients: routine measurement and recording of pain intensity in a burn unit. **Burns**, Oxford, v. 24, p. 448-454, 1998.

JORDAN, B. S.; BARILLO, D. J. Prehospital care and transport . In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 61-88.

JORDAN, B. S.; HARRINGTON, D. T. Management of the burn wound. **Burn management**, v. 32, n. 2, June, 1997.

JUKEMURA, M. F. M. **O cuidador familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal e grande porte:** suas atividades no domicílio. 2002. 100 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

KARSCH, U. M. S. A questão dos cuidadores. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1., 1998, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1998. p. 95-125.

KING, I. M. **A theory for nursing**: systems, concepts, process. New York: John Wiley & Sons, 1981.181 p.

KRUMMEN, D. M.; JAMES, K.; KLEIN, R. L. Suicide by burning: a retrospective review of the Akron Regional Burn Center. **Burns,** Oxford, v. 24, p. 147-149, 1998.

LACERDA, M. R. **O cuidado transpessoal de enfermeiros no contexto domiciliar**. 1996. 97 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LATARJET, J.; CHOINÉRE, M. Pain in burn patients. **Burns**, Oxford, v.21, n. 3, p. 344-348, 1995.

LAWRENCE, J. W. et al. The 1988 Clinical research award. Sleep disturbance after burn injury: A frequent yet understudied complication. **J Burn Care Reabil.,** v. 19, n. 6, p. 480-486, 1998.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumento para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 228 p.

LEOPARDI, M. T. **Contribuição ao estudo das teorias de enfermagem**. Florianópolis: NFR/UFSC, 1988. Mimeografado.

LIMA JÚNIOR, E. M.; ALMEIDA, P. C. C. de; MATTAR, C. A. Organização de um Centro de Tratamento de Queimados. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 611-613.

LIMA JUNIOR, E. M.; FERREIRA, S. M. Escaratomia e Fasciotomia. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 441-443.

LOPES, R. A. M. et al. Diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em uma unidade de internação oncológica. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 35-41, out. 1997.

LÜDKE, M.; ANDRË, M. E. D. A. **Pesquisa na educação**: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUND, C. C.; BROWDER, N. C. The estimation of areas of burns. **Surg. Gynecol. Obstet.**, v. 79, p. 352-358, 1944.

LUNNEY, M. Development of written case studies as simulations of diagnosis in nursing. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 3,n. 1, p.23-29, jan. mar.1992.

MABROUK, A . R. et al. Suicide by burns: a tragic end. **Burns**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 337-339, 1999.

MACIEL, E .; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. 656 p.

MANCINI, M. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.,** v. 45, n. 6, p. 584-608, dez. 2001.

MARCHESAN, W. G. et al. Suicide attempted by burning in Brazil. **Burns**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 270-271, 1997.

MARIA, V. L. R. (Coord.). **Exame clínico de enfermagem do adulto**: focos de atenção psicobiológicos como subsídios para diagnósticos de enfermagem. São Paulo: Iátria, 2003. 286 p.

MARQUES, C. L. B.; ELSEN, I. Aplicação de uma teoria à prática de enfermagem - um relato de experiência. In: **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. BUB, L. I. R. (Coord.). Florianópolis: UFSC, 1994. p.161-195. (Série Enfermagem - REPENSUL)

MARQUES, S. **Cuidadores familiares de idosos**. Relatos de histórias. Ribeirão Preto, f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MARTINS, I; GUTIÉRREZ, M. G. R. Diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas: intervenções de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 6./ SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM, 1., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEn, ago. 2002.

MARVIN, J. A . Management of pain and anxiety. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St. Louis: Mosby, 1998. p. 167-183.

MELEIS, A . **Theoretical Nursing - development and progress**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985. 485 p.

MENEGUELLO, A. S. et al. Comunicação prejudicada: fatores relacionados e características definidoras em pacientes internados com queimaduras. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. especial, p.153-172, abr. 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000. p. 208-211.

MIRAS, M.; SOLÉ, I. A avaliação da aprendizagem e a avaliação no processo de ensino e aprendizagem. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 374-384.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. Refletindo sobre o cuidar em enfermagem a partir do modelo conceitual e da teoria de alcance de metas de Imogene King. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 1999, Florianópolis. **Resumos...** Florianópolis: Aben, 1999.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da Teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 74-89, jan. 2001.

MOURA, A. **A assistência domiciliar ao idoso**: um processo em distintas perspectivas. 2001. 121 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

MOZINGO, D. W. Surgical management. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St.Louis: Mosby, 1998. p. 233-248.

MUNSTER, A. M. **Severe burns**: a family guide to medical and emotional recovery. London: The Johns Hopkins Press, 245 p.

NASCIMENTO, E. R. P. **Assistência de enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio fundamentada na teoria de Imogene King.** 1991. 223 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NEIRA HUERTA, E. P. N. PN. **A experiência de acompanhar um filho hospitalizado**: sentimentos, necessidades e expectativas manifestadas por mães acompanhantes. 1984. 218 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NEWBLE, D. et al. Assessing clinical reasoning. In: HIGGS, J.; JONES, M. (Ed.). **Clinical reasoning in the health professions**. Oxford: Butterworth Heinemann, 1995.

NEWELL, R. J. Altered body image: a fear avoidance model of psychol-social dificulties following disfigurement. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 30, n. 3, p. 1230-1238, 1999.

NÖBREGA, M. M. L.; BARROS, A . L. B. L. Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 74-80, jan. mar. 2001.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: Gargia, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org.). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. São Paulo: Aben, 2000. p. 19-27.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2001-2002. Tradução Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 1999-2000. Tradução Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2000. 184 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Nursing diagnosis**: definitions and classification 1999/2000. Philadelphia: NANDA, 1999. 190 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Taxonomia I revised 1989**: with official diagnostic categories. Iowa: Mosby, 1990.76 p.

OLIVEIRA, H. F.; AQUINO, V. L. A.; CALBO, V. C. A percepção da enfermeira sobre o sistema de assistência de enfermagem perioperatória. **Rev. Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 97-101, set./dez.1990.

OMAN, K. S.; REILLY, E. L. Initial assessment and care in the emergency department. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St.Louis: Mosby, 1998. p. 89-106.

OREM, D. E. **Nursing**: concepts of pratice. Georgia: Mosby, 2001. 542 p.

PAI, M. M.; SOARES, M. A. L. Percepção do significado da função do cuidador por um grupo de enfermeiras e cuidadores: convergências e divergências em seus discursos. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 231-35, set. 1999.

PAIVA, S. S. **Paciente queimado**: o primeiro atendimento em um serviço público de emergência. 1997. 85 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PARTRIDGE, J. About changing faces: promoting a good quality of life for people with visible disfigurements. **Burns,** Oxford, v. 23, n. 2, p. 186-187, 1997.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidar/cuidado com famílias de adolescentes grávidas: aplicação de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural. In: BUB, L. I. R. (Coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p.139-160. (Série Enfermagem – REPENSUL).

PAVELQUEIRES, S. **Famílias**: vítimas ocultas do trauma. 2002. 228 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Riberão Preto.

PELLON, M. A. Queimadura elétrica. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras.** São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 41, p. 283-292.

PENICHE, A. C. G.; CHAVES, E. C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Rev. Latina-am. Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 45-50, jan. 2000.

PENNA, L. Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. **Psicologia-Usp,** São Paulo, v. 1, n. 2, p. 167-174, 1990.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.

PERLINI, N. M. O. G. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio**: o fazer do cuidador domiciliar. 2000. 123 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PICCOLO, M. T. S.; PICCOLO, N. S.; PICCOLO, M. S. O processo de cicatrização. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 79, p. 583-594.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

POLIT, D.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. 391 p.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. cap.171, p. 1232-1428.

POZO, J. I. Estratégias de aprendizagem. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 176-197.

PRICE, B. **Body image**: nursing concepts and care. Great Britain: Prentice Hall, 1990a.

PRICE, B. A model for body-image care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 15, p. 585-593, 1990b.

RAYMOND, et al. Quality of sleep and daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. **Pain**, v. 92, p. 381-388, 2001.

RESENDE, M. M. de C. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King**. 1998. 116 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RICCIO, G.M.G. et al. Diagnóstico de enfermagem dos pacientes submetidos a terapêutica trombolítica**. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v.4, n.3, maio./jun. 1994.

RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing Process**: conceptual models. 4. ed. St. Louis: Mosby, 1990. cap. 7, p. 132-137.

ROBERT, R. et al. Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. **Burns**, Oxford, v. 26, p. 349-352, 2000.

RODRIGUES, M. F. **Buscando um marco conceitual e uma metodologia baseados em Imogene King**: experiência em clientes diabéticos. 1992. 143 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ROSSI, L. A. **O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras:** o significado cultural atribuído por familiares. 2001. 89 f. Tese (Livre Docência)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 41-62.

ROSSI, L. A. et al. Nursing diagnoses in family members of burns patients. In: The 12th Congress of the international Society for Burn Injuries. Yokohama: Japan, Aug./ 2004. p. 177.

_____. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 4, p. 401-404, 1998a.

_____. Childhood burn injuries: circunstances of occurrences and their prevention in Ribeirão Preto, Brazil. **Burns**, Oxford, v. 24, n. 5, p. 416-419, 1998b.

_____. Perfil dos diagnósticos de enfermagem de uma clientela de portadores de queimadura. **Ciência y Enfermaria**, Chile-Concepcion, v. 4, n. 1, p. 55-62, 1998c.

_____. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-36, jul. 2000.

ROSSI, L. A. et al. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 154-64, jun. 2000a.

RUTAN, R. L. Psysiolog response to cutaneous burn injury. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St.Louis: Mosby, 1998. p. 421-438.

SACRAMENTO, A. L. et al. Terapia nutricional no paciente queimado. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 38, p. 257-274.

SANTOS, R. A .; CANTINHO, F. A . F.; SANTOS, F. G. Queimadura, dor e anestesia. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 38, p. 113-122.

SANTOS, S. M. A. **Prática assistencial de enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King**. 1990. 132 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHERER, Z. A. P.; LUÍS, M. A. V. Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura. **Acta Paul. Enf.**, v. 11, n. 2, p. 64-70, maio/ago. 1992.

SENA, C. A. et al. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 27-38, jan. 2001.

SHENKMAN, B.; STECHMILLER, J. Patient and family perception of projected functioning after discharge from a burn unit. **Heart & Lung**, v. 16, n. 5, p. 490-496, Set. 1987.

SHETH, H.; DZIEWULSKI, P.; SETTLE, J. A .D. Self-inflicted burns: a common way of suicide of the Asian populations. A 10 year retrospective study. **Burns,** Oxford, v. 20. n. 4, p. 334-335, 1994.

SILVA, B. P. FERREIRA, E. M. S.; MATHEUS, M. D. L. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A . **Tratamento de queimaduras**: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

SILVA, M. A. L. Tratamento das queimaduras químicas. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 42, p. 293-298.

SILVA, M. J. P.; GRAZIANO, M. U. Abordagem pasicosocial na assistência ao apciente adulto hospitalizado. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 30, n. 2, p. 291-296, ago. 1996.

SILVA, R. M. C. R. A.; CRUZ, I. C. F. Diagnóstico de enfermagem a partir da taxonomia da NANDA em clientes deficientes visuais. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 57-69, maio, 1994.

SILVEIRA, M. L. Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. **Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 58-64, jul./dez. 2000a.

SILVEIRA, T. M. O sistema familiar e os cuidados com pacientes portadores de distúrbios cognitivos. **Textos envelhecimentos**, v. 3, n. 4, p. 13-28, 2000b.

SOARES, E. Departamento de emergência – primeiro atendimento ao paciente queimado: intervenção de enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 243-251, jun. 1998.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. **Introdução à estatística médica**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2002. 300 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. Curso nacional de normatização de atendimento ao queimado. São Paulo, out. 2003. 1 CD-rom.

SOUSA, L. S. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. (Ed.). **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 30-50.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão preto, v. 10, n. 3, p. 446-447, maio/jun. 2002.

SOUZA, D. A.; MARCHESAN, W. G.; GREENE, L. J. Epidemiological data and mortality rate of patients hospitalized with burns in Brazil. **Burns**, Oxford, v. 24, p. 433-438, 1998.

SOUZA, D. A. et al. Epidemiological data of patients hospitalized with burns and other traumas in some cities in the southeast of Brazil from 1991 to 1997. **Burns**, Oxford, v. 28, n. 2, p. 107-114, 2002.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidativos. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. p. 29-39.

SQUYRES, V.; LAW, E. J.; STILL, J. M. Self-inflicted burns. **J. Burn Care Rehabil.** v. 14, n. 4, p. 476-479, 1993.

SUMMER, G. J.; HANSEN, F. L.; SHARAR, S. R. Perioperative care. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St.Louis: Mosby, 1998. p. 249-292.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidado. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 835 p.

TUOHIG, G. M. et al.. Self-inflicted patient burns suicide versus mutilation. **Journal Burn Care Rehabil.**, v. 16, n. 4, p. 429-436, July/Aug. 1995.

TURNER, D. G. Ambulatory care of the burn patient. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St.Louis: Mosby, 1998. p. 439-455.

VIDAL, M. O . Assistência de enfermagem com o paciente queimado. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 325-327.

VIEGAS, K. **Domicilium**: novas tecnologias de cuidado para a enfermagem. 2001.140 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

VIEIRA, C. S. **Os diagnósticos de enfermagem na taxonomia da NANDA de mulheres com filho prematuro hospitalizado**. 2000. 155 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VIEIRA, J. M. Avaliação nutricional. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 39, p. 275-282.

VOLPATO, M. P.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem em clientes internadas em unidade médico-cirúrgica. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM,6./ SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM, 1., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEn, ago. 2002.

WALDING, M. F. Pain, anxiety and powerlessness. **Journal Of Advanced Nursing**, v. 16, p. 388-397, 1991.

WARD, R. S.; SAFFLE, J. R. Topical agents in burn and wound care. **Phys. Ther**., v. 75, n. 6, p. 526-538, Jun. 1995.

WATKINS P. N., et al. Postburn psychologic adaptation of family members of patients with burns. Journal of Burn Care & Rehabilitation, v. 17. n. 1, jan./feb. 1996.

WEBER, J. M. Epidemiology of infections and strategies for control. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and terapy**. St.Louis: Mosby, 1998. p. 185-212.

WEBER, J.; MCMANUS, A. **Infection control in burn patients. Burns**, Oxford, v. 30, n. 8, p. A16-A24, 2004.

WERNECK, G. L., REICHENHEIM, M. E. Paediatric burns and associated risk factors in Rio de Janeiro, Brazil. **Burns**, Oxford, v. 23, n. 6, p. 478-483, 1997.

WICKS, M. N. Family health as derived from King's framework. In: FREY, M. A.; SIELOFF, C. L. **Advancing King's systems framework and theory of nursing**. London: SAGE Publications, 1995. p. 97-108.

WRIGTH, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families**: a guide to family assessment and intervention. 2nd ed. Philadelphia: F.A.davis, 1994. 233 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO, 1990. p. 69-73. (Technical Report Series, 797).

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Tradução Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2001. 204 p.

ZARGHAMI, M.; KHALILIAN, A . Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. **Burns**, Oxford, v. 28, p. 115-119, 2002.

APÊNDICE A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – USP
PÓS-GRADUAÇÃO – ÁREA FUNDAMENTAL

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PACIENTE ADULTO QUEIMADO

1- DADOS REFERENTES AO SISTEMA PESSOAL
IDENTIFICAÇÃO
Nome: _____**Idade**: _____ **Cor**: _____ **Sexo**: _____
Endereço: _____ **Nº:** _____
Bairro: _____**Cidade**: _____**Estado**:_____ **Tel. Contato**:_____
Naturalidade: _____ **Procedência**: _____

REFERÊNCIA :
O (a) paciente foi encaminhado (a) pela unidade de saúde ( ) sim ( ) não
Se afirmativo, qual foi a unidade de saúde de referência?: _____
Houve atendimento prévio do (a) paciente anterior à internação? ( ) sim ( ) não
Se negativo, descrever como o (a) paciente chegou ao hospital: _____
_____

HISTÓRIA PREGRESSA:
( ) Diabetes ( ) Insuficiência renal ( ) Tabagismo
( ) Etilismo ( ) Insuficiência cardio-respiratória
( ) Traumato-ortopédico ( ) Uso de drogas
( ) outras: _____
_____

Informações adicionais: _____
_____
_____
Tratamento anterior: _____
_____
SOBRE O ACIDENTE POR QUEIMADURAS E A INTERNAÇÃO
Data do acidente: _____/_____/_____
Tempo de ocorrência entre o acidente e a internação: _____
Data da internação: _____/_____/_____ **Data da alta**: _____/_____/_____
Tempo de pós-queimadura: _____
Local: _____ **Ambiente: aberto** ( ) **fechado** ( )
Agente causador da queimadura: _____
Tipo da queimadura: ( ) térmica ( ) elétrica ( ) química ( ) radiação
Tipo de acidente:( ) acidente domiciliar ( ) acidental ( ) agressão
( ) tentativa de auto-extermínio ( ) acidente de trabalho
Motivo da queimadura:_____
_____
_____

Ocorrência do acidente: _____
_____
_____
Tratamento atual da queimadura: _____
_____
_____

Profundidade: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau **SCQ:** _____%

Nº cirurgias realizadas: ( ) uma ( ) duas ( ) três ( ) quatro ( ) mais
Data da primeira cirurgia: _____/ ____/ ____ **Última cirurgia**: ____ / ____ /_____

Intercorrências: Pré-operatório: _____
Trans-operatório: _____
Pós-operatório: _____

RESULTADOS DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO

Data			
Hemácias x 10^3			
Hemoglobina %			
Hematócrito			
Plaquetas x 10^3			
Leucócitos x 10^3			
Linfócitos %			
Glicose mg %			
Creatinina mg%			
Sódio mEqV			
Potássio mEgV			
Cloretos mEgV			
Albumina g/d %			
Uréia mg %			

Outros:
_____
_____
_____
_____
_____

Observações complementares do prontuário (psicologia, fisioterapia, nutricionista, assistente social, outros) _____
_____
_____
_____

CONDIÇÕES ATUAIS DO (A) CLIENTE

Voz: ( )forte ( )fraca ( )trêmula ( ) outras: _____
Expressão facial: ( ) sereno e tranqüilo ( ) agressivo ( ) choroso ( ) deprimido
( ) abatido ( ) apático ( )triste ( ) outras: _____
Postura: ( )relaxado ( ) tranqüilo ( ) tenso ( ) nervoso ( ) agitado ( ) impaciente
( ) irritado ( ) passivo ( )alerta ( )defensiva ( ) outras: _____

Condições de higiene: ( ) adequadas ( ) inadequadas
Vacina AT: ( ) completa ( ) incompleta
Alergia: ( ) sim ( ) não Se afirmativa, qual produto/substância? _____
Costuma auto-medicar-se? ( ) sim ( ) não
Está tomando algum remédio? ( ) sim ( ) não
Se afirmativo, qual (ais)? _____

Outras alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

FR: _____ mpm. **Respiração**: ( ) espontânea ( ) murmúrios vesiculares
( ) sibilos ( ) roncos
Expansão torácica: ( ) simétrica ( ) assimétrica ( ) desconforto respiratório
( ) batimento de asa de nariz
Extremidades: ( )coradas ( )descoradas ( )cianóticas
Tosse: ( ) presente ( )seca ( )produtiva característica da secreção: _____
( ) ausente
Queimadura de vias aéreas: ( ) sim ( ) não
Inalação de fumaça: ( ) sim ( ) não
Outras alterações: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR
PA: _____ mmHg **FC**: _____ bpm. ( ) rítmico ( ) arrítmico
Pulsos periféricos: ( ) rítmico ( ) arrítmico ( ) cheio ( ) forte ( ) fino
Presença de edema: ( ) ausente ( ) presente
Localização: _____
Punção venosa: ( ) periférica ( ) central **Local:** _____
Motivo: _____
Outras alterações: _____

SISTEMA NERVOSO E ESTADO MENTAL
Acuidade: Visual: ( ) ( ) óculos ( ) prótese
_____
_____
Auditiva: ( ) ( ) prótese
Olfativa: ( ) _____
Gustativa: ( ) _____
Tátil: ( ) Local: _____
Legenda: PD: preservada direita PE: preservada esquerda PDE: preservada direita e esquerda AD: alterada direita AE: alterada esquerda ADE: alterada direita e esquerda
P: preservada A: alterada

Orientado: ( ) sim ( ) não
Pessoa: Qual é o seu nome? _____
Quantos anos você tem? _____
Qual é a data de seu nascimento? _____
Lugar: Onde você está agora? _____
Onde você mora? _____
Com quem você mora? _____

Estado de atenção: ( ) atento ( ) desatento ( ) sonolento ( ) confuso
( ) agitado Outros ( ) _____
Concentração: _____

Memória: **recente** (curto prazo) _____
_____
_____
_____
Remota (longo prazo) _____
_____
_____
_____
Sono e repouso habitual: horas de sono/ dia: diurno: _____ h noturno: _____ h
Sono e repouso no hospital: horas de sono/dia: diurno: _____h noturno: _____h
Sente-se repousado quando acorda? ( ) sim ( ) não
Se a resposta for negativa, justifique: _____
_____
_____
Dorme sem interrupção: ( ) sim ( ) não
Se a resposta for negativa, responda: porque você desperta durante o sono?
_____
_____
_____
Verbaliza insônia (dificuldade para dormir?) ( ) sim ( ) não
Porque? _____
Uso de medicação: _____
Verbaliza pesadelos: ( ) sim ( ) não **Qual é o conteúdo do pesadelo?**_____
_____
_____
_____
Dor: ( ) sim ( ) não **Tipo**: ( ) aguda – 6 meses ( ) crônica + 6 meses
Intensidade da dor: (1) (2) (3) (4) (5)
1- não sente dor 2- sente pouca dor 3- sente dor moderada 4- sente muita dor 5- sente dor intensa
_____
_____
Localização da dor: _____
_____
Alivia com: _____
Associada a: ( ) posição ( ) alimentação ( ) exercício
( ) procedimentos médicos e de enfermagem ( ) repouso
( ) atividades de rotina diária ( ) outras: _____
Como você descreve a sua dor?
_____
_____
Outras alterações: _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL
Peso usual: _____ Kg **Peso atual**: _____ Kg **Altura**: _____
Estado nutricional: _____
Característica do abdômen: ( ) plano ( ) distendido ( ) globoso ( ) escavado

Presença: ( ) náusea ( ) vômito **Presença de sonda e dreno**: _____
Apetite: ( ) sem alteração ( ) aumentado ( ) reduzido
Se reduzido, especificar: _____
_____
Se aumentado, especificar: _____

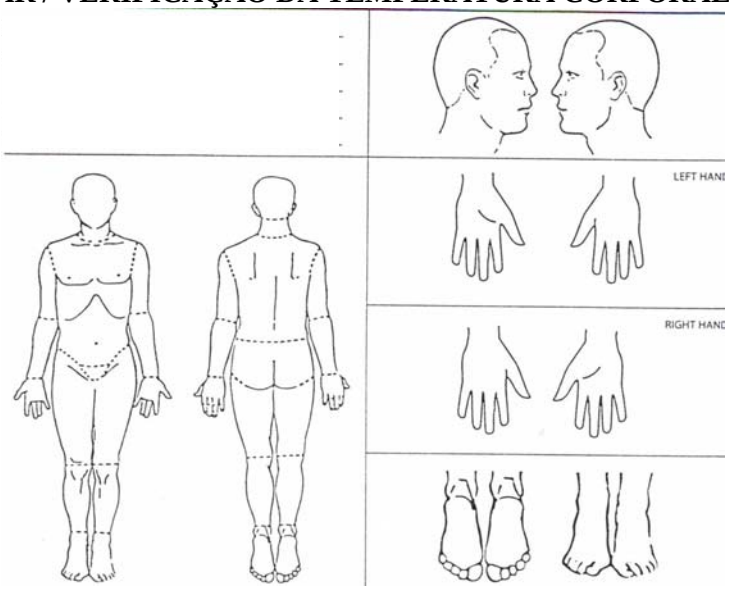
Hábitos alimentares anterior à hospitalização: _____
_____
_____
_____

Hábitos alimentares no hospital:
Café de manhã: _____
Almoço: _____
Lanche da tarde: _____
Jantar: _____
Outras dietas: _____
Cavidade oral: ( ) preservada ( ) prejudicada
Especificar: _____
Mucosas: ( ) íntegras ( ) não íntegras **Especificar**: _____
Dentição: ( ) completa ( ) incompleta
Presença de prótese dentária: ( ) superior ( ) Inferior
Deglutição: ( ) preservada ( ) prejudicada Justifique: _____
Mastigação: ( ) preservada ( ) prejudicada Justifique: _____
Houve prescrição de dieta precoce? ( ) enteral ( ) parenteral
Houve prescrição de dieta e/ou medicação suplementar? ( ) sim ( ) não
Qual (ais)? _____
Freqüência da eliminação intestinal habitual: _____ **Hospital:** _____
Característica habitual: _____ **Hospital:** _____
Sons abdominais: ruídos hidroaéreos ( ) presente ( ) ausente ( ) diminuído _____
Outras alterações: _____

SISTEMA GENITOURINÁRIO
( ) cateterização intermitente ( ) cateter vesical de demora
( ) diurese espontânea ( ) ostomia
Volume urinário: _____ ml/ 24 h **Odor**: característico ( ) fétido ( )
Apresenta dor à micção? sim ( ) não ( )
Órgãos sexuais: ( ) preservados ( ) comprometidos
Hidratação: ingestão de líquidos: _____ ml/24 h. **Tipo de líquido?** _____
Outras alterações: _____

SISTEMA TEGUMENTAR / VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

Áreas atingidas e profundidades:
( ) couro cabeludo
( ) região torácica posterior
( ) região torácica anterior
( ) região cervical
( ) face
( ) abdomen
( ) MSD
( ) MSE
( ) MID
( ) MIE
( ) mão direita
( ) mão esquerda
( ) pé direito
( ) pé esquerdo
(1)1º grau (2) 2º grau
(3) 3º grau



SCQ: _____%
Temperatura corporal:_____ º C.

Pele: ( ) hiperpigmentação ( ) intolerância ao frio ( ) calor ( ) hidratada
( ) desidratada ( ) áspera ( ) espessa ( ) fina ( ) hipersensibilidade ( ) frágil
Tratamento das lesões: ( ) escarotomia ( ) desbridamento cirúrgico
( ) curativo ( ) enxertia
Curativo: ( ) aberto ( ) fechado
Especificar: _____
Enxertia:_____
_____
Houve infecção nas lesões? ( ) sim ( ) não **Local:** _____
_____
Tratamento: _____
Estado das lesões parciais:
Local (ais): _____
_____

Estado das lesões totais:
Local (ais): _____
_____
( ) processo de integração do enxerto ( ) cicatrizada e limpa ( ) vesícula
( ) prurido leve ( ) prurido moderado ( ) prurido intenso
( ) erosão ( ) úlcera de pressão ( ) crosta ( ) fissura
( ) cicatrização hipertrófica
( ) retrações
( ) quelóide
Avaliação da cicatriz
Área de 2º grau: local (ais):
_____
_____
Medicação aplicada na área afetada: _____

Freqüência: _____ **Horário:** _____
Uso de massagens: _____ ( ) cremes ( ) pomadas
Uso de malha compressiva: ( ) sim ( ) não **Freqüência**: _____
Uso de silicone: ( ) sim ( ) não
Deformidade? ( ) sim ( ) não **Desfiguramento?** ( ) sim ( ) não
Local: _____
Extensão: _____
_____
Outras alterações: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO
( ) destro ( ) canhoto ( ) ambidestro
Presença de tremores na mão: ( ) direita ( ) esquerda
Atividade motora: ( ) preservada ( ) limitada
Especificar: _____
_____
Amplitude de movimentos:
MSD: ( ) preservada ( ) limitada MSE ( ) preservada ( ) limitada
Se limitada, especificar _____
_____
MID: ( ) preservada ( ) limitada MIE ( ) preservada ( ) limitada
Se limitada, especificar _____
_____

Força muscular

MSD: ( ) preservada ( ) limitada MSE ( ) preservada ( ) limitada
Se limitada, especificar _____
_____
MID: ( ) preservada ( ) limitada MIE ( ) preservada ( ) limitada
Se limitada, especificar _____
_____

Mobilidade física

( ) Escore: **1**- necessita de ajuda total para movimentar-se **2**- necessita de apoio, quando colocado sentado, não mantém o equilíbrio. Ou necessita de restrição mecânica que lhe restringe a mobilidade física (confusão mental, agitação psicomotora)
3- necessita de ajuda parcial para deitar-se, levantar-se e sentar-se. **4**- apesar das dificuldades, consegue mover-se sozinho, utilizando o lado não comprometido pelo trauma **5**- pode deitar-se, mudar o decúbito na cama, levantar-se, sentar-se na cadeira de forma independente.

Uso de próteses ( ) **deformidades** ( )
Marcha: ( ) estável ( ) instável **Uso de equipamentos auxiliares**: _____

Realiza fisioterapia? Sim ( ) não ( ) _____ sessões/semana
Local: ( ) hospital ( ) domicílio ( ) unidade de fisioterapia especializada
Continuará realizando após alta hospitalar? ( ) sim ( ) não Onde? _____
Outras alterações: _____

PERCEPÇÃO DO (A) CLIENTE
Imagem corporal
Verbaliza mudança ou perda na:
( ) aparência do corpo ( ) estrutura do corpo ( ) função do corpo
Em qual parte do corpo houve essa mudança ou perda? _____
O que você sentiu quando percebeu essa mudança? _____
_____
Você tem tocado a parte afetada pela queimadura? ( ) sim ( ) não
Se a resposta for negativa, responda porque?

( ) receio de machucar
( ) sente dor ao tocar a área afetada
( ) sente medo pela mudança da aparência da parte queimada
( ) não quer olhar, nem tocar a parte afetada para esquecer o acidente
( ) outras: _____
Você se sentia satisfeito (a) com a aparência de seu corpo antes do acidente?

( ) sim ( ) não
E agora? _____
_____
Houve mudança na função do seu corpo (atividades ou tarefas que fazia antes e que agora estão comprometidas) **após as queimaduras?** ( ) sim ( ) não
Quais foram as funções afetadas? _____
_____
Na sua opinião é preciso melhorar a sua aparência e a função do seu corpo?

( ) sim ( ) não Como?_____
_____
Você precisa de ajuda para melhorar a sua aparência e a função do seu corpo?

( ) sim ( )não
Quem poderia ajuda-lo (la) e de que maneira? _____

Percepções sobre o auto-cuidado:
Atividades diárias:
( ) **ALIMENTAÇÃO –** capacidade de mastigar e engolir, manusear utensílios, trazer alimentos até a boca
( ) **VESTUÁRIO –** capacidade de pôr e tirar roupas do corpo, pegar e guardar roupas
( ) **HIGIENE CORPORAL** – capacidade de lavar o corpo ou partes do corpo, manusear os artigos de banho, secar o corpo, entrar e sair do banheiro
( ) **HIGIENE ORAL –** capacidade de realizar a escovação e a limpeza da cavidade oral e da prótese dentária, manusear os artigos dentários, entrar e sair do banheiro
( ) **ELIMINAÇÃO –** capacidade para defecar e urinar utilizando o vaso sanitário, realizar a higiene das parte íntimas, dar descarga, entrar e sair do banheiro
( ) **DEAMBULAÇÃO –** capacidade para andar a pé pelo ambiente ou se locomover para um outro local
Legenda: 1: dependente, não participa; **2**: requer auxílio de pessoas e aparelho;
3: requer auxílio de pessoas; **4**: independente com o auxílio de aparelhos;
5: apesar da limitação de amplitude e/ou força muscular, realiza a atividade de autocuidado de forma independente **6**-completamente independente

Percepções sobre a auto-estima e a auto-realização
Como você se via antes do acidente e após o acidente?
_____
_____
_____
_____
_____

Verbalização:
( ) autonegativas ( ) incapacidade para lidar com as situações
( ) sentimento de desvalorização de sua capacidade ( ) sentimento de rejeição
( ) sentimento de desemparo
Especificar:_____
_____

Como está o seu relacionamento afetivo com a sua companheira?

( ) falta de interesse ( ) mudança na relação afetiva com o (a) companheiro (a)
( ) limitações percebidas por causa das lesões de queimaduras ( ) mudança no desejo sexual ( ) não houve alteração pós-acidente
Especificar: _____
_____

Como a queimadura poderá afetar a sua vida? _____

2 – DADOS REFERENTES AO SISTEMA INTERPESSOAL
Verbalização: ( ) preservada ( ) prejudicada
Se prejudicada:

( ) diminuída ( ) recusa em falar ( ) desorientação temporal-espacial
( ) verbaliza de maneira desconexa ( ) gagueira ( ) condição fisiopatológica
( ) estresse ( ) ininterrupta/ofegante ( ) reação colateral à medicação
( ) alteração do SNC ( ) barreira física ( ) incapaz de chegar ã conclusão do tema
( ) salta de um assunto para outro
Especificar:
_____
_____

Comunicação (Capacidade de enviar, receber mensagens e utilizar sistema de símbolos)

( ) comunica-se verbalmente de forma compreensível
( ) comunica-se verbalmente, mas pouco confuso, pouco compreensível
( ) comunica-se verbalmente, mas bastante confuso e às vezes incompreensível
( ) não se comunica verbalmente, mas por meio de gestos e sinais
( ) não reage a estímulos verbais e não se comunica verbalmente

Recebe visitas?

( ) Colegas do trabalho ( ) vizinhos ( ) família ( ) parentes ( ) amigos
( ) namorado ( ) outros_____

Como você se sente agora?

( ) tranqüilo ( ) seguro ( ) satisfeito ( ) despreocupado ( ) aliviado
( ) apreensivo ( ) medo ( ) irritado ( ) agitado ( ) angustiado ( ) nervoso
( ) preocupado ( ) aflito ( ) inquieto ( ) confuso ( ) assustado
( ) ameaçado ( ) outros _____
_____
_____
_____
_____
_____

Em que grau a queimadura contribuiu para a ocorrência desses sentimentos?

(1) (2) (3) (4) (5)
Escore: 1- não contribuiu, 2- contribuiu pouco, 3- contribuiu razoavelmente, 4- contribuiu bastante, 5- contribuiu totalmente.
_____
_____
_____
_____
_____

R**elação interpessoal**
( ) comunica-se com os colegas de enfermaria
( ) comunica com a equipe de saúde
( ) permanece sozinho
( ) participa ativamente do tratamento
( ) não adere ao tratamento, isolando-se
( ) demonstra cordialidade: ( ) equipe de saúde ( ) família ( ) amigos ( ) funcionários
( ) atitude arredia e desconfiada
( ) demonstra afeto: verbaliza ( ) gestos ( ) expressão facial ( )
( ) participa na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde

3 – DADOS REFERENTES AO SISTEMA SOCIAL

Papel: situação ocupacional:
( ) licença médica ( ) aposentado ( ) desempregado ( ) autônomo
Qual a sua ocupação/ profissão? _____
Onde você trabalha? _____
Qual é o seu sentimento em relação ao seu trabalho?

( ) satisfatório ( ) insatisfatório
Qual é a sua função/ atividade neste local de trabalho? _____
_____
_____
_____

Pretende retornar ao trabalho após a alta hospitalar? ( ) sim ( ) não
Especificar:
_____
_____
_____
_____

Atividades pós-acidente que preenche o dia: _____

Mora com: ( ) pais ( ) familiares ( ) amigos ( ) sozinho Outros: _____
Condições sócio-econômicas: moradia: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida
Ventilação: ( ) boa ( ) regular ( ) ruim
Iluminação: ( ) boa ( ) regular ( ) ruim **Qual?** _____
Número de cômodos: _____ **Número de pessoas**: _____
Abastecimento de água: ( ) sim ( ) não ( ) **esgoto**: ( ) sim ( ) não
Renda familiar: _____ **Maior contribuição com a renda familiar**: _____
Condições da área ou região de moradia: ( ) insalubre ( ) não insalubre ( ) área de pequena criminalidade ( ) área de alta criminalidade
Acesso: ( ) difícil ( ) fácil ( ) condições seguras das vias de acesso viário
( ) condições inseguras das vias de acesso viário
Área de risco? ( ) sim ( ) não
Porque? _____

Freqüenta escola? ( ) Sim ( ) Não **Se não, porque parou de estudar?**
_____
_____
O que você mais gosta de fazer para se distrair e divertir?

_____
Você tem sentido falta de recreação e lazer? ( ) sim ( ) não
( ) hospital ( ) domicílio
_____
_____
Religiosidade: religião: _____ **Praticante?** ( ) sim ( ) não
Participa de evento com a comunidade religiosa? ( ) sim ( ) não
Qual? _____
Pretende continuar esta atividade religiosa? ( ) sim ( ) não
Você pensa que a queimadura modificou a sua fé? ( ) sim ( ) não
Como? _____
Você tem solicitado assistência religiosa? ( ) sim ( ) não
Você acha que a família terá dificuldades econômicas para continuar o tratamento após a alta hospitalar? ( ) sim ( ) não

Em sua família quem exerce a maior autoridade e toma as decisões? _____

Você acha que houve alteração de funções e papéis desenvolvidos na sua família com a sua hospitalização? ( ) sim ( ) não
Que tipo de alteração ocorreu? _____
Como é o seu relacionamento com os familiares? ( ) bom ( ) regular ( ) ruim
Se a resposta for ruim, fale porque? _____

Como é o relacionamento entre os seus familiares?

( ) bom ( ) regular ( ) ruim
Porque? _____
_____
Qual é a pessoa em quem você mais confia e lhe dá apoio? _____
E na comunidade com quem você pode contar? _____

Você tem recebido a visita de seus familiares?

( ) sim ( ) não Especificar _____
Como a sua família reagiu quando soube do seu acidente e hospitalização?:
_____
_____
Como a família resolve as situações de problemas de saúde?:_____
_____
Quem é (será) a pessoa que ajudará nos cuidados em domicílio?. _____
Qual é o grau de parentesco desse familiar?

( ) pai ( ) mãe ( )esposa ( ) marido ( ) companheira ( ) companheiro
( ) filha ( ) filho ( ) irmã ( ) irmão ( ) outros _____

Quais manifestações a sua família têm apresentado em relação à sua queimadura?

( ) irritação ( ) tristeza ( ) agressividade ( ) hostilidade ( ) negligência ( ) abandono
( ) desconsideração das suas necessidades ( ) apoio ( ) promoção de seu bem-estar
( ) cuidados de saúde ( ) promoção de sua adaptação no ambiente domiciliar
( ) conforto ( ) carinho e afeto ( ) ajuda nas despesas com o tratamento
( ) redução dos fatores de risco para a progressão de sua doença e seqüelas
Outras:
_____
_____
Você tem conhecimento sobre o seu estado de saúde? ( ) sim ( ) não
Você gostaria de mais informações? ( ) sim ( ) não
Quais? _____
_____
_____
_____
Você tem sido recebido informações sobre como cuidar-se após alta hospitalar?

( ) sim ( ) não
Quem tem informado? _____
O que mais preocupa você ao receber alta hospitalar? _____

O que pretende fazer para diminuir esta preocupação? _____
_____
_____
_____
_____
Quando você observou a queimadura e suas lesões pela primeira vez, como se sentiu?
_____

E agora como você se sente? _____
_____

O que mais incomoda você no momento? _____
_____
_____
_____

Há algum problema que surgiu após o acidente? _____
_____
_____
_____

Quais os problemas que permaneceram após a queimadura?_____
_____
_____

O que você tem feito para resolver estes problemas?

Há necessidade de ajuda para resolver estes problemas? Quem poderia ajudar e de que maneira
_____
_____
_____
_____
_____

Assinatura da pesquisadora: _____ COREn: _____
Local: _____Data: ____/____/___

APÊNDICE B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – USP
PÓS-GRADUAÇÃO – ÁREA FUNDAMENTAL

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO MEMBRO FAMILIAR

1- DADOS REFERENTES AO SISTEMA PESSOAL

Identificação Familiar
Nome da família: _____ Parentesco: _____
Endereço (caso o(a) cliente seja solteiro, viúvo, separado e reside sozinho)
_____

Idade do cuidador: _____ **Sexo**: _____ **Escolaridade**: _____
Local de trabalho: _____
Cargo/Função: _____ **Estado civil**: _____
Doença?: _____
_____
_____
_____
_____

Composição familiar

Nome	Idade	Grau de instrução	Estado civil	Contribuição p/ renda fam	Estado de saúde atual	Estado de saúde anterior

Situação de ocupação/trabalho dos membros da família:
_____
_____
_____

Função da família: afetiva ( ) socialização ( ) reprodução ( ) econômica ( ) cuidado de saúde ( ) promover o crescimento e desenvolvimento de seus membros ( ) Especificar as funções realizadas e não realizadas:
_____
_____

Algum membro da família presenciou o acidente? Sim ( ) Não ( )
Se a resposta for afirmativa, responda quem foi essa pessoa ?
_____
Como ocorreu o acidente? Em que situação?_____

Como você se sente agora que o seu familiar vai receber alta do hospital e retornará para casa?_____

Algum membro da família tem acompanhado o (a) cliente durante a internação hospitalar? Sim ( ) não ( ) Qual (ais)?_____

Quem cuidadará do cliente no domicílio?_____
Como o cuidador foi escolhido para acompanhar o cliente?

_____

_____

Qual será o tempo (horas diárias) disponível do cuidador para cuidar do familiar em casa?
( ) 24 hs ( ) 12 hs ( ) 8 hs ( ) 6 hs ( ) 4 hs ( ) 2hs ( ) < 2 hs

Na sua opinião como a família tem reagido à doença, internação, cirurgia e tratamento?_____

_____

_____

_____

Na sua família já houve outra experiência de acidente ou doença?

Sim ( ) Não ( )

Se a resposta for afirmativa, houve necessidade de cuidados desse familiar em casa**?**

Sim ( ) Não ( ) Quem cuidou dele (dela) em casa?

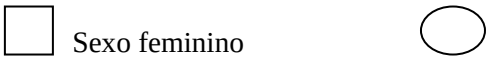
_____

2- DADOS REFERENTES AO SISTEMA INTERPESSOAL

Processo de comunicação familiar: preservada ( ) alterada ( ) Se alterada, especificar:

Genograma Familiar

Família: _____ Família: _____
paterna materna

Legenda: Sexo masculino  Sexo feminino

Tipo de interação e de vínculo:

Superinteração com forte vínculo:

Interação positiva com vínculo moderado:

Interação perturbada com vínculo débil:

Interação negativa com vínculo interrompido:

Membro familiar falecido:
Casal separado: ___

Na sua opinião existe alguma pressão por parte de membros da família ou de pessoas externas à família sobre o cuidador? De que tipo?

_____

_____

_____

Qual foi a reação da família quando informada do acidente?

_____

_____

Qual é a sua percepção sobre a atual condição do cliente?

_____

_____

O que você sentiu quando olhou pela primeira vez as lesões de queimaduras do seu familiar?_____
_____
_____

Na sua opinião quando o (a) cliente receber alta, quais serão as necessidades de cuidado dele (dela) em casa?

_____
_____
_____

Quais são as dificuldades atuais para o cuidado? _____
_____
_____
_____

Qual é o grau de importância que a família atribui para a assistência de enfermagem?

(1) (2) (3) (4) (5)

_____
_____
_____
_____

O que a enfermeira pode fazer para ajudar o cuidador e a família nos cuidados com o(a) cliente em domicílio?

( ) Orientação e informação
( ) Demonstração do cuidado com a pele e lesão do queimado
( ) demonstração de como realizar os cuidados diários de higiene corporal
( ) demonstração de como promover o conforto
( ) Outros _____
_____
_____

A família tem condição de continuar o acompanhamento e o tratamento em domicílio?

( ) domicílio favorável
( ) cliente estável clinicamente
( ) aceitação do cliente
( ) presença do cuidador familiar
( ) potencial de adesão do cliente ao tratamento
( ) condição financeira favorável
( ) aceitação do cuidador como pessoa que possa ajuda-lo

Especificar:

_____
_____
_____
_____

Na opinião da família o (a) cliente tem apresentado atitudes ou sentimentos que possam colocar em risco a sua vida?

Sim ( ) Não ( ) Especificar_____

Na opinião da família há alguma preocupação com a saúde psicológica e emocional do (a) cliente?

Sim ( ) Não ( ) Especificar_____

Como o(a) cliente tem vivido após o acidente? _____
_____

O(a) cliente manifestou mudança de comportamento quando hospitalizado?

Sim ( ) não ( ) Se afirmativo, especificar: _____
_____

Qual é o papel ou a função do cuidador em casa?

( ) doméstico ( ) criação dos filhos ( ) administração do lar ( ) trabalho

( ) provedor financeiro ( ) outros _____
_____
_____

Houve troca de papel ou função dentro da família após o acidente com o seu familiar? **Sim ( ) Não (**) Se a resposta for afirmativa,
especificar_____
_____

Quais são os comportamentos ou sentimentos apresentados pelo cuidador quanto ao acompanhamento e cuidado ao cliente?

3- **DADOS REFERENTES AO SISTEMA SOCIAL**

Identificação da rede de suporte social

( ) Mantém relacionamentos com outras famílias do bairro ou cidade
( ) Mantém relacionamentos com organizações recreativas e de lazer
( ) Mantém relacionamentos com pessoas da comunidade religiosa
( ) Mantém convênios de assistência médica e/ou odontológica
( ) Mantém relacionamentos com pessoas do trabalho de membros da família
( ) Mantém relacionamentos com associações de bairro ou entidades filantrópicas
( ) outros _____
_____

Como a família tem se comportado frente a crises acidentais?

Mudança de status (dívidas grandes, desemprego prolongado, empobrecimento, enriquecimento, mudança de domicílio):
adaptada ( ) não adaptada ( ) em adaptação ( )
_____
_____
_____

Abandono (morte na família, hospitalização, doença, suicídio):
adaptada ( ) não adaptada ( ) em adaptação ( )
_____
_____
_____

Problemas conjugais (adultério, separação, conflito, agressão):
adaptada ( ) não adaptada ( ) em adaptação ( )
_____
_____
_____
_____

Problemas psicossociais (alcoolismo, uso de drogas, delinqüência, violência urbana)
adaptada ( ) não adaptada ( ) em adaptação ( )
_____
_____
_____

Outras_____

O (a) cliente pretende retornar ao trabalho? Sim ( ) não ( ) **Em caso negativo, especificar porque**: _____
_____

Se a resposta anterior for negativa, responda como você ou sua família podem ajuda-lo (la) a retornar para o trabalho?_____
_____
_____

Na sua opinião quem exerce maior autoridade em casa?_____
Essa autoridade foi modificada em função do acidente com o membro da família? De que maneira?_____
Na sua opinião quem toma as decisões em casa? _____

A tomada de decisões foi alterada em função do acidente com o membro da família? De que maneira? _____
_____
_____
Na sua opinião haverá mudança de nível social da família após o acidente ocorrido com o seu familiar?_____
_____
_____
Como você e sua família tem enfrentado o acidente ocorrido com o seu familiar?

( ) Oferecendo apoio ao familiar acidentado
( ) Conversando entre os familiares sobre a situação de saúde do acidentado e maneiras de assegurar os seus cuidados
( ) Tomando decisões entre os familiares sobre o acompanhamento e cuidado do acidentado no hospital e no domicílio
( ) Tomando decisões sobre a continuidade da rotina doméstica e de trabalho entre os familiares após o acidente
( ) As condições psico-emocionais dos familiares não têm permitido enfrentar a situação do acidentado
( ) A família não tem conversado a respeito do acidente, limitando-se a visitar o familiar no hospital
( ) A família pretende conversar sobre a situação do acidentado quando este receber alta e retornar para casa
( ) Outros _____
_____
_____
_____

Assinatura da pesquisadora: _____ COREn: _____

Local: _____ Data: ____/____/___

APÊNDICE C

ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA (PACIENTE)

1. NOME DA PESQUISA : Diagnósticos de Enfermagem de pacientes adultos queimados e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar.

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá. COREn-MG: 26266

3. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

4. PATROCINADOR QUE APÓIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA: CAPES

5. DESCRIÇÃO DAS INFORMAÇÒES PRESTADAS AOS PACIENTES (SUJEITOS DA PESQUISA)

Os objetivos desta pesquisa são identificar os problemas de saúde de pacientes que sofreram queimaduras e verificar como estes problemas são vivenciados por eles.

Para o desenvolvimento deste estudo foi elaborado um questionário composto por várias perguntas que deverão ser respondidas por você por meio de entrevista no hospital. Caso você concorde em participar, será realizado um exame físico para completar as informações do questionário. Asseguramos que durante a realização do estudo, um problema de saúde identificado que não tenha sido avaliado anteriormente e que necessite de avaliação, será prontamente informado à equipe de saúde. Acreditamos que estudos desse tipo servem para aprimorar o planejamento da assistência de enfermagem para pacientes que sofreram queimaduras.

Este estudo não oferece qualquer risco, despesa ou desconforto para você. Caso haja algum desconforto durante a entrevista e o exame físico, pedimos que você nos informe para que possamos corrigi-lo. Esclareceremos qualquer dúvida no decorrer da pesquisa. Asseguramos que você não será identificado.

LOCAL: _____DATA:____/___/___

_____

NOME E ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu_____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam do documento "ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA", DE QUE TRATA O Projeto de Pesquisa intitulado "Diagnósticos de Enfermagem de pacientes adultos queimados e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar", que tem como pesquisadora responsável a Sra. SUELI LEIKO TAKAMTSU GOYATÁ, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido, aos riscos e aos benefícios, à forma de ressarcimento no caso de eventuais despesas, bem como a forma de indenização por danos decorrentes da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
4. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
5. O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, sendo mantido o meu tratamento.
6. O ressarcimento de eventuais despesas decorrentes da minha participação no projeto, a ser promovida pela pesquisadora.
7. Que o ressarcimento de eventuais despesas, bem como a indenização a título de cobertura material, para reparação de danos decorrentes de minha participação na pesquisa, será feito pela pesquisadora, não cabendo a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e ao Hospital Pronto Socorro de Belo Horizonte da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, qualquer responsabilidade quantos aos referidos pagamentos.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido estudo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

CI.:_____ Assinatura do Paciente: _____

COREn/MG: _____ Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE D

ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA (Familiar)

1. NOME DA PESQUISA : Diagnósticos de Enfermagem de pacientes adultos queimados e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar.

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá. COREn-MG: 26266

3. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

4. PATROCINADOR QUE APÓIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA: CAPES

5. DESCRIÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS AOS FAMILIARES (SUJEITOS DA PESQUISA):

O principal objetivo deste estudo é conhecer os problemas de saúde das pessoas que sofreram queimaduras para uma melhor organização e planejamento dos cuidados de enfermagem desenvolvidos por enfermeiros para os pacientes e seus familiares. Para o desenvolvimento deste estudo elaboramos um sistema de registro que consta de um questionário que deverá ser respondido por você. As informações obtidas serão anotadas neste questionário por meio de entrevista. Acreditamos que estudos desse tipo contribuirão para aprimorar o planejamento da assistência de enfermagem a pacientes e seus familiares que sofreram queimaduras. Caso concorde em participar deste estudo, favor datar e assinar este documento.

Este estudo não oferece qualquer risco, despesa ou desconforto para você. Caso haja algum desconforto durante a entrevista, pedimos que você nos informe para que possamos corri-lo. Asseguramos que você não será identificado.

LOCAL: _____DATA: ___/___/___

_____

NOME E ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam do documento "ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA", de que trata o Projeto de Pesquisa intitulado "Diagnósticos de Enfermagem de pacientes adultos queimados e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar", que tem como pesquisadora responsável a Sra. SUELI LEIKO TAKAMTSU GOYATÁ, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido, aos riscos e aos benefícios, à forma de ressarcimento no caso de eventuais despesas, bem como a forma de indenização por danos decorrentes da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

8. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
9. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.
10. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
11. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
12. O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto.
13. O ressarcimento de eventuais despesas decorrentes da minha participação no projeto, a ser promovida pela pesquisadora.
14. Que o ressarcimento de eventuais despesas, bem como a indenização a título de cobertura material para reparação de danos decorrentes de minha participação na pesquisa, será feito pela pesquisadora, não cabendo a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e ao Hospital Pronto Socorro de Belo Horizonte da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, qualquer responsabilidade quantos aos referidos pagamentos.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido estudo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

CI.:_____ Assinatura do Familiar: _____

COREn/MG: _____ Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE E

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

O exemplo selecionado para mostrar o uso do genograma e do ecomapa familiar apresenta características ilustrativas de como o paciente e seus familiares resolvem os problemas decorrentes do acidente por queimaduras de uma pessoa da família. O caso selecionado foi o da família 3 referente à paciente que sofreu queimadura térmica, vítima de acidente domiciliar por óleo quente.

FAMÍLIA 3

Avaliação Estrutural

O familiar é esposo da paciente, pertence à família 3, exerce a profissão de pintor de residências e de prédios, tem ensino fundamental completo. A família é composta por 4 pessoas: esposo (26 anos), paciente (23 anos), um filho de 5 anos e outro filho de 1 ano e 9 meses de idade. O esposo (membro familiar) é o único provedor financeiro da família e o seu salário de R$ 500,00 é a única renda para o sustento familiar. Relata que com o acontecimento ficou mais próximo dos filhos e da esposa. Passou a dar mais atenção, carinho e reconhecer o valor da esposa.

As figuras 2 e 3 ilustram a estrutura, a interação e o vínculo de membros da família 3.

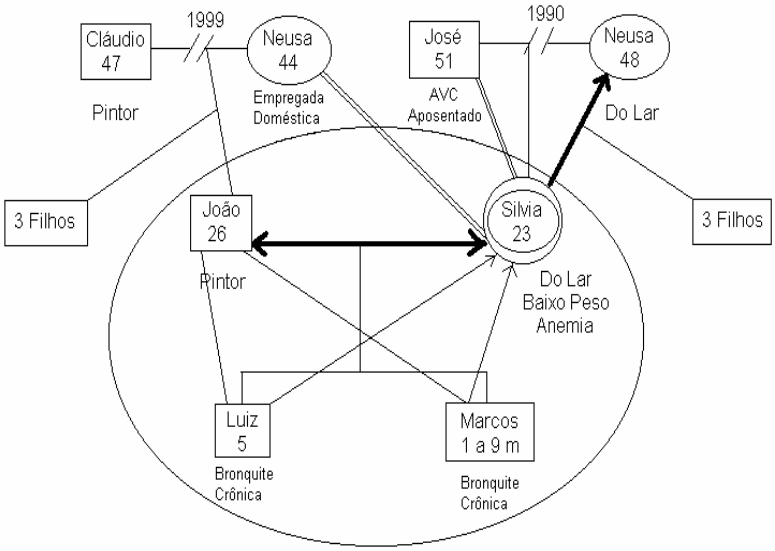


Figura 2 – Genograma da Família 3

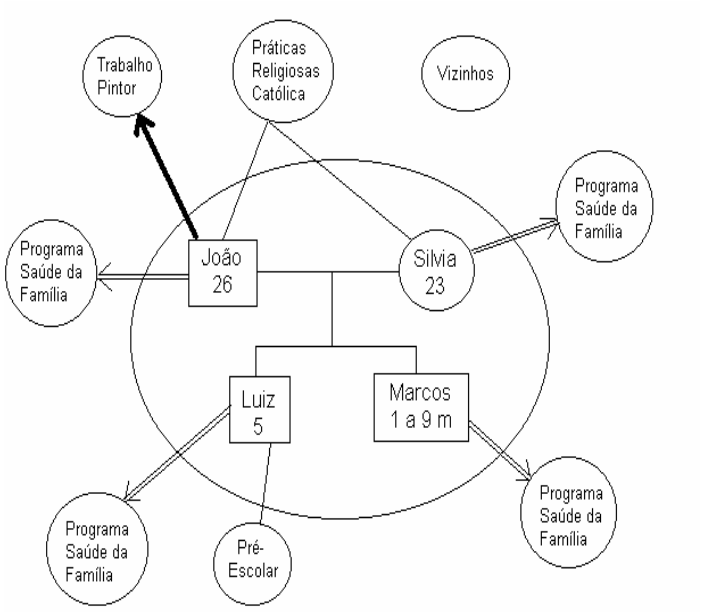


Figura 3 – Ecomapa da Família 3.

O maior vínculo e interação de Sílvia (paciente que sofreu queimaduras) são com o marido e com a mãe. Os pais de Sílvia são separados há 14 anos. O pai e a mãe casaram-se novamente e constituíram família. O pai da paciente foi vítima de acidente vascular cerebral, apresentando seqüelas e sua atual esposa é a cuidadora familiar. Os pais do membro familiar (esposo da paciente) são também separados, mas apenas o seu pai casou-se novamente. Perguntado qual é o seu sentimento e o da esposa em relação à separação dos pais. O membro familiar respondeu:

'A minha família já superou a separação dos meus pais e convive com a atual família dele e a minha esposa não guarda mágoa de nenhum dos dois e convive normalmente'.

Segundo informações do familiar, o pai da paciente reside no interior do Estado, 'minha esposa e os meninos viajam todo ano para visitar os pais dela'. Observou-se pelas informações fornecidas pelo familiar que a comunicação interna da família está preservada mesmo com a separação dos pais

Sobre a situação de saúde dos filhos, o familiar informou que a sua família é cadastrada no Programa Saúde da Família (PSF). A equipe de saúde do PSF visita a sua família periodicamente e acompanha o desenvolvimento e crescimento de seus filhos de forma sistemática. O familiar informa que as crianças têm acompanhamento pediátrico periódico e fazem tratamento para a bronquite crônica na unidade de saúde, onde a equipe do PSF é vinculada. A paciente também faz

tratamento para anemia nessa unidade de saúde desde o nascimento de seu segundo filho. Segundo informações do familiar, os filhos encontravam-se assintomáticos quando da realização da entrevista. O familiar e a paciente apresentavam mecanismos de enfrentamento à doença crônica dos filhos de forma adequada, dividindo responsabilidades e mantendo um nível apropriado de comunicação familiar. O familiar acompanha os filhos ao pediatra junto com a esposa sempre que possível. Refere, ainda, que em presença de crise de bronquite, o familiar administra a medicação, leva os filhos para realizar a inalação na unidade de saúde e solicita acompanhamento da equipe do PSF para os seus filhos em domicílio. Segundo o familiar, quando do retorno da paciente queimada ao ambiente domicíliar irá pedir para o agente de saúde do PSF visitar a esposa em casa para ajudar no que for preciso. O membro familiar relata que apresenta boa condição de saúde e que esteve doente no ano passado devido a forte gripe, ficando acamado por dois dias e que sua esposa prestou os cuidados no domicílio.

Observou-se pelo ecomapa da família 3, que essa família conta com o apoio e a referência de uma unidade de saúde, bem como com a assistência de saúde da equipe do PSF para os cuidados preventivos e/ou curativos. Assim, o fato da família ter acesso a um serviço de saúde público para os cuidados com a recuperação da paciente é um elemento importante para a redução do impacto do pós-trauma na dinâmica e no funcionamento interno da família, resultando em segurança. O trauma por queimaduras é um estressor tanto para a paciente quanto para os elementos da família, mas se essa família dispõe de suporte de apoio na comunidade, o estresse pode ser reduzido, proporcionando uma maior estabilidade familiar. (WATKINS et al., 1983; WRIGHT; LEAHEY,1994)

Avaliação desenvolvimental

Para Wright e Leahey (1994), o desenvolvimento da família é modelado por eventos ocorridos durante a sua trajetória, demonstrando que a família passa por situações de mudanças e de estabilidade ou de adaptação a essas mudanças para a continuidade da vida familiar.

O familiar relata que quando era solteiro, morava sozinho, tinha que trabalhar para se sustentar ’vivia apertado, não tinha serviço fixo, mas não deixava de pagar as contas. Agora a sua situação melhorou, relata que tem um trabalho fixo como

pintor. Segundo o familiar, a estabilidade financeira é importante para a segurança da família, principalmente para a criação dos filhos. Relata que nunca houve acidente por queimaduras na família, mas dois irmãos foram internados, vítimas de acidente automobilístico, mas esse acidente já foi superado pela família uma vez que não resultou em seqüelas. Em relação à ocorrência de problemas conjugais na família, o membro familiar relatou que tanto os seus pais quanto os de sua esposa (paciente) se separaram. Os pais do membro familiar separaram-se há 5 anos atrás, mas mantém uma convivência diária com o pai, a madrasta e a filha desse casal, de 2 anos de idade. A mãe do membro familiar também casou-se novamente. Em relação aos pais de sua esposa, o familiar informou que o casal se separou há 14 anos e ambos constituíram famílias. Segundo informações do familiar e confirmadas pela paciente, a sua família já superou a separação.

Em relação à presença de problemas psicossociais na família, o membro familiar informou que existe história anterior de alcoolismo do pai, mas que foi submetido a tratamento, interrompendo definitivamente com o abuso de álcool. Segundo informações do membro da família, o pai exerce a profissão de pintor, administra uma equipe de pintores e o membro familiar também faz parte dessa equipe. Ele tem sido dispensado a partir das 12:00 horas diariamente para acompanhar a esposa internada e cuidar dos filhos.

Em relação ao ciclo vital, a família 3 é constituída por pai, mãe e dois filhos pequenos. O pai é o provedor financeiro e a criação dos filhos exige responsabilidades adicionais paternas e maternas, principalmente de cuidados de saúde, no caso dessa família, em que os filhos apresentam bronquite crônica e a paciente, anemia e baixo peso. Segundo relato do familiar e confirmada pela paciente, o casal tem apresentado mecanismos de enfrentamento adequados frente à enfermidade dos filhos, contribuindo, cada qual a seu modo, para o desenvolvimento e o crescimento dos filhos. Segundo informações do familiar, os filhos têm um vínculo afetivo e emocional maior com a mãe, que passa maior tempo junto com eles, mas ambos conservam atitudes e comportamentos de preservação da integridade familiar a partir de demonstração de carinho, de segurança e de atenção mútuos. Em relação à esposa (paciente) o familiar informa que se preocupa com a sua saúde e que buscou os resultados de exames laboratoriais, que a paciente realizou antes do acidente por queimaduras para confirmação diagnóstica

de anemia ferropriva, sendo orientado pela pesquisadora para apresentar esses resultados para a equipe médica e de enfermagem.

O acidente por queimaduras ocasionou um rompimento abrupto no ciclo vital e desenvolvimental da família, resultando em estratégias de adaptação, principalmente do chefe da família em conseqüência da hospitalização da esposa, que serão discutidas em seguida.

Avaliação funcional

A família apresenta características funcionais próprias com relação à dinâmica interna e externa à família no desempenho de papéis e na configuração do padrão social, econômico e cultural, como também no exercício da autoridade e de poder dentro da família ou externa a ela e que modulam as regras de comportamento da unidade familiar (KING, 1981).

Para a paciente, o acidente por queimaduras resultou em grande impacto em sua vida, ocasionado separação do convívio familiar e no desenvolvimento das atividades diárias o que levou às alterações no padrão de sono e de repouso, mudança na imagem corporal, na mobilidade física e na habilidade para o autocuidado no período próxima à alta hospitalar. O membro familiar apresentou respostas diferentes ao trauma por queimaduras de sua esposa. Os sentimentos de preocupação apresentados por ele podem ser considerados apropriados à situação de doença aguda da esposa, hospitalização e interrupção abrupta da rotina familiar.

Segundo relato do familiar desde o acidente por queimaduras da esposa, as duas famílias têm estabelecido um processo contínuo de comunicação interna sobre as condições de saúde da paciente. Os familiares têm visitado rotineiramente a paciente no hospital, oferecendo apoio no cuidado com os seus filhos e a continuidade da rotina doméstica durante a internação e no retorno da paciente ao domicílio. Relata que com a notícia sobre o acidente todos ficaram apavorados e que agora estão mais calmos e confiantes porque estão vendo que a paciente está melhorando. Ao perguntar ao familiar como se sentia com relação à proximidade da alta hospitalar de sua esposa, respondeu que fica alegre e aliviado:

'porque hospital é bravo, tem muito queimado e é difícil ver tanta gente ferida' e que 'sinto muita falta dela que um apóia o outro'.

Segundo o familiar a sua principal função é a de provedor financeiro. Com a ocorrência do acidente de sua esposa, o familiar passou a realizar as tarefas domésticas que antes do trauma por queimaduras. Perguntado ao familiar qual era o seu sentimento em relação à mudança no desempenho de papéis no domicílio. O familiar refere que não se sente incomodado e que gosta de realizar as tarefas domésticas. Refere, ainda, que se sente responsável pelo cuidado dos filhos e tem se dedicado à eles desde a internação da esposa (banho, alimentação, vestuário, tarefas escolares). Pela manhã os filhos permanecem sob os cuidados de sua mãe e após às 12:00 horas o membro familiar cuida dos filhos. O papel desempenhado pelo familiar no contexto da família em situação de doença aguda da esposa, considerando o sistema patriarcal, no qual o papel masculino é de chefe da família com autoridade e poder na tomada de decisões no âmbito da família. Segundo relato do familiar e confirmada pela paciente, a autoridade em sua família é exercida por ambos e as decisões também são tomadas conjuntamente, mesmo após o acidente por queimaduras que resultou em hospitalização da paciente. A avaliação do funcionamento da família 3 mostra que mudanças na dinâmica familiar foram realizadas na busca da estabilidade e da integridade da família como resultado de escolhas de soluções adaptativas do membro familiar no enfrentamento ao trauma por queimaduras de um componente da família, no caso, sua esposa.