



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Silva Meneghetti, Roberta Aparecida; Rossi, Lídia Aparecida; de Paula Barruffini, Rita de Cássia;
Barcellos Dalri, Maria Célia; Ferreira, Enéas

Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas
registrados e cuidados prescritos

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 39, núm. 3, 2005, pp. 268-279

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033282004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos*

PLANNING CARE FOR BURN VICTIMS: RELATION BETWEEN REGISTERED PROBLEMS AND THE CARE PRESCRIBED

PLANIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA A PACIENTES VÍCTIMAS DE QUEMADURAS: RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS REGISTRADOS Y ATENCIONES PRESCRIPTAS

Roberta Aparecida Silva Meneghetti¹, Lídia Aparecida Rossi², Rita de Cássia de Paula Barruffini³, Maria Célia Barcellos Dalri⁴, Enéas Ferreira⁵

* Extraído do trabalho de conclusão do curso de Especialização Clínico-Cirúrgico Modalidade Residência da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Desenvolvido com apoio do CNPq.

1 Enfermeira, junto ao Programa de Saúde da família – Guataporã – SP.

2 Enfermeira Professora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (DEGE, EERP). rizzardo@eerp.usp.br.

3 Enfermeira Encarregada junto a Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (UQ, HCFMRP).

4 Enfermeira, Professora Doutora junto ao DEGE, EERP.

5 Enfermeiro Chefe junto a UQ, HCFMRP.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos, admitidos em uma Unidade de Queimados, com base nos registros de enfermagem realizados nas primeiras 72 horas após a queimadura, e analisar se haveria relação entre os diagnósticos identificados e os cuidados prescritos pelos enfermeiros. Avaliaram-se os registros de enfermagem em 42 prontuários de pacientes e estabelecidos os diagnósticos de enfermagem. Para cada diagnóstico, relacionaram-se as intervenções prescritas pelos enfermeiros. Foi possível identificar 13 diferentes diagnósticos de enfermagem. Foram propostas prescrições para os diagnósticos identificados com base na literatura.

DESCRITORES

Processos de enfermagem.
Queimaduras.
Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

This study was aimed at identifying nursing diagnoses of adult patients hospitalized at a Burn Trauma Unit based on nursing records made in the first 72 hours after the burn and at analyzing if there is a relation between the identified diagnoses and the care prescribed by the nurses. The nursing records of 42 patients were assessed and the nursing diagnoses were established. For each diagnosis the interventions prescribed by the nurses were listed. Thirteen different nursing diagnoses could be identified. We observed cases of care prescribed without the record of an associated problem and diagnoses for which there were no prescriptions. There were prescriptions proposed for the diagnoses that were identified based on the literature.

KEY WORDS

Nursing process.
Burns.
Nursing diagnosis.

RESUMEN

En este estudio se tuvo como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería de pacientes adultos, admitidos a una Unidad de Quemados, en base a los registros de enfermería realizados en las primeras 72 horas después de la quemadura, y analizar si habría relación entre los diagnósticos identificados y los cuidados prescritos por los enfermeros. Se evaluaron los registros de enfermería en 42 historias clínicas de pacientes y establecido los diagnósticos de enfermería. Para cada diagnóstico, se relacionaron las intervenciones prescritas por los enfermeros. Fue posible identificar 13 diagnósticos de enfermería diferentes. Fueron propuestas prescripciones para los diagnósticos identificados con base en la literatura.

DESCRIPTORES

Procesos de enfermería.
Queimaduras.
Diagnóstico de enfermería.

INTRODUÇÃO

Neste estudo, foram avaliados os registros realizados pelos profissionais de enfermagem nos prontuários dos pacientes admitidos na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), buscando investigar a relação entre os diagnósticos identificados a partir dos registros de enfermagem e os cuidados prescritos pelos enfermeiros.

Os enfermeiros dessa Unidade de Queimados (UQ) têm tentado utilizar o processo de enfermagem na organização da assistência ao paciente que sofreu queimaduras, desde a sua ativação, em 1982. Em todas as tentativas realizadas, a prescrição de enfermagem sempre foi registrada; já as demais etapas, muitas vezes, não eram documentadas. Em 1991, foi desenvolvido um plano de atividade educativa, que teve como objetivos: analisar e reformular a prática do processo de enfermagem nessa Unidade⁽¹⁾. Esse trabalho resultou na implementação do processo de enfermagem nessa Unidade, com base em uma adaptação, na fase diagnóstica, da Taxonomia I de Diagnósticos de Enfermagem proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽²⁾ ao Modelo Conceitual de HORTA⁽³⁻⁴⁾. Durante um período de três anos os enfermeiros implementaram todas as fases do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Após esse período, os enfermeiros passaram a realizar e registrar regularmente a avaliação diária do paciente, a prescrição de enfermagem e as ações implementadas. Essas fases foram incorporadas ao serviço, entretanto, em 1997⁽⁵⁾, constatou-se que não havia uma inter-relação entre as etapas do processo de enfermagem. Os enfermeiros argumentavam que o processo de enfermagem estaria incorporado ao serviço e, que embora não estivessem registrando a fase diagnóstica, com base na Taxonomia I de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA⁽²⁾, a prescrição de enfermagem estaria fundamentada nos problemas dos pacientes registrados na evolução diária de enfermagem⁽⁵⁾.

O presente estudo foi proposto a partir de uma solicitação dos enfermeiros dessa Unidade, em função da necessidade de rever a forma como o processo de enfermagem é implementado. A prática desta metodologia de assistência deve ser constantemente reavaliada para que não se torne mais uma atividade burocrática incorporada ao trabalho do enfermeiro. Para que seja utilizada como um instrumento em benefício do cuidado individuali-

zado, a prescrição de enfermagem deve ser fundamentada nos diagnósticos de enfermagem que, por sua vez, devem resultar de um processo de análise e síntese dos dados coletados a partir da avaliação dos pacientes. A prescrição deve assim, refletir os diagnósticos de enfermagem estabelecidos a partir do julgamento clínico dos dados coletados.

Embora o processo de enfermagem seja foco de discussões pelos enfermeiros brasileiros, desde os anos 70, observa-se, na prática clínica, dificuldades na sua implementação. Há diversas publicações nacionais⁽⁵⁻⁸⁾ e internacionais⁽⁹⁻¹⁵⁾ que enfocam aspectos relacionados com a implementação e documentação do processo de enfermagem. Resultados de estudos realizados evidenciam que mesmo com a implementação do processo de enfermagem os registros realizados pelos enfermeiros são incompletos^(14,16). Apesar das dificuldades apontadas, há ainda um grande interesse na implementação dessa metodologia de assistência.

O processo de enfermagem implica o desempenho da prática pelos profissionais de enfermagem de forma sistemática por meio de uma atividade deliberada, lógica e racional; o uso de um conhecimento compreensivo essencial para avaliar o estado de saúde do paciente; a realização de julgamentos, diagnósticos, planejamento e avaliação das ações de enfermagem de forma apropriada⁽¹⁷⁾. Considera-se que o processo de enfermagem compreende cinco passos inter-relacionados: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação⁽¹⁷⁾.

Para que se evidencie a coerência entre o planejamento da assistência e sua execução, os registros devem ser elaborados de forma clara e objetiva, destacando-se a necessidade de documentação das atividades realizadas pelos membros da equipe⁽¹⁶⁾.

Apesar de conhecermos que os registros do processo de enfermagem nessa Unidade de Queimados são incompletos, considerando estudos já realizados^(1,16-17), entendemos que seria importante realizar este estudo com os seguintes objetivos: investigar os diagnósticos de enfermagem que poderiam ser estabelecidos a partir do registro da avaliação diária de enfermagem do paciente adulto, nas primeiras 72 horas após a queimadura e analisar se haveria relação entre esses diagnósticos e os cuidados prescritos diariamente pelos enfermeiros.

Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos

METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se como um estudo retrospectivo, em que foram avaliados todos os registros de enfermagem realizados nos prontuários dos pacientes que sofreram queimaduras, maiores de 21 anos, independente do gênero, admitidos na Unidade de Queimados do HCFMRP-USP no período de 01/99 a 05/01, nas primeiras 72 horas da queimadura. Somente foram incluídos prontuários de pacientes que internaram no máximo 24 horas após a queimadura. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética do HCFMRP e teve início após a sua aprovação.

Inicialmente, foi elaborado um instrumento para registros dos dados provenientes dos prontuários. Esse instrumento continha informações sobre dados que permitiam a caracterização do paciente quanto à idade, sexo, agente causador da queimadura, superfície corporal queimada e local do acidente. Além dessas informações, o instrumento continha seis colunas destinadas ao registro de data, hora, sinais e sintomas, procedimentos e possíveis problemas descritos nos registros de enfermagem, prescrições de enfermagem, cuidados implementados e observações do pesquisador. Pequenos ajustes foram realizados no instrumento após a realização de validação de aparência e conteúdo, por três enfermeiros e, posteriormente, de um pré-teste.

A fase de coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2002, constando das seguintes etapas: levantamento dos prontuários dos pacientes internados na Unidade de Queimados do HCFMRP-USP no período de 01/99 a 05/01, utilizando-se o livro de registros de internações da referida Unidade; preenchimento do instrumento de coleta de dados, a partir da identificação e registro dos sinais e sintomas, procedimentos e possíveis problemas descritos nas primeiras 72 horas, das prescrições de enfermagem realizadas em cada período e dos cuidados implementados. Essas informações foram registradas pela primeira autora deste estudo realizando a cópia das informações exatamente como registradas pelos profissionais de enfermagem. Cada sinal e sintoma, procedimento ou possível problema foi registrado apenas uma vez, mesmo que aparecesse nos registros mais de uma vez nas 72 horas, entretanto, as informações eram completadas com outras sobre o mesmo problema, sempre que havia informações adicionais, ou que o problema era caracterizado de forma diferente.

Os diagnósticos foram estabelecidos pela mesma pesquisadora, seguindo-se um modelo de processo de raciocínio diagnóstico⁽¹⁹⁾ e utilizando-se a Taxonomia I de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA⁽²⁰⁾. Assim, os dados levantados nos prontuários foram agrupados, comparados com a literatura, identificando-se as possíveis causas relacionadas. Para cada diagnóstico, foi realizado um quadro explicativo sobre como esse processo ocorreu. Posteriormente, dois enfermeiros, com experiência em diagnóstico e que atuavam em assistência a pacientes queimados, confirmaram ou não esses diagnósticos. Nesse processo, observou-se concordância com a pesquisadora que identificou os diagnósticos no primeiro momento.

Para cada diagnóstico, foram relacionadas as intervenções prescritas pelos enfermeiros e as propostas com base na literatura⁽²¹⁻²²⁾. Após a realização desse procedimento, dois enfermeiros, com experiência em diagnóstico e que atuavam em assistência a pacientes queimados, confirmaram ou não as intervenções e sua associação com os diagnósticos identificados.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Foram analisados os registros de enfermagem, referentes às primeiras 72 horas após a queimadura, de 42 prontuários de pacientes internados na Unidade de Queimados do HCFMRP. A partir do processo de análise e síntese dos dados⁽¹⁹⁾, foram identificados 13 diferentes diagnósticos de enfermagem, sendo sete diagnósticos do tipo real (integridade tissular prejudicada, hipertermia, dor, ansiedade, padrão respiratório ineficaz, náusea e distúrbio no padrão do sono) e seis de risco (risco para infecção, risco para temperatura corporal alterada, risco para aspiração, risco para déficit no volume de líquidos, risco para disfunção neurovascular periférica e risco para trauma). Outros estudos também identificaram esses diagnósticos como os mais frequentes no paciente que sofreu uma queimadura⁽²²⁻²⁴⁾.

Observa-se, no Quadro 1, que a integridade tissular prejudicada obteve maior frequência entre os diagnósticos de enfermagem do tipo real, sendo identificada nos registros de enfermagem em 42 (100%) prontuários. Esse diagnóstico foi relacionado à queimadura, ocasionada pela destruição das camadas da pele e mucosas (epiderme, derme, hipoderme e membranas mucosas). No paciente que sofreu queimaduras, a intensidade dessa destruição em exten-

são e profundidade é fator predominante que desencadeia alterações em seu quadro clínico como, infecção, alterações na temperatura corporal, dor e seqüelas funcionais e estéticas. Nesses pacientes, ressalta-se os seguintes fatores que podem ser relacionados a esse diagnóstico e que foram identificados nos registros de enfermagem: fatores térmicos (trauma térmico) e substâncias químicas⁽²⁰⁾. Esses aspectos são descritos nos registros de enfermagem na primeira avaliação do paciente realizada no momento da internação. Embora os registros tenham permitido a identificação do diagnóstico de Integridade tissular prejudicada, considerando os registros sobre o agente causador, a profundidade e extensão da quei-

madura, faltavam informações que descrevessem as lesões com maior precisão, como por exemplo, quanto ao aspecto e localização. A lesão por queimadura nem sempre ocorre de forma uniforme e pode se modificar rapidamente, portanto essa caracterização é muito importante para que se possa acompanhar a sua evolução. A evolução da queimadura de segundo grau, por exemplo, dependerá do grau de profundidade e da ocorrência ou não de complicações, podendo aprofundar-se em razão de infecção local. Queimaduras profundas que tomam toda a extensão do tórax ou de um membro, por exemplo, podem prejudicar a respiração ou a circulação e implicar a realização de escarotomias⁽²⁵⁾.

Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem da NANDA do tipo real, fatores relacionados, características definidoras correspondentes e informações identificadas nos registros de enfermagem nos prontuários. (Ribeirão Preto, 2002)

Diagnósticos de Enfermagem	Freq	%	Informações identificadas nos registros de enfermagem (associadas aos Fatores Relacionadas)	Fatores relacionados da NANDA	Informações identificadas nos registros de enfermagem (associadas às Características Definidoras)	Características definidoras da NANDA
Integridade tissular prejudicada	42	100	Agente causador: queimadura elétrica, queimadura por álcool	Substâncias químicas, fatores térmicos	Queimaduras, lesões de 2º e 3º graus, presença de flictenas	Tecido lesado ou destruído
Hipertermia	25	59,5	Queimadura de 2º e 3º graus	Trauma Taxa Metabólica Aumentada	Temperatura entre 38º-39ºC Frequência respiratória aumentada	Aumento da temperatura corporal Frequência respiratória aumentada
Dor	20	47,6	Queimaduras	Agentes lesivos (biológicos, físicos e psicológicos)	Refere dor, queixoso, gemente, choroso, pouco comunicativo Dormiu pouco Recusa da dieta	Relato verbal de dor Evidência observada, comportamento expressivo Distúrbio do sono Mudança no apetite
Ansiedade	07	16,7		Ameaça de mudanças	Paciente inquieto, paciente arrancou sonda vesical de demora Ansioso Fala palavras desconexas Náusea Tontura	Inquietação Ansioso Confusão Náusea Tontura
Padrão respiratório ineficaz	03	7,1	Dor Queimadura de vibrissas, queimadura de face, queimadura em ambiente fechado - suspeita de inalação de fumaça	Dor Síndrome da hipoventilação	Paciente dispnéico Frequência respiratória aumentada	Dispnéia Frequência respiratória aumentada
Náusea	03	7,1	Desconforto estomacal	Irritação do sistema gastrointestinal	Náusea Paciente vomitou	Relato de náusea Vômitos
Distúrbio no padrão do sono	03	7,1	Paciente ansioso	Ansiedade	Paciente refere ter dormido pouco à noite Sonolência	Insatisfação com o sono Capacidade diminuída nas suas funções

Em razão da perda da integridade tissular em grande extensão e ainda das alterações metabólicas decorrentes dessa situação, o paciente vítima de queimaduras apresenta um risco para alteração da temperatura corporal. Dessa forma, poderá apresentar hipertermia ou hipotermia e tanto uma situação como outra pode ser indicativa de infecção⁽²⁶⁾. A hipotermia pode também ocorrer em função da destruição das camadas da pele, principalmente da derme que propicia a regulação da temperatura corporal. Sendo assim, é esperado que os pacientes vítimas de queimaduras apresentem baixas temperaturas corporais nas primeiras horas após terem sido queimados. À medida que o hipermetabolismo restabelece as temperaturas centrais, esses pacientes ficam hipertérmicos durante a maior parte do período pós-queimadura, mesmo na ausência de infecção⁽²⁷⁾. O registro de pelo menos um episódio de hipertermia foi identificado em 25 registros de enfermagem nos prontuários (59,5%).

A hipotermia pode ocorrer principalmente durante os procedimentos de banho e curativos, mesmo quando a temperatura ambiente está acima de 30 °C. Durante a realização desses procedimentos os pacientes apresentam tremores e referem sentir frio. Nessas circunstâncias, utiliza-se, na Unidade de Queimados, onde esse estudo foi realizado, aquecedores de ambiente. Entretanto, não encontramos registros de valores da temperatura e de sinais e sintomas que poderiam ser associados a esse problema durante a realização desses procedimentos.

Além da dor decorrente das queimaduras de 1º e 2º graus, o tratamento das lesões é um processo doloroso, pois envolve a realização de procedimentos que fatalmente provocam dor⁽²⁸⁾. O diagnóstico de enfermagem de dor foi identificado nos registros de enfermagem em 20 prontuários (47,6%). Possivelmente, os registros não refletem a frequência na qual esse problema realmente ocorre. Esses registros são também incompletos, pois não fornecem indicações sobre a sua localização e intensidade. A dor também está intimamente ligada à ansiedade do paciente. A ansiedade é uma resposta afetiva que é freqüente-mente reportada por pacientes depois do trauma físico e emocional que a queimadura acarreta. A ansiedade também está associada à dor e à realização de procedimentos, durante a fase aguda da queimadura⁽²⁹⁾.

Foi possível identificar o registro de ansiedade ou de manifestações desse diagnóstico nos registros de enfermagem em 07 prontuários (17,6%). Esse é um diagnóstico que o paciente pode apresentar frente à experiência do trauma,

que é particular para cada um. Nesses registros, havia poucos dados que poderiam ser associados a esse diagnóstico. Encontramos dados como “paciente inquieto” e “paciente ansioso”. Entretanto, não encontramos informações registradas que pudessem se caracterizar como fatores relacionados a esse diagnóstico. No paciente que sofre uma queimadura, a ansiedade freqüentemente está associada à ameaça de morte, ameaça ou mudança no estado de saúde, ameaça ou mudança no ambiente e estresse. Podemos considerar que o paciente que sofreu queimadura, nas primeiras 72 horas, pode-se sentir ameaçado e que se encontra em um ambiente desconhecido e que, na maioria das vezes, tudo o que viverá a partir da internação será novo para ele. A ansiedade também pode estar associada ao medo da dor que acompanha os procedimentos realizados diariamente. O aumento da percepção da dor adicionalmente pode causar ansiedade, estabelecendo-se assim um círculo vicioso⁽³⁰⁾.

Observa-se neste estudo que os diagnósticos de ansiedade, náusea, padrão respiratório e distúrbio no padrão do sono foram identificados em poucos prontuários. Entretanto, não podemos afirmar que os pacientes, cujos prontuários foram estudados, não apresentaram esse problema, considerado a falta de informações nos registros de enfermagem. Em três prontuários, por exemplo, havia registros de pelo menos uma das seguintes características: náuseas, perda de apetite, episódios de vômitos e desconforto estomacal que permitiram a identificação do diagnóstico de náusea. O mesmo ocorreu com características que podem ser associadas aos diagnósticos de padrão respiratório ineficaz e distúrbio no padrão do sono.

Após um trauma como a queimadura, os pulmões são susceptíveis à formação de edema, especialmente se a queimadura for acompanhada de inalação de fumaça. Na fase inicial da queimadura, o padrão respiratório ineficaz pode estar associado à inalação de fumaça ou de algum agente químico. Suspeita-se de que paciente inalou fumaça quando há história de queimadura em ambiente fechado, queimadura e edema de face, queimaduras de vibrissas e presença de escarro com fuligem, presença de dispnéia, respiração curta, ansiedade e desorientação⁽³¹⁾. Observou-se em três prontuários registros de queimaduras de face, de vibrissas, edema facial, dispnéia, frequência respiratória aumentada, confusão e ansiedade.

Nos registros dos prontuários havia relatos de “paciente dormiu pouco à noite”, entretanto

não havia informações sobre as possíveis razões. Embora a dor não seja um fator relacionado descrito pela NANDA para o diagnóstico de distúrbio do padrão do sono, em alguns casos, pode estar associada a esse diagnóstico. Em um estudo sobre o padrão do sono em pacientes queimados observou-se que 73% dos pacientes reportaram problemas com o sono em razão de ser acordado durante a noite, dormir durante o dia, dormir sozinho e sentir dor durante a noite⁽³²⁾.

Ao analisarmos Quadro 2, notamos que o diagnóstico de enfermagem risco para infecção foi identificado nos registros de 42 prontuários (100%). A perda da barreira normal da pele e a presença de tecidos necróticos e a microcirculação prejudicada

pelo trauma torna o paciente susceptível a infecções⁽²⁶⁾. Esses pacientes são ainda submetidos a vários procedimentos terapêuticos (punções venosas, cateterismo vesical, escarotomia) e apresentam exposição ambiental aumentada pela própria internação. A prevenção de infecção através de acessos venosos é difícil em razão das dificuldades impostas pela extensão da queimadura que, muitas vezes, implica a introdução de cateteres próximos de áreas queimadas. Os locais de inserção de cateter devem ser constantemente avaliados e as informações registradas sistematicamente. Encontramos registros sobre a realização dos curativos em local de punção venosa, mas não havia informações sobre as condições do local.

Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem da NANDA do tipo risco, fatores de risco e informações identificadas nos registros de enfermagem nos prontuários. (Ribeirão Preto, 2002)

Diagnósticos de Enfermagem	Freq	%	Informações identificadas nos registros de enfermagem (associadas aos Fatores de Risco)	Fatores de Risco
Risco para infecção	42	100	Queimadura de 2º e 3º graus Pele enegrecida em face, pele avermelhada Punção venosa, sonda vesical de demora, tricotomia, escarotomia, cateter heparinizado Tempo de internação	Trauma Defesas primárias insuficientes Procedimentos invasivos Exposição ambiental aumentada
Risco para déficit no volume de líquidos	42	100	Queimadura de 2º e 3º graus e edema	Perda de líquidos por vias anormais
Risco para temperatura corporal alterada	25	59,5	Queimadura de 2º e 3º graus	Trauma
Risco para aspiração	03	7,1	Queimadura de face e região cervical, edema de face Queimaduras em ambiente fechado Sonolência	Trauma facial Nível de consciência reduzido
Risco para disfunção neurovascular periférica	02	4,8	Queimadura de 2º e 3º graus Choque elétrico	Trauma Obstrução vascular
Risco para trauma	02	4,8	Lipotímia no banho e retirada de curativos, tontura, sonolência Queimaduras de 2º e 3º graus	Dificuldades no equilíbrio Trauma prévio

Queimaduras na face, região cervical e tórax, inalação de fumaça, presença de sondas gástricas e história de desconforto estomacal são fatores associados ao risco de aspiração. Esse diagnóstico foi identificado nos registros de enfermagem realizados em três prontuários (7,1%).

Sabemos que o paciente que sofreu queimaduras, nas primeiras 72 horas, apresenta risco para déficit no volume de líquidos, devido a grande perda de fluidos pela passagem de plasma do compartimento intravascular para o espaço intersticial. Essa perda é proporcional à extensão e profundidade da lesão. Essa situação ocorre principalmente em função do aumento da permeabilidade capi-

lar, diminuição da pressão colóido-osmótica vascular e uma alteração na pressão hidrostática capilar⁽³³⁾. A medida do débito urinário é de extrema importância para monitorar a reposição hídrica assim como os registros dos débitos, entretanto, na maioria dos prontuários esses dados não foram encontrados. É importante ressaltar que, na Unidade de Queimados onde este estudo foi realizado, o controle hídrico é registrado rigorosamente em um impresso específico, que não é anexado ao prontuário do paciente. Há um registro no prontuário, a cada 24 horas, do balanço hídrico final, mas esse registro não fornece informações suficientes para que se tenha uma idéia do estado do paciente durante as 24 horas. Todos os pacientes que so-

freram queimaduras, dependendo de fatores como idade e extensão do trauma, podem apresentar nas primeiras 72 horas o diagnóstico risco para déficit do volume de líquidos.

O paciente que sofre uma queimadura apresenta frequentemente um risco para alteração da temperatura corporal, em função da perda da integridade tissular em grande extensão de área corporal e ainda em razão de alterações metabólicas decorrentes dessa situação. Foi possível identificar fatores de riscos que justificam esse diagnóstico nos registros de enfermagem realizados em 25 prontuários (59,5%).

Relacionamos as informações sobre o trauma (queimaduras de 2º e 3º graus e queimaduras causadas por choque elétrico) como fatores de risco para o diagnóstico risco para disfunção neurovascular periférica. Sabemos que o choque elétrico pode causar trombose dos vasos sanguíneos tornando a circulação prejudicada. A Taxonomia I da NANDA descreve outros fatores que poderiam estar relacionados a esse diagnóstico como a compressão mecânica no local lesado, que pode estar presente no paciente que sofre uma queimadura quando há presença de queimaduras circulares de 3º grau em extremidades.

As mudanças bruscas no estilo de vida e no ambiente podem ocasionar situações que colocam a vítima de queimaduras em risco para determinados tipos de trauma, como exemplo, os que estão relacionados com a sua segurança. A queimadura tem um aspecto desagradável, causa dor, alterações no padrão do sono e dificulta a mobilidade física do paciente. Esses fatores contribuem para a ocorrência de queda e trauma e, assim, aspectos relacionados a estes fatores deveriam ser registrados pela enfermagem. Entretanto, não encontramos registros detalhados sobre essas situações.

Possivelmente, em função da rotina diária de tratamento das lesões da queimadura, para o diagnóstico integridade tissular prejudicada encon-

tramos prescrições incompletas, enfocando os aspectos relacionados à observação geral da ferida. Notou-se nos registros uma ênfase na observação da ferida, entretanto, a implementação dessa intervenção não está registrada, ou seja, os profissionais frequentemente se reportam nos registros em relação à quantidade de exsudato presente no curativo, mas, muitas vezes, não informam sobre as características das lesões.

As prescrições de enfermagem que poderiam ser associadas ao diagnóstico de enfermagem hipertermia indicam que o paciente deve ser medicado conforme prescrição médica e também se referem à avaliação da curva térmica do paciente e a outras formas complementares de tratamento.

Para o diagnóstico de enfermagem dor, observamos que as prescrições de enfermagem estavam relacionadas apenas com o ato de observação da presença ou não da dor. Não havia registros de prescrições que enfocassem a sua caracterização, como por exemplo, como deveria ser avaliada, quanto à intensidade, localização e possíveis fatores relacionados. Propusemos, como pode ser observado no Quadro 3, algumas prescrições que julgamos necessárias para o direcionamento do cuidado, como por exemplo, “estimular o paciente a explicar as causas da dor e pedir para o paciente falar o quanto a dor persiste após a medicação”. A tolerância à dor pode estar relacionada à duração e à intensidade que uma pessoa consegue suportar e diferencia-se individualmente, podendo variar em um mesmo indivíduo em diferentes situações⁽²¹⁾. Foi encontrada apenas uma prescrição de enfermagem para o diagnóstico de ansiedade, como mostra o Quadro 3. A falta de registro dos diagnósticos de enfermagem e, possivelmente, a insuficiência de conhecimentos e de atenção para manifestações relacionadas com aspectos emocionais, por parte dos profissionais, é uma situação que corrobora para que as prescrições sejam incompletas. O paciente que se apresenta inquieto é muitas vezes rotulado como “queixoso”, registro esse encontrado nos prontuários.

Quadro 3 - Prescrições de enfermagem encontradas e propostas pelas autoras do estudo para os diagnósticos de enfermagem do tipo real. (Ribeirão Preto, 2002)

Diagnósticos de Enfermagem	Prescrições de enfermagem identificadas nos registros	Prescrição de enfermagem propostas na literatura ⁽²¹⁻²²⁾
Integridade tissular prejudicada	Observar evolução de áreas queimadas Observar e anotar características de área doadora e enxertada	Limpar e debridar a ferida delicadamente Limitar a duração da limpeza e banho em no máximo 30 minutos Aquecer o paciente durante o banho e curativos Aplicar o agente tópico conforme estabelecido com equipe médica Avaliar e registrar as características das lesões: observar evolução das áreas queimadas, profundidade, extensão e presença de exsudato e outros sinais de infecção Manter os curativos oclusivos íntegros
Hipertermia	Promover ambiente fresco e arejado Administrar antitérmicos conforme prescrição médica Observar picos de hipertermia	Monitorar temperatura corporal Após administrar o medicamento antitérmico avaliar e registrar os resultados Oferecer ambiente fresco e arejado Deixar se possível, o paciente livre de roupas e cobertas
Dor	Observar e anotar queixas de dor Administrar analgésico conforme prescrição médica Oferecer ambiente tranquilo e confortável	Avaliar o nível de manifestação de dor durante a realização de procedimentos e nos períodos de descanso Após administrar o medicamento avaliar e registrar os resultados Estimular o paciente a falar sobre a dor e sobre o quanto a dor persiste após a medicação Explicar ao paciente as possíveis causas da dor Avaliar a necessidade de administração de ansiolíticos Informar ao paciente e seus familiares sobre as modalidades de tratamento para dor disponível Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável
Ansiedade	Oferecer ambiente tranquilo e confortável Orientar a paciente quanto as rotinas da Unidade	Oferecer ambiente tranquilo e confortável Avaliar a necessidade de administração de ansiolíticos Conversar com o paciente sobre suas dificuldades, auxiliar o paciente a encontrar estratégias de enfrentamento positivas Deixar o paciente falar sem ser interrompido Explicar ao paciente sobre qualquer procedimento e sobre rotinas da Unidade Avaliar a frequência respiratória
Padrão respiratório ineficaz	Elevar cabeceira do leito em 30° Observar padrão e desconforto respiratório Observar queixas de dor Manter paciente fora do leito Observar edema de face Observar nível de consciência	Manter cabeceira do leito elevada em 45° Observar padrão e desconforto respiratório: esforço respiratório, frequência respiratória, retração torácica, dispnéia Monitorar frequência respiratória e de pulso e saturação de oxigênio Realizar toaleta brônquica: estimular a tosse, instruir o paciente a realizar exercícios de respiração profunda, aspirar vias aéreas se necessário Estimular o paciente a permanecer parte do tempo fora do leito Observar queixas de dor Realizar vaporização com água fervida Observar edema de face
Náusea	Observar náuseas e vômitos	Observar presença de náuseas e vômitos Instruir o paciente a lateralizar a cabeça em caso de náuseas e vômitos Posicionar paciente em decúbito lateral em caso de vômitos Controlar a velocidade das dietas por sondas Distribuir horários de dieta durante o dia de forma a não provocar sobrecargas
Distúrbio no padrão do sono	Oferecer ambiente tranquilo e confortável Promover recreação Observar condições do sono e repouso durante a noite	Oferecer ambiente tranquilo e confortável Encorajar paciente a não dormir durante o dia, estimulando a realização de atividades durante o dia e respeitando as necessidades e hábitos do paciente Evitar ingestão de líquidos perto da hora de dormir Observar queixas de dor

No que tange ao diagnóstico de padrão respiratório ineficaz, as prescrições de enfermagem se referiam a “elevar cabeceira de leito em 30°”. Nesse aspecto, consideramos que a cabeceira deve ser mantida em 45° e que se deve ainda observar padrão e desconforto respiratório, monitorar saturação de

oxigênio, realizar toaleta brônquica, observar queixas de dor e realizar vaporização com água fervida.

Para o diagnóstico de náusea foi associada à prescrição “observar e anotar náuseas e vômitos”, sendo que poderiam ser prescritos outros cuida-

Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos

dos, como por exemplo, “ensinar o paciente a lateralizar a cabeça na presença de vômitos”. Esta prescrição também contribui para prevenir aspiração.

Para o distúrbio no padrão do sono, encontramos a prescrição “oferecer ambiente tranquilo

e confortável”. O sono traz benefícios para melhorar a cicatrização da ferida, reduz o tempo de reabilitação, o estresse emocional e melhora a qualidade de vida⁽³²⁾. Apontamos neste estudo algumas prescrições de enfermagem que poderiam minimizar esses problemas, como exemplo “observar queixas de dor”.

Quadro 4 - Prescrições de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem da NANDA do tipo risco. (Ribeirão Preto, 2002)

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrições de enfermagem identificadas nos registros	Prescrições de enfermagem propostas com base na literatura ⁽²¹⁻²²⁾
Risco para infecção	Solicitar carteira de imunizações Trocar equipo de soro a cada 24h Observar características da diurese Observar exsudato em curativos Fazer higiene íntima com PVP-I tópico durante o banho Realizar limpeza da bolsa coletora de urina	Monitorar temperatura corporal a cada 4 horas Avaliar resultados laboratoriais Observar e anotar sinais e sintomas de infecção: - queixas de ardência ao urinar - coloração, odor da urina - características das lesões - sinais flogísticos no local de inserção de cateter - mudança no estado mental, taquipnéia, características das secreções aspiradas, taquicardia Manter bolsa coletora de sonda vesical afastada do chão e limpa. Esvaziar a bolsa sempre que necessário Não molhar curativos de punções durante o banho ou curativo Trocar equipo de soro a cada 48 horas Instruir os familiares e visitantes quanto às medidas de prevenção de infecções Solicitar carteira de imunizações
Risco para déficit no volume de líquidos	Observar e anotar volume e característica da diurese Assegurar hidratação adequada Observar e anotar ingestão de líquidos por via oral Observar infusão de cristalóides Observar evolução do edema	Oferecer líquidos ao paciente Observar e anotar ingestão de líquidos por via oral Realizar registro rigoroso do controle hídrico: observar e anotar volume e característica da diurese e de outros líquidos drenados ou infundidos Monitorar pulsos periféricos, pressão arterial e pressão venosa central Manter extremidades elevadas
Risco para temperatura corporal alterada	Promover ambiente fresco e arejado Administrar antitérmicos conforme prescrição médica	Monitorar e comunicar as flutuações da temperatura corporal Minimizar exposição durante o banho e curativo Observar necessidade de aquecer o ambiente ou de manter o ambiente fresco e arejado
Risco para aspiração	Elevar cabeceira do leito em 30° Observar náuseas e vômitos	Manter cabeceira elevada a 45° Observar presença de náuseas e vômitos Instruir o paciente a lateralizar a cabeça em caso de náuseas e vômitos
Risco para disfunção neurovascular periférica	Observar alterações de sensibilidade em local lesado Observar queixas de dor, formigamento, temperatura e cianose em membros superiores Observar evolução de edema em mão direita Manter membros elevados	Avaliar tempo de enchimento capilar no membro afetado Avaliar frequência e ritmo de pulsos periféricos Observar alterações de sensibilidade em local lesado Manter membros elevados Observar e quantificar edema em membros e extremidades
Risco para trauma	Observar alterações de comportamento	Instruir quanto à necessidade de solicitar auxílio ao se levantar Manter grades de proteção do leito elevadas Auxiliar durante as necessidades básicas (higiene corporal e oral) e durante deambulação

As prescrições de enfermagem que foram associadas ao diagnóstico de enfermagem risco para infecção estavam relacionadas a procedimentos do dia a dia, como punções venosas, sondagem vesical de alívio e demora. Observamos que estas prescrições não deixam claro que no local de uma punção venosa seria necessário avaliar características como: edema, rubor, calor, presença de exsudato, permeabilidade do cateter.

Observa-se nas prescrições de enfermagem que há uma atenção dos enfermeiros para o diagnóstico de risco para déficit de volume de líquidos, embora nos registros de enfermagem, como já mencionamos anteriormente, há poucas informações.

As prescrições de enfermagem “observar alterações de sensibilidade em local lesado, observar queixas de dor, formigamento, temperatura e cianose em membros superiores, observar evolução de edema em mão direita e manter membros elevados” foram associadas ao diagnóstico de enfermagem risco para disfunção neurovascular periférica.

Não encontramos prescrições de enfermagem que pudessem ser associadas ao diagnóstico de enfermagem risco para trauma, que pode ser apresentado por todos os pacientes nas primeiras 72 horas após internação. Nesta fase, considerada aguda, o paciente frequentemente apresenta delírio, agitação, inquietação e essas situações podem ser caracterizadas como fatores de risco para trauma. Como foi descrito, frequentemente, a Ansiedade também está presente nessa fase e pode exacerbar esses sintomas, daí a importância de oferecer suporte emocional a esses pacientes.

Observou-se que não havia registro diário dos enfermeiros em relação à avaliação da assistência prestada aos pacientes queimados. Nesta unidade os enfermeiros avaliam os pacientes em cada turno de trabalho, entretanto, nem sempre registram essa avaliação. Observou-se, também, que havia prescrições de enfermagem sem que houvesse um problema registrado que pudesse ser associado. As anotações de enfermagem são incompletas e, na maioria das vezes, se referem à implementação de um cuidado prescrito pelo médico.

CONCLUSÕES

A partir da análise dos registros de enfermagem em 42 prontuários de pacientes adultos que sofreram queimaduras, nas primeiras 72 horas após o trauma, foram identificados 13 diferentes

diagnósticos de enfermagem. Dos 13 diagnósticos identificados, sete diagnósticos foram caracterizados como real (integridade tissular prejudicada, hipertermia, dor, ansiedade, padrão respiratório ineficaz, náusea e distúrbio no padrão do sono) e seis como de risco (risco para infecção, risco para temperatura corporal alterada, risco para aspiração, risco para déficit no volume de líquidos, risco para disfunção neurovascular periférica e risco para trauma). Foi possível estabelecer uma associação entre os diagnósticos de enfermagem identificados e as prescrições de enfermagem registradas pelos enfermeiros. Entretanto, observou-se prescrições de enfermagem e registros incompletos que deixavam dúvidas quanto à implementação dos cuidados prescritos pelos enfermeiros.

Neste estudo, observamos que para alguns diagnósticos a falta de registros completos e objetivos dificulta a sua identificação, mas não a impede. Entretanto, os diagnósticos de enfermagem, identificados a partir dos registros não retratam inteiramente a condição do paciente e, por essa razão, dificultam o estabelecimento das metas e objetivos e das prescrições de enfermagem e, conseqüentemente, dificultam a avaliação.

A maioria dos registros de enfermagem que encontramos expressava principalmente o cumprimento de ações rotineiras (banho e curativos) e a implementação de prescrições médicas, como já foi observado em outros estudos realizados nessa mesma unidade⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A falta de registros diários pelos enfermeiros que contenham uma avaliação completa do paciente pode indicar que essa avaliação não está sendo realizada. Preconiza-se nesta unidade que os enfermeiros avaliem os pacientes em cada turno de trabalho, entretanto, observou-se que nem sempre esta avaliação está sendo registrada. Os enfermeiros deveriam a cada dia avaliar o paciente; registrar os diagnósticos de enfermagem identificados e atualizar a avaliação sempre que houver mudanças. Os registros deveriam propiciar um retrato do paciente em relação aos diagnósticos aos seus fatores relacionados e características definidoras ou fatores de risco. As prescrições de enfermagem deveriam ser realizadas considerando a avaliação e os diagnósticos identificados.

O registro de todas as etapas do processo de enfermagem é importante para que se possa observar a dinamicidade dessa metodologia de assistência e também dar continuidade ao cuidado. A forma como o processo de enfermagem é implementado e registrado precisa ser discutida e reformulada e isto deve ser feito em conjunto com os

outros profissionais de enfermagem que atuam nessa Unidade. Nesse processo, o enfoque deveria ser a individualização do cuidado ao paciente e o seu envolvimento no cuidado. A documentação de todas as fases dessa metodologia

de assistência é importante e, por essa razão, deve ser discutida e operacionalizada de tal forma que retrate o cuidado realizado, mas não pode ser burocratizada a ponto de se tornar um fim em si mesmo.

REFERÊNCIAS

- (1) Rossi LA, Trevizan MA. O processo de enfermagem em uma Unidade de Queimados: análise e reformulação fundamentadas na pedagogia da problematização. *Rev Lat Am Enferm* 1995; 3(2): 37-57.
- (2) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Taxonomy I revised with official diagnostic categories. Saint. Louis: NANDA; 1989.
- (3) Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- (4) Rossi LA, Dalri MCB. Processo de enfermagem numa Unidade de Queimados: análise e proposta de reformulação segundo o modelo conceitual de Horta e a Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da NANDA *Rev Esc Enferm USP* 1993; 27(3):328-54.
- (5) Rossi LA, Casagrande LDR. O processo de enfermagem em uma Unidade de Queimados: um estudo etnográfico. *Rev Lat Am Enferm* 2001; 9(5):39-46.
- (6) Campedelli MC, Gaidizinski RR. A metodologia assistencial de enfermagem na prática. Hospital Universitário da USP. *Rev Esc Enferm USP* 1987; 21(n. esp.):62-7.
- (7) Cruz DALM, Ribeiro FG, Dutra VO, Caracciolo LT. Sistematização da assistência de enfermagem em uma área de recuperação da saúde. *Rev Esc Enferm USP* 1987; 21(n. esp.):68-76.
- (8) Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia: relato de experiência. *Rev Esc Enfermagem USP* 1987; 21(n. esp.): 77-87.
- (9) Bowman GS, Thompson DR, Sutton TW. Nurses' attitudes towards the nursing process. *J Adv Nurs* 1983; 8(2):125-9.
- (10) Milne D. The more things change the more they stay the same': factores affecting the implementation of the nursing process. *J Adv Nurs* 1985; 10(1):39-45.
- (11) Donnely GF. The promise of nursing process: an evaluating. *Holist Nurs Pract* 1987; 1(3):1-6.
- (12) Henderson V. Nursing process: a critique. *Holistic Nurs Pract* 1987; 1(3):7-18.
- (13) Sheehan J. Conceptions of the nursing process amongst nurse teachers and clinical nurses. *J Adv Nurs* 1991; 16(3):332-42.
- (14) Davis BD, Billings JR, Ryland RK. Evaluation of nursing process documentation. *J Adv Nurs* 1994; 19(5):960-8.
- (15) Martin PA, Dugan J, Freundl M, Miller SE, Phillips R, Sharritts L. Nurses' attitudes toward nursing process as measured by the Dayton Attitude Scale. *J Contin Educ Nurs* 1994; 25(1): 5-40.
- (16) Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(4):390-8.
- (17) Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev Lat Am Enferm* 2003; 11(2):184-91.
- (18) Kenney JW. Relevance of theoretical approaches in nursing practice. In: Christensen J, Kenney JW, editors. *Nursing process: application of theories, frameworks, and models*. 3rd ed. Saint Louis: Mosby; 1990. p. 3-18.
- (19) Risner PB. Diagnosis analysis and synthesis In: Christensen PJ, Kenney JW. *Nursing process: application of theories, frameworks, and models*. 2nd ed. Saint Louis: Mosby; 1986.
- (20) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações. Porto Alegre: Artmed; 1999-2000.
- (21) Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- (22) Carrougner GJ. Burn care and therapy. Saint Louis: Mosby; 1998.
- (23) Dalri MC. Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o Modelo Conceitual de Horta e a Taxonomia I Revisada da NANDA. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP; 1993.
- (24) Rossi LA, Garcia TR, Barruffini RCP, Dalri MCB, Chianca TM. Perfil dos diagnósticos de enfermagem de uma clientela de portadores de queimadura. *Cienc Enferm* 1998; 4(1):55-62.

- (25) Monzigo DW. Surgical management. In: Carrougher GJ. Burn care and therapy. Saint Louis: Mosby; 1998. p. 233-47.
- (26) Dyer C, Roberts D. Thermal trauma. Nurs Clin North Am 1990; 25(1):85-117.
- (27) Aulick LH, Hander EH, Wilmore DW, Mason Jr AD, Pruitt Jr BA. The relative significance of thermal and metabolic demands on burn hypermetabolism. J Trauma 1979; 19(8):559-66.
- (28) Choiniere M, Melzack R, Rondeau J, Girard N, Paquin MJ. The pain of burns: characteristics and correlates. J Trauma 1989; 29(11):1531-9.
- (29) Robert R, Blakeney P, Villarreal C, Meyer III WJ. Anxiety: current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. Burns 2000; 26(6):549-52.
- (30) Marvin JA. Management of pain and anxiety. In: Carrougher GJ. Burn care and therapy. Saint Louis: Mosby; 1998. p. 1667-83.
- (31) Rue III LW, Cioffi WG, Mason AD, McManus WF, Pruitt Jr BA. Improved survival of burned patients with inhalation injury. Arch Surg 1998; 128(7):772-80.
- (32) Boeve SA, Aaron LA, Martin-Herz SP, Peterson A, Cain V, Hembach DM et al. Sleep disturbance after burns injury. J Burn Care Rehabil 2002; 23(1):32-8.
- (33) King MW. Nursing consideration of the burned patient during the emergent period. Heart Lung 1982; 11: 353-61.

Correspondência:
Lídia Aparecida Rossi
Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3900
CEP -01440-902 - SP