

## ESTUDO SOBRE CRIANÇAS QUEIMADAS: UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM\*

Regina Szylił Bouso \*\*

BOUSSO, R.S. Estudo sobre crianças queimadas: uma proposta de assistência de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 21(1):61-66, abr. 1987.

*A autora, com o intuito de propor assistência global de enfermagem centrada na criança queimada descreve as causas mais comuns de queimaduras em crianças, sua classificação segundo a gravidade da lesão, e faz considerações sobre a enfermagem, tais como cuidados específicos com a ferida. Ressalta, ainda, aspectos psicológicos da criança, da família e dos profissionais envolvidos.*

UNITERMOS: *Enfermagem pediátrica. Queimaduras. Assistência de enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

Durante a minha experiência profissional trabalhando em UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA pediátrica, diante de casos de crianças queimadas, senti a necessidade de estudar o assunto, com intuito de propor um tipo de assistência de enfermagem centrada na criança.

Com certeza, todos nós, no dia-a-dia, já tivemos experiências com pequenos acidentes de queimaduras, mas queimaduras extensas são mais raras e responsáveis por um dos problemas mais difíceis com o qual a enfermeira pode se defrontar. Queimaduras graves são causas de hospitalização prolongada, restritiva e dolorosa para a criança.

### COMO SE QUEIMAM AS CRIANÇAS

**LACTENTES.** A causa mais comum é por escaldamento, que ocorre geralmente na cozinha da própria casa; a seguir, vêm as queimaduras elétricas.

**PRÉ-ESCOLARES.** Geralmente ocorrem com líquidos inflamáveis, no quintal da casa ou na rua.

**ESCOLARES.** São semelhantes às dos adultos; ocorrem por eletricidade, substâncias químicas, álcool, gasolina e querosene.

Podemos, pois, perceber que estes acidentes são predominantemente domésticos.

\* Trabalho apresentado no 2º Encontro Brasileiro de Enfermagem de Terapia Intensiva Pediátrica. Porto Alegre, julho 1986.

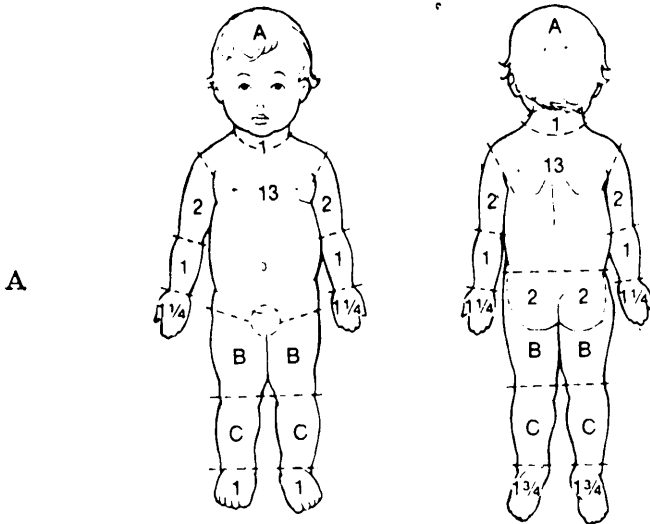
\*\* Enfermeira. Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem da USP, disciplina Enfermagem Pediátrica.

## CARACTERÍSTICAS

A respostas fisiológica, o tratamento e o prognóstico da criança queimada estão diretamente relacionados com a quantidade de tecido destruído; portanto, a gravidade da queimadura é determinada com base na porcentagem de área queimada e na profundidade da queimadura.

### RECONHECIMENTO DA ÁREA QUEIMADA

Os seguintes diagramas (A e B), que estabelecem a relação entre porcentagem de superfície corpórea e idade da criança, podem ser utilizados para se determinar a porcentagem da área queimada.



Area	RN	1 Ano	5 Anos
A = 1/2 Cabeça	9 1/2	8 1/2	6 1/2
B = 1/2 de uma Coxa	2 3/4	3 1/4	4
C = 1/2 de uma Perna	2 1/2	2 1/2	2 3/4

WHALEY & WONG - 1982

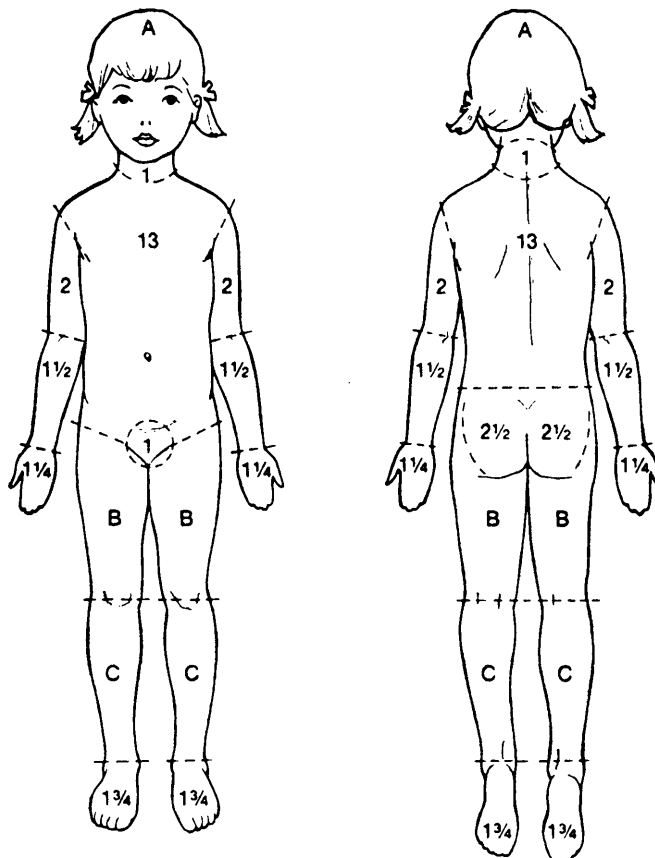
### PROFUNDIDADE DAS LESÕES

A profundidade das lesões é classificada em 3 grupos:

**QUEIMADURA DE 1º GRAU.** As queimaduras atingem apenas as camadas superficiais da pele. Geralmente a região atingida fica avermelhada, um pouco dolorosa, mas não se verifica a formação de bolhas.

**QUEIMADURAS DE 2º GRAU.** Atingem camadas mais profundas da pele. Geralmente há formação de bolhas e desprendimento de fragmentos da pele. Quanto mais profunda a queimadura menor é a dor.

B



Area	10 Anos	15 Anos	Adulto
A = ½ Cabeça	5 ½	4 ½	3 ½
B = ½ de uma Coxa	4 ½	4 ½	4 ¾
C = ½ de uma Perna	3	3 ¾	3 ½

WHALEY & WONG - 1982

**QUEIMADURAS DE 3º GRAU.** São lesões bastante graves, onde todas as camadas da pele foram atingidas. Podem também envolver outros tecidos além da pele. Geralmente vêm acompanhada de queimadura de 2º grau.

O acometimento das chamadas “áreas críticas”, mãos, pés, cabeça, face, genitais e áreas de flexão, não importando a extensão de tecido envolvido, são também considerados graves.

Outro fator agravante é a inalação de ar quente ou fumaça tóxica, que possibilita a obstrução de vias aéreas.

## CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM

Cuidar de uma criança queimada exige habilidade e ação por parte da equipe de enfermagem. A criança necessita de constante observação, para que possam ser detectados, precocemente, sinais indicativos de complicações respiratórias, cardíacas ou renais.

Ao ser internada a criança deverá ser colocada em um leito preparado com técnica asséptica.

Deitar a criança sobre um plástico esticado, para evitar a aderência da área queimada ao tecido do lençol é medida que ajudará a diminuir o desconforto físico. Pode-se utilizar colchão d'água, por exemplo, em casos de queimaduras da região dorsal, pois a criança sente dor para se movimentar no leito.

Nas horas imediatas à internação, devem ser tomadas as seguintes medidas: verificação dos sinais vitais incluindo PVC (pressão venosa central), controle rigoroso de infusões endovenosas, medida do débito urinário e demais perdas líquidas tais como: vômito, sudorese, exsudatos, evacuações e secreções, sendo observados, em cada caso, aspecto, frequência e volume, o que possibilita a verificação do balanço hídrico de 24 horas.

Deve-se ter em mente que a infusão endovenosa é regulada de acordo com o débito urinário, a gravidade do estado da criança e o resultado dos exames laboratoriais; o volume urinário medido a cada hora deve ser de 20 a 30 ml para crianças maiores de 2 anos e de 10 a 20 ml para crianças menores de 2 anos.

### CUIDANDO DA FERIDA

Depois da criança estar estabilizada, uma longa fase começa em que o foco de atenção passa a ser a área queimada. A enfermeira tem a maior responsabilidade pela limpeza, debridamento, aplicação de medicação tópica e troca do curativo, visando o fechamento da ferida; por serem procedimentos dolorosos, a criança deverá receber sedativo, aproximadamente 30 minutos antes, segundo a prescrição médica.

Tanto a enfermeira como a criança devem reconhecer que a troca do curativo é um procedimento desagradável mais absolutamente necessário. Por ser doloroso, a criança deve saber que pode chorar quando doer.

A criança precisa receber explicações simples e adequadas à sua idade, sobre o que será feito com ela e os prováveis sentimentos; assim, ela terá mais confiança em quem lhe der cuidados.

Os curativos devem ser removidos. É importante envolver a criança no processo; ela poderá ajudar na retirada do curativo ou mesmo so-

mente segurar a mão de alguém, pois isto fará com que sinta certo controle sobre a situação de doença e hospitalização.

O tratamento pode ser feito com curativo aberto ou oclusivo, como segue:

**ABERTO** — depois de limpar com soro fisiológico, a ferida permanece exposta, para que seque.

**OCLUSIVO** — a área queimada é coberta com gaze fina, permeável à água e não aderente, à qual é acrescentada uma segunda camada de gaze mais absorvente, fixada com adesivo.

Em ambos os casos são utilizados cremes antibacterianos.

O banho deve ser dado com soro fisiológico aquecido, sempre com a técnica mais asséptica possível. Os restos de pomada são retiradas com espátulas esterilizadas; a tricotomia na cabeça é necessária, caso esta área apresente lesões.

Ao término dos cuidados de higiene deve-se passar, por toda a área lesada, pomada antibacteriana (segundo a prescrição médica), utilizando-se luva esterilizada. É importante que a medicação seja amplamente aplicada e que duas superfícies queimadas não se encostem.

Outros cuidados para o conforto da criança podem e devem ser feitos, tais como evitar corrente de ar no ambiente e manter a criança aquecida com a utilização de aquecedor elétrico e cobertores sobre o arco de proteção.

Durante o tratamento, os cuidados referentes às condições emocionais não devem ser postos de lado. A criança está assustada, desconfortável e, comumente, um tanto confusa, por estar isolada de sua família e de seu ambiente, é necessário que lhe seja explicado porque ela precisa ficar no hospital e demonstrada compreensão e aceitação, que facilitam o relacionamento de ajuda.

Os familiares também sentem grande impacto com a “catástrofe”; estão preocupados com a sobrevivência da criança, sua aparência futura, e, muitas vezes, demonstram sentimento de culpa. Acredito que as enfermeiras estão na situação mais favorável para ajudar os pais. Elas são responsáveis pela atuação junto à família.

É difícil lidar com estas crianças, já que, na maioria dos procedimentos, nós lhe causamos dor, embora seja para ajudá-las.

Sinto, também, dificuldade em trabalhar com os pais e ajudá-los, pois, em alguns casos, eles realmente foram responsáveis pela queimadura. Porém, acredito que, quando percebo estes sentimentos em minha pessoa, estou realmente envolvida com a criança e a família. Creio que este auto-conhecimento e meu crescimento pessoal me ajudam a trabalhar com crianças graves e suas famílias.

BOUSSO, R.S. Nursing care to children with burn injuries. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 21(1):61-66, Apr. 1987.

*The author outline the most common causes of burn injuries in children, the classification of burns according to the seriousness of the wounds and the physical and psychological care of such patients. She also mentions the attention to be given to burned children's parents.*

UNITERMS: *Pediatric nursing. Burns. Nursing care.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WHALEY, L.F. & WONG, D.L. *Essentials of pediatric nursing*. Saint Louis, Mosby, 1982. p. 779-94.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

JACOBY, F.G. *Nursing care of the patient with burns*. Saint Louis, Mosby, 1972. 147p.

KIRSCHBAUM, S.M. *Tratamiento integral de las quemaduras*. Barcelona, Salvat, 1968. 273p.

MURAHOVSKI, J. *Emergências em pediatria*. São Paulo, Sarvier, 1983. p.368-98.

RUSSO, A.C. *Tratamento das queimaduras*. São Paulo, Sarvier, 1976. 249p.

SCHVARTSMAN, S. *Acidentes na infância*. São Paulo, Almed, 1983. p.167-70.

Recebido para publicação em 13/8/86

Aprovado para publicação em 8/5/87