



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EPIDEMIOLOGIA DA DOR EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

ANA KELVE DE CASTRO DAMASCENO

FORTALEZA
2005

Este estudo contou com o apoio financeiro da CAPES/MEC, no período de 2002 a 2003 e FUNCAP em 2004 a 2005.

ANA KELVE DE CASTRO DAMASCENO

EPIDEMIOLOGIA DA DOR EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação – Doutorado em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de concentração em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Grasiela Teixeira Barroso
Co-orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Linha de Pesquisa

Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade

FORTALEZA
2005

D 162d Damasceno, Ana Kelve de Castro
epidemiológico de dor em crianças queimadas
– compreender para melhor intervir/Ana Kelve de C.
Damasceno
Fortaleza, 2005.
114 f.
Orientadora: Maria Grasiela Teixeira Barroso.
Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará.
Departamento de Enfermagem.
1. Queimaduras. 2.Dor. 3. Enfermagem. 4.Criança
I. Título.

CDD 617.11



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA KELVE DE CASTRO DAMASCENO

EPIDEMIOLOGIA DA DOR EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Banca examinadora em 11/032005

Prof^a. Dr^a. Maria Grasiela Teixeira Barroso

Universidade Federal do Ceará - Presidente

Prof^a. Dr^a. Fátima Aparecida Emm Faleiros

Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto - Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Universidade de Fortaleza - Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia de Souza Leite

Universidade Estadual do Ceará - Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Josenília Maria Alves Gomes

Universidade Federal do Ceará - Membro Efetivo

Dedico este estudo a todas **as crianças vítimas de queimaduras** que, mesmo nos momentos de dor mais pungente, não perderam aquele olhar doce no horizonte cheio de esperança em sua reabilitação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me fortalecido nos momentos mais difíceis, sempre iluminando os meus pensamentos.

Ao meu marido Carlinhos, que sempre me apoiou em tudo o que faço e me impulsionou aos estudos de pós-graduação, dando um suporte indispensável à conclusão deste estudo.

Ao meu filho Carlos Eduardo, pelas muitas vezes que a mamãe não pode brincar com você porque estava estudando. Você foi o meu melhor resultado durante o doutorado.

Aos meus pais, Adilardo e Jacira, que foram os responsáveis pelo início de tudo, sem eles a vida não seria possível.

À Professora Dr^a Maria Fátima Maciel Araújo, minha sogra e amiga, sempre me direcionando para o melhor caminho em busca de um crescimento profissional.

À Professora Dr^a Maria Grasiela Teixeira Barroso, por ter sempre acreditado em meu potencial. Com ela, aprendi a pesquisar, mas muito mais sobre a vida com seus sábios ensinamentos.

Ao Professor Dr. Paulo César Almeida, que me deu todo o suporte estatístico e a sua amizade para realizar este trabalho.

À Professora Dr^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, que plantou a semente desta temática em meus estudos, vendo nesta tese um fruto também seu.

Ao Programa Especial de Treinamento/CAPES da UFC que ofereceu toda a base para construir minha carreira acadêmica.

À Diretora de Enfermagem do IJF, Mônica Maria Gadelha Moreira, que, mais uma vez, me recebeu nessa Instituição com todo o respeito e carinho.

Ao Chefe do Centro de Tratamento de Queimados do IJF. Dr Paulo Régis pelo apoio na realização deste trabalho.

Ao Superintendente do IJF, Dr. Marcos Antônio Alves, e ao Presidente da Comissão de Ética do IJF, Dr. Jonas Araújo e Silva, pela aprovação do estudo.

A todos os que fazem parte do Centro de Tratamento de Queimados do IJF, na pessoa da Chefe de Enfermagem Adélia Timbó e a Enfermeira Eliane Brito, pelo respeito e amizade.

À amiga Patrícia Neyva pela amizade sincera que construímos durante toda a nossa vida acadêmica.

As colegas de curso: Albertina Diógenes, Ana Martins, Andréa Linard, Dafne Rodrigues, Diva Teixeira, Escolástica Rejane, Eugênio Franco, Lia Silveira, Ligia Barros, Maristela Chagas, Socorro Dias, Teresa Mariotti e, pela bela convivência e troca de experiências.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC, o meu muito obrigada.

Às bibliotecárias Norma de Carvalho Linhares e Eliene Maria Vieira Moura, pela maneira dedicada que sempre me recebiam para as pesquisas.

RESUMO

Objetivos deste estudo realizar investigação epidemiológica da dor em crianças vítimas de queimaduras, identificar o perfil epidemiológico das crianças vítimas de queimaduras no processo da dor, avaliar a dor da criança queimada utilizando uma Escala Visual Analógica – EVA (escala de faces) e fornecer subsídios ao serviço de queimados para avaliar o processo de dor. É um estudo de natureza epidemiológica descritiva, que se desenvolveu no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota no período de agosto de 2003 a setembro de 2004. A amostra foi de 100 crianças, no período de março a setembro de 2004. Utilizamos um formulário que contém a Escala Visual Analógica– EVA (escala de faces). Para consolidação dos dados, utilizamos a computação eletrônica, com o programa Statistical Package of Social Service - SPSS. Os resultados obtidos são que as crianças do sexo masculino (56%), na faixa etária de 0 a 24 meses (39%), provenientes da capital (55%), tendo a cozinha como principal cenário (60%), e o agente causal mais comum os líquidos quentes (66%), demonstrando os diversos fatores de risco, que estas crianças estão expostas, levando-as ao fenômeno doloroso. A dor está presente nos acidentes com queimaduras em 91% das vítimas, principalmente nas queimaduras de 2º e 3º grau. Na EVA a avaliação feita pela criança teve um valor bem aproximado do acompanhante, com os níveis 0 (sem dor), 1, 2, 4 e 5 (pior dor) ficando aproximadamente 50% para cada avaliador, demonstrando que o adulto teve uma boa avaliação da dor da criança internada, denotando conhecer bem o seu ente. Nos níveis de dor 1 e 2, a avaliação do acompanhante deteve um percentual um pouco maior, demonstrando que não houve grandes discrepâncias entre estas avaliações. Entendemos que a avaliação da dor deva ser incluída na rotina diária de cuidados afirmando se como o quinto sinal vital.

Palavras – chaves: queimaduras, dor em criança e enfermagem.

ABSTRACT

Objectify to carry out an epidemiological investigation about pain in children that are victims of burns, to identify the epidemiological profile of these children in the pain process, to evaluate the burned children's pain using a Analogical Visual Scale (EVA), also called face scales and provide the service for burned people conditions to evaluate the pain process. It is a descriptive epidemiological study, which was developed in the Burn Treatment Centre of Dr. José Frota Institute in the period between August 2003 and September 2004. The sample constituted 100 children between March and September 2004. We used a form, which contains the Analogical Visual Scale (EVA) also called face scales. In order to consolidate the data, we used electronic computing, with the program Statistical Package of Social Service - SPSS. Our results showed that male children (56%), between 0 and 24 months old (39%), from the capital (55%), having the kitchen as the main setting (60%), and hot liquids as the more common causal agents (66%), demonstrating the different risk factors to which these children are exposed, leading them to the pain process. Pain is present in 91% of the victims of accidents with burns, mainly in second-degree and third-degree burns. In EVA the evaluation done by the child he/she had a very approximate value of the companion, with the levels 0 (without pain), 1, 2, 4 and 5 (worse pain) being approximately 50% for each appraiser, demonstrating that the adult had a good evaluation of the interned child's pain, denoting to know your being well. In the levels of pain 1 and 2, the companion's evaluation stopped a percentile one a little larger, demonstrating that there were not great discrepancies among these evaluations. We understood that the evaluation of the pain should be included in the daily routine of cares and be affirmed as the fifth vital sign.

Key-words: burns, pain in children and nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

PÁGINA

Gráfico 1 - Distribuição do número de vítimas de queimaduras internadas por mês, crianças de 0 a 10 anos e vítimas atendidas pela primeira vez no CTQ/IJF, jan./dez. de 2003. Fortaleza-Ceará.-----**50**

Gráfico 2 - Distribuição dos tipos de agentes causais de queimaduras em vítimas atendidas pela primeira vez no CTQ/IJF, jan.-ago./2003 e jan.-ago./2004 Fortaleza-Ceará.-----**52**

Gráfico 3 - Distribuição do percentual das crianças vítimas de queimaduras, segundo a dor no momento do acidente e dor no momento da entrevista. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.-----**76**

Gráfico 4 - Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor controlada, segundo o tipo de queimadura. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.-----**77**

Gráfico 5 - Distribuição do percentual comparativo entre a autoavaliação da dor das crianças vítimas de queimaduras com avaliação feita pelo(a) acompanhante segundo a escala visual analógica. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-CE.---**78**

Gráfico 6 - Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor no acidente, segundo o tipo de humor. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.-----**83**

Gráfico 7 - Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor controlada, segundo a qualidade do sono. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.-----**84**

Gráfico 8 - Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor controlada, segundo a variação no apetite. mar/out de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.-----**86**

LISTA DE QUADROS

PÁGINA

Quadro 1 - Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras, segundo o sexo, procedência, idade, posição familiar e tipo de acompanhante no CTQ-IJF mar. a out. de 2004. Fortaleza-Ceará.-----**67**

QUADRO 2 - Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras, segundo o tipo de queimaduras, agente causador e local do acidente. mar. a out. de 2004. Fortaleza-Ceará.-----**69**

QUADRO 3 - Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras, segundo a SCQ, diagnóstico, dias de internamento e tratamento. mar. a out. de 2004. Fortaleza-Ceará.-----**74**

QUADRO 4 - Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras, segundo a dor no momento do acidente, tempo de exposição à dor e a dor no momento da entrevista. mar. a out. de 2004. Fortaleza-Ceará.-----**81**

LISTA DE TABELAS

PÁGINA

TABELA 1 - Distribuição do número de pessoas segundo as faixas etárias das vítimas de queimaduras atendidas pela primeira vez no CTQ/IJF, Jan/Ago de 2003. Jan/Ago de 2004. Fortaleza/Ceará.-----**53**

TABELA 2 - Distribuição das idades das crianças vítimas de queimaduras, segundo os tipos de queimaduras. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza/Ceará-----**70**

TABELA 3 - Distribuição do sexo das crianças vítimas de queimaduras, segundo o agente causador. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza/Ceará-----**71**

TABELA 4 - Distribuição das idades das crianças vítimas de queimaduras, segundo o agente causador. ma.r/out. de 2004, CTQ/IJF.-----**72**

LISTA DE FIGURAS

PÁGINA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA CRIANÇA COM QUEIMADURAS-----56

EQUAÇÃO PARA O ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA-----61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	7
3	REVISÃO DE LITERATURA	8
	3.1 Epidemiologia das Queimaduras em Crianças	8
	3.2 Epidemiologia da Dor	12
	3.3 Dor na Criança	17
	3.4 Cuidado de Enfermagem na Criança com Dor	27
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
5	MÉTODO	44
	5.1 Ambiente da Pesquisa	47
	5.2 População e Amostra	47
	5.3 Passos Seguidos	48
	5.4 Análise de Dados	49
6	RESULTADOS E COMENTÁRIOS	50
	6.1 Epidemiologia das Queimaduras no CTQ/IJF	50
	6.2 Observando o cotidiano das queimaduras em crianças	54
	6.3 Perfil de criança queimada	63
	6.4 Perfil da dor na criança queimada	75
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

1. INTRODUÇÃO

As queimaduras são traumas térmicos que ocasionam lesões teciduais acompanhadas de dor, o que é algo pugnente nesse tipo de acidente deixando, na maioria das vezes, seqüelas irreversíveis às vítimas de queimaduras. As crianças são as maiores vítimas deste trauma, devido o desejo natural de exploração do ambiente doméstico, deixando-as susceptíveis a ocorrência de acidentes.

A queimadura é o segundo tipo de acidente letal, ocorrendo cerca de 3.000 mortes por ano, além das seqüelas estéticas-funcionais importantes (SERRA; GOMES, 1999).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, as crianças são as maiores vítimas de queimaduras, sendo este fato bem demonstrado a partir de estudo realizado cobrindo um período de 20 anos com pessoas que sofreram um trauma térmico em diferentes idades (GOMES; SERRA; PELLON, 1997).

Nos Estados Unidos da América, há registro de que aproximadamente 1461 crianças de 0-19 anos morreram por traumas decorrentes de queimaduras. Estima-se que cerca de 70% de todas as mortes de crianças, causadas por queimaduras, poderiam ter sido prevenidas (ROSSI et al., 1998). Percebemos como os traumas com queimaduras fazem parte do cotidiano das crianças, cuja dor está presente nas queimaduras em suas diversas fases, começando desde o momento da lesão térmica até o processo de regeneração dos tecidos, em que o latejamento e o prurido são intensos, passando pelo tratamento que consiste em procedimentos muitas vezes sofrível, como

curativos, sondagens, debridamentos e cirurgias reconstrutoras. Além da dor física, não podemos esquecer a dor psicológica, que abala o emocional das vítimas, levando, muitas vezes, a quadros depressivos, o que dificulta o próprio tratamento.

Devem ser relevantes os dados retirados do censo de um Hospital de Emergência da rede pública de Fortaleza, com o setor especializado em tratamento de queimaduras. Somente no ano de 2000, foram registrados internamentos de 666 pessoas acidentadas por queimaduras, em média 55 casos/mês, sendo que cerca de 30 a 40% das vítimas são crianças, e com uma taxa de mortalidade/ano igual a 4% (Instituto Dr. José Frota - Centro de Tratamento de Queimados /IJF-CTQ:2000).

E o volume de procedimentos dolorosos a que as crianças são submetidas são enormes, muitas vezes sem sedação e analgesia adequadas. A dor fica como elemento inerente ao diagnóstico clínico ou terapêutico, e não restrita a um sintoma ou entidade clínica merecedora de atenção no tratamento (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Conviver cotidianamente com a dor é um processo sofrível que requer uma estrutura psicológica dos profissionais e familiares, os quais, na maioria das vezes, não se encontram preparados para lidar com tal sofrimento. Este fato fica mais difícil quando a abordagem sobre dor envolve crianças, pois ações traumáticas na infância repercutem na vida como todo (PIMENTA; CORREIA, 1999).

O convívio com gritos, choros e gemidos de crianças me despertou o interesse de estudar a dor como algo importante no paciente com queimaduras, pois uma criança sem dor controlada pode trazer instabilidade emocional para a equipe, e principalmente, familiares.

As mudanças que ocorrem no dia-a-dia das equipes, nos momentos de atuação e relacionamento interpessoais, podem causar modificações no parâmetro da própria atuação dos profissionais, muitas vezes provocado pelas angústias e reações sofridas na convivência com dor e com a morte (MAGALHÃES; TIESENHAUSEN, 2000).

Segundo Serra e Gomes (1999), as lesões mais dolorosas que o ser humano pode suportar são as injúrias térmicas decorrentes dos acidentes com queimaduras, devido ao efeito imediato do trauma térmico, havendo elevação dos níveis plasmáticos de beta-endorfina e diminuição da sensibilidade à dor, tendo estes fatos relação direta com a extensão da lesão.

A dor no paciente queimado, provoca uma série de alterações fisiológicas importantes como aumento da glicemia, cortisol, hipermetabolismo, maior consumo de oxigênio, taquipnéia, sudorese, entre outros. Além disso, ocorrem

reações adversas ocasionadas por drogas anestésicas e analgésicas. É necessário fazer-se correlação dos sinais vitais (parâmetros fisiológicos) com a dor, pois a dor provoca alterações principalmente na frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, sudorese e agitação psicomotora. Não se deve esperar que a dor seja apenas o resultado da expressão facial e emocional. Esta etapa de identificação da dor não se restringirá apenas à detecção para a aplicação de analgésicos, mas para empregar com a criança outras técnicas de alívio da dor.

A dor decorrente da queimadura, quando não devidamente tratada, contribui para o agravamento do prognóstico. Possui ação imunodepressora, diminuindo a função dos monócitos, levando ao hipermetabolismo, desnutrição e elevação da resposta endócrina metabólica ao trauma, o que contribui para a infecção e aparecimento dos distúrbios psicológicos (LINDOZO; PAIVA, 2004).

Um dos mais importantes problemas referente aos profissionais da saúde é quase sempre o não preparo para avaliar a dor do cliente pela extrema e exacerbada alteração do sistema nervoso. Esse fato torna-se um processo traumatizante, que envolve o afetivo e o cognitivo. Diante desta realidade, é preciso melhorar a qualificação dos profissionais da saúde, para a compreensão adequada da dor sentida, evitando subestimá-la.

Os profissionais da saúde devem compartilhar uma visão biopsicossocial a partir da necessidade de uma assistência multidisciplinar, que envolva os aspectos biológicos, emocionais e sócio-culturais da experiência dolorosa (LODUCA; SAMUELIAN, 2003).

O trabalho cotidiano com crianças queimadas é um processo bastante desgastante, porque o que mais aflige a criança queimada e sua família é o sofrimento, é a dor que desestrutura a todos, e, principalmente, quem convive rotineiramente com as vítimas. Lidar cotidianamente com a dor exige dos profissionais um perfil psicológico bem aprimorado para tal, aprendendo lidar com as adversidades.

A dor no paciente queimado pode ser de caráter nociceptiva, proveniente de lesão traumática, ou neuropática, decorrente de lesão direta no sistema nervoso, variando de acordo com a profundidade, a extensão, a localização e também, pelas complicações decorrentes da injúria, além do limiar da dor (LINDOZO; PAIVA, 2003).

A dor aguda no paciente queimado tem uma evolução natural com a remissão espontânea do processo doloroso, pois, durante a cicatrização da área lesada, ocorre a diminuição de substâncias capazes de causar a dor (LINDOZO; PAIVA, 2003).

Não se pode pensar que o sofrimento está relacionado diretamente a estar internado em um hospital; se já se espera passar por isso, a dor deveria ter uma importância maior em seu controle, tal como os outros sinais vitais.

As condutas necessárias para minimização da dor bem como da depressão e da ansiedade relacionadas aos procedimentos devem ser individualizadas e de acordo com a idade, grau de invasão tecidual, tempo de duração do procedimento,

do estado clínico da criança e no contexto do ambiente de ocorrência das injúrias térmicas (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Defendo a tese de que a dor em crianças com queimaduras pode ser mais bem avaliada por meio de um estudo epidemiológico da dor em uma unidade de queimados. A partir desta melhor compreensão do fenômeno doloroso, espera-se que se observe a necessidade na estrutura do serviço, de condições que favoreçam a minimização da dor na criança queimada. Foi objeto do estudo a dor em crianças vítimas de queimaduras, enfocando o estudo epidemiológico, tendo em vista que o processo doloroso participa do sofrimento no cotidiano desses pacientes.

É importante estudar a dor em crianças vítimas de queimaduras, conhecer perfil, o cotidiano e o tratamento do paciente com dor, como algo a ser vivenciado, já que a dor envolve todas as etapas das queimaduras. Sendo uma hipótese do nosso estudo: que para uma melhor avaliação e mensuração da dor feita pelas crianças, ou pelo acompanhante é necessário contribuir com instrumentos precisos, válidos e fidedignos.

Este estudo epidemiológico da dor em crianças com queimaduras auxilia a investigação através da qual nos propomos não somente a revelar os índices epidemiológicos, mas também tenta compreender um pouco sobre o fenômeno doloroso na vítima de queimaduras, contribuindo para minimização do sofrimento durante o tratamento, já que a dor permeia todo o processo das queimaduras.

2. OBJETIVOS

GERAL

- Investigar a epidemiologia da dor em crianças vítimas de queimaduras.

ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil epidemiológico das crianças vítimas de queimaduras no processo da dor;

- Avaliar a dor da criança queimada utilizando uma Escala Visual Analógica – EVA (escala de faces);

- Fornecer subsídios ao serviço de queimados para avaliar o fenômeno doloroso.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Epidemiologia das Queimaduras em Crianças

No contexto dos acidentes que acontecem no mundo com crianças, as queimaduras ganham destaque, em razão de sua ocorrência ter origem, em potencial, na ânsia infantil de descoberta e no misticismo do elemento fogo. Este fato é antigo, vindo desde a descoberta

deste fenômeno pelo homem, quando ele precisou aprender a conviver com as queimaduras. A partir de então, foram inúmeras as tentativas realizadas, pelo próprio homem, para que, na esfera desse acontecimento, viesse também a cura das lesões.

Procurando entender a psicologia infantil e a sua aproximação com os povos primitivos no que se refere à fantasia, notaremos um elemento comum que é o fogo, como algo adorado, místico e mágico. Este fato faz que as crianças incluam o fogo nas suas brincadeiras e atos cotidianos (GOMES,1995).

Segundo Souza, Rodrigues e Barroso (1998), os acidentes não atingem determinada classe

social, raça, idade ou sexo, mas sim os menores que estão em contato com os fatores de risco em ambientes que favorecem a ocorrência do acidente.

É no ambiente doméstico que acontecem os acidentes mais comuns com crianças, na faixa etária de 0 a 5 anos. São as quedas, queimaduras, intoxicações exógenas e corpos estranhos, por ingestão, relacionados, principalmente, com a fase de descoberta da criança, em que se abre um mundo ao seu redor para ser explorado pela sua curiosidade (DAMASCENO, 2002).

Os agentes térmicos, elétricos, químicos e radiações ionizantes são os tipos de agentes causais mais comuns das queimaduras, em ordem de incidência (SERRA; GOMES, 1999).

As queimaduras se caracterizam como lesões dos tecidos orgânicos, em consequência de um acidente térmico. Apresentação clínica varia desde uma região hiperemiada, presença

de bolhas ou flictenas, até extensas e profundas áreas, que poderão acarretar graves respostas sistêmicas (GOMES; SERRA; PELLON, 1997).

Este tipo de acidente causa modificações diversas no organismo, pois, a pele ao entrar em contato com o agente agressor, será produzida uma resposta, resultando principalmente na liberação de substâncias mediadoras e vasoativas, como as prostanglandinas, histamina, serotoninas, quininas e outros, ou na perda de líquidos, eletrólitos e proteínas do compartimento vascular para o interstício do tecido afetado e não afetado. Estes fatores produzirão tanto modificações no plano local quanto geral, afetando o sistema metabólico,

imunológico, cardiovascular, renal, hematológico, gastrointestinal e outros (ALOISI et al., 1999).

De acordo com Costa et al (1999), os acidentes com queimaduras podem ser causados por diferentes lesões, tais como térmicas, químicas, elétricas e radiações.

Estes acidentes poderão solicitar desde cuidados simples até mais complexos, porquanto, é importante que a pessoa acidentada seja atendida em um centro especializado em tratamentos de queimaduras, para que seja possível realizar um diagnóstico favorável ao tipo de tratamento de que irá precisar.

De acordo com a portaria nº 1.274, de 22 novembro de 2000, do Ministério da Saúde do Brasil, que regulamenta a sistemática ao tratamento de queimados em todo o País, a partir de sua publicação no Diário Oficial do dia 26 de fevereiro de 2001, consideram-se os seguintes diagnósticos e os classificam em: pequeno, médio e grande queimado.

Essa classificação, com regulamentação veio para estabelecer uma assistência adequada e bem-remunerada, haja vista que os gastos com o paciente são elevados. Isto por que não havia antes uma tabela do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde SIH-SUS própria para procedimentos com pacientes

queimados, e as instituições tinham muitos prejuízos, pois os gastos eram contabilizados como pacientes de clínicas médicas ou cirúrgicas.

A tabela utilizada para o cálculo da Superfície Corporal Queimada- SCQ é a mais utilizada no plano internacional, chamado de esquema de Lund-Browder, que se apresenta de forma muito simples, mas bastante rígida (GOMES; SERRA; PELLON, 1997).

De acordo com a Centro de Controle de Doença (CDC) (1990, p.639), nos Estados Unidos da América, os custos com queimaduras *são estimados em torno de US\$ 36 bilhões por ano. Anualmente, cerca de 27.000 crianças são*

hospitalizadas por causa de queimaduras, a quais 75% são do sexo masculino.

Outro fato importante relacionado ao acidente com queimaduras no ambiente domiciliar é que há sempre um local mais propício a esse tipo de acontecimento. Segundo Rossi et al (1998), o local mais comum é a cozinha, seguido do quintal, correspondendo a soma de ambos a 84,6% dos acidentes ocorridos. No mesmo estudo, com relação aos agentes causadores, os líquidos quentes participaram com 91% das crianças acometidas por trauma térmico, abaixo de 3 anos de idade.

E, para correlacionar com o agente causador das queimaduras, o local mais comum do acidente foi a cozinha, com 76 (63,3%), onde, certamente, os líquidos aquecidos estão mais presentes. Talvez este fato esteja de alguma forma ligado à presença do sexo feminino nas atividades domésticas diárias (DAMASCENO, 2002).

Gomes (1995) assegura que, acima dos 3 anos, os acidentes mais comuns são ocasionados por combustão, principalmente com álcool, um produto bem comum nos lares brasileiro, utilizado na limpeza diária como antisséptico, e para aumentar as chamas de churrasqueiras, que faz parte do ambiente domiciliar, sendo deixado em locais de fácil acesso.

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA DOR

A epidemiologia é impulsionada por outras ciências como a biologia molecular e engenharia genética, além da epidemiologia social, fundamental para compreensão dos fenômenos sociais. Não é possível persistir na visão restrita à doença, de que historicamente a epidemiologia retrata, o processo saúde-doença jamais será compreendido se não houver uma completa compreensão tanto biológica quanto social. Portanto não pode haver uma dissociação dessas duas áreas para os fenômenos que louvem o homem no seu adoecer e morrer possam ser estudados adequadamente (POSSAS, 1990). Nesse processo, a dor deve ser estudada levando em consideração a sua evolução para compreender os fenômenos que a envolvem.

Sempre será digno de menção todo o problema ético que envolve a compreensão da dor, pois, como indaga Gomes (2004): a dor existe ? Porém, ela não possui existência própria. O que existe é a pessoa doente, resultando em uma situação extrema da dor. A intensidade da dor é algo individual e cada ser humano tem a sua lógica biológica, o que não podemos é subestimá-la.

Segundo a IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é considerada uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido (GOUVEIA; SANTOS; NEMAN, 2003).

No caso específico do nosso estudo, estudaremos a dor aguda, já que nos traumas com queimaduras na infância, o processo doloroso é agudo, porém bem presente nas diversas etapas do tratamento das queimaduras. No entanto, o processo de dor apresenta-se desde a injúria térmica até a regeneração dos tecidos, sem falar das inúmeras vezes que o paciente precisa retornar ao serviço para corrigir seqüelas estético-funcionais de queimaduras.

Dor aguda *é o mecanismo que habitualmente alerta para ocorrência de lesões teciduais*, muitas vezes a sua presença sendo critério de decisão quanto à alta hospitalar, ou doentes operados ou que sofrem traumatismos (TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003).

Historicamente a dor vem sendo estudada desde os tempos primitivos, com registros gráficos da pré-história, e vários outros documentos em que o homem já se preocupava em esclarecer o porquê da dor e como se faz seu controle (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

Mas, mesmo sendo um fenômeno universal, vale ressaltar que o processo cultural diferencia muito a dor de um povo para outro, esta não sendo expressa do mesmo modo. A expressão da dor modifica-se em culturas diferentes, independentemente de seus determinantes anatômicos e fisiológicos, levando em consideração toda a carga cultural que pesa no processo de dor (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

A herança cultural em torno da dor é algo que pode influenciar positivamente ou negativamente o ser humano; desgasta-se com o tempo e, somente depois de longos anos, pode se dar a incorporação de valores diferentes nos seus hábitos, bem como a construção de hábitos mais práticos da vida moderna.

Os povos primitivos tinham idéias místicas em torno da dor, relacionando a dor à punição, como um castigo dos deuses ou demônios ou, eventualmente, qualquer inimigo do homem. A compreensão era de que a dor, como algo totalmente externo ao corpo, sendo usado como castigo quando o homem quebrasse os seus compromissos, resultava no corpo mazelas e dores. Há 2000 anos, a crença era de que a dor existia externamente ao corpo e nele penetraria como força real. Já havia a distinção entre dores externas (queimaduras, feridas, fraturas e abscessos) de dores internas (dores abdominais, torácicas ou de cabeça). Atualmente, temos várias formas de explicar e justificar o aparecimento da dor. Não havia correlação da dor com doenças no organismo, muitas vezes pensava-se somente em danos externos, como acidentes, ou penetração de objetos no corpo,

como o mito de que flechas, ou fluídos mágicos dos espíritos ou dos demônios entrariam no corpo e causariam dor, alertas e alarmes no organismo (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

A evolução da terapêutica também data de milênios atrás, quando o tratamento consistia em meios físicos e vegetais, com funções analgésicas, tais como rituais, plantas, manipulação, aplicação de calor, frio ou fricção, sendo que muitos destes métodos são utilizados até hoje, devido a respostas satisfatórias no tratamento da dor (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

Cerca de 125 a 225 d.c, os povos antigos da China já utilizavam a acupuntura, mas também usavam a maxibustão - o uso de massagens, exercícios físicos e regimes dietéticos. Mas quando não havia a cessação da dor com a acupuntura, geralmente entrava em cena a figura do cirurgião Huato, que administrava uma mistura de vinho com pó efervescente e anestésico que acarretava intoxicação e insensibilidade completa (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

Então, a dor traça uma longa trajetória em torno da sua evolução como algo estudado pela ciência, com avanços tecnológicos como a produção de drogas potentes, sem esquecer o avanço no cuidado com a dor e a sua valorização pelo ser humano, compondo a compreensão do avançar na epidemiologia da dor presente na História.

Os estudos epidemiológicos abrem espaço para a análise da distribuição e dos determinantes da ocorrência de dor em população ou grupos de indivíduos, colaborando para retratar a história natural das doenças quanto à instalação,

duração, recorrência, complicações, incapacidades e mortalidade. A epidemiologia contribui também para construção de programas de prevenção e tratamento, tendo atuação na modificação dos agentes causais, bem como a relação entre estes e os fatores ambientais (TEIXEIRA; TEIXEIRA; KRAYCHETE, 2003).

O diagnóstico das afecções dolorosas é geralmente *fundamentada na ocorrência concomitante em processo da doença com a evolução conhecida e possível causa*. (TEIXEIRA; TEIXEIRA; KRAYCHETE, 2003, p.54)

No Brasil, cerca de 50 % dos doentes que procuram algum atendimento clínico relatam dor. E, somente no Brasil, a dor representa 70% das razões de pacientes procurarem consultórios, sendo 1/3 de todas as queixas atendidas (TEIXEIRA; TEIXEIRA; KRAYCHETE, 2003).

Grande parte das pessoas que sofrem traumatismos ou submetem-se a procedimentos cirúrgicos decorrentes destes sofrem com o processo doloroso. Em países industrializados, a terceira causa de morte são os traumatismos resultantes dos acidentes, e constituem também a principal causa de óbito na segunda ou terceira década de vida das pessoas traumatizadas. Nos Estados Unidos da América, cerca de 17 milhões de pessoas que sofrem traumas necessitam de internamento, totalizando um gasto de 62 milhões na década de 70 (TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003).

Os pacientes judeus, latinos e europeus do sul possuem um limiar muito menor para a dor do que negros, orientais e europeus do norte, que suportam

melhor a sensação de dor. Com isso, o enfermeiro deverá estar atento, a fim de prestar uma assistência individualizada (DRUMMOND, 2000).

É necessária a compreensão deste breve percurso dos povos antigos até a modernidade no que diz respeito ao processo de dor para percebermos as facilidades e dificuldades de estudá-lo, pois a investigação epidemiológica tem um fio de condução para guiar o conhecimento acerca de um problema.

3.3 DOR NA CRIANÇA

A subjetividade em se estudar a dor é algo que se complica ainda mais quando a literatura sobre o assunto não é tão extensa. E quando a dor se particulariza para dor em criança fica ainda mais restrito, principalmente quando há uma dificuldade clínica em se diferenciar a dor da ansiedade. O próprio conceito de dor tem sofrido diversas modificações ao longo do tempo, incluindo-se no universo de fatos que fazem parte da sensação dolorosa, além dos aspectos físicos, os culturais e emocionais (PIMENTA, 1998). Sem falar que, tradicionalmente, a dor não tem sido resgatada como um problema de saúde pública, mas somente como um indicador de lesão ou doença (GROHOLT; STIGUM; NORDHAGEN, 2003).

Segundo Torritesi e Vendrúsculo (1998), a dor é resultante de processos fisiológicos, psicológicos, intelectuais e culturais, se tornando algo bem particular,

utilizado muitas vezes, como mecanismo de fuga e proteção, considerado um fenômeno multidimensional.

Béjar (2003) retrata sobre a variação da modulação da intensidade da dor, pois há doentes que convivem tranqüilamente com dores insuportáveis, enquanto outros sofrem muito com estímulos álgicos pequenos. Este fato é importante para compreendermos como a subjetividade de cada ser humano, juntamente com seus determinantes sociais, emocionais e psicológicos são importantes para o conviver com a dor. Não podemos deixar de diferenciar a dor do sofrimento, já que a dor possui qualidade narcísica de incomunicabilidade, se tornando intensa e destrutiva. O sofrimento vem de alguém, travando toda a capacidade de pensar, minimizando o trabalho psíquico do ser humano.

A dor, como algo presente no sofrimento do indivíduo, pode ter uma medida paliativa ou até definitiva, um controle. Mas o sofrimento como algo contínuo, cuja causa permeia freqüentemente o pensamento do paciente, dependerá do restabelecimento próprio para enfrentá-lo (PIMENTA; 1998).

Alguns tipos de dores agudas são comuns nos primeiros anos de vida, como a cólica no recém-nascido, as otites de causa externa, a síndrome da dor abdominal recorrente, ocorrendo em 25% das crianças em idade escolar, a cefaléia, que afeta 3% das crianças e até 10 % dos adolescentes e a chamada "dor do crescimento", que atinge 15% das crianças e adolescentes (TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003).

Por isso, é necessário a compreensão da dor na criança desde a fase uterina até a faixa etária compreendida neste estudo. Por volta da 26^a semana de gestação, o feto já tem formado todo o seu sistema nervoso voltado para a questão da dor, já sendo capaz de sentir dores.

Foi observado que, por muito tempo, nos Estados Unidos - em cerca de 17% de todos os Centros de Tratamento de Queimaduras - não era empregada analgesia rotineira em crianças que precisavam de debridamentos das feridas, por acreditarem que as crianças sentem menos dor que os adultos, não havia uma memória para a dor e estariam mais propensas a depressão respiratória e circulatória, sedação e dependência (TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003).

Hoje, a tecnologia na terapêutica de medicamentos traz a cada dia um diferencial no que diz respeito à segurança, biodisponibilidade e eficácia das drogas como algo a completar o tratamento e não como a única saída para tratar o fenômeno doloroso.

Acreditava-se no passado que os neonatos não sentiam dores, pois os neurônios não eram mielinizados, não fazendo condução do processo doloroso. No entanto Guinsburg e Balda (2003), relatam que os recém-nascidos, principalmente o prematuro, sentem mais dor que pessoas nas faixas etárias maiores, quando expostos a procedimentos dolorosos ou a sensações desagradáveis. Confirmam também a importância do contato físico entre mãe e concepto, pois a presença da mãe junto ao filho atenua o comportamento e os processos fisiológicos no momento da dor.

De acordo com Whaley e Wong (1989), devido à dor ser um fenômeno que só pode ser compreendido por quem sente, não podendo ser vivenciado por outro, ocorre a desvalorização da dor principalmente nas crianças.

Nos neonatos e crianças, o fenômeno doloroso é quantificado conforme a interpretação das adaptações comportamentais e psíquicas reveladas durante o processo de maturação da dor (TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003). Os neonatos são muito mais sensíveis à dor do que os lactentes na faixa de 2 a 12 meses. Aos 18 meses, há uma diminuição do limiar da sensibilidade. Aos três meses, os lactentes apresentam pouca frequência do "sorriso endógeno", na duração e frequência do "choro espontâneo" e a memória melhora reconhecimento de eventos passados (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

Dos 2 aos 7 anos, a criança já começa ter consciência do seu próprio corpo e da necessidade de cuidados. Aos 3 anos, já nomeia parte do corpo como nariz, boca e olhos. Aos 4 anos, consegue localizar a dor razoavelmente. Com 5 anos, já diferencia a intensidade da dor usando vários termos e começa a utilizar conceitos abstratos para percepção dolorosa (sensorial, emocional). Aos 7 anos, com certa moderação, mas não tem capacidade de distinguir a dor interna da dor externa. Já de 7 a 11 anos, ela já tem capacidade de realizar a auto-avaliação e mensuração do processo de dor. Então a criança passa a usar termos tanto quantitativos como qualitativo como (doendo, pequena, grande) e utilizando algumas vezes analogias exageradas em pequenos traumas, exercitando o lado afetivo (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

Setz et al.(2001), em sua pesquisa sobre avaliação e intervenção da dor na criança hospitalizada, concluem que os profissionais de saúde não empregam a maioria dos métodos disponíveis para a mensuração da dor em crianças, este todo independe de sua categoria profissional e o local de trabalho.

É necessário que profissionais de saúde tenham uma melhor preparação para lidar com as questões relacionadas ao processo de dor, por meio de uma mensuração da dor procurando entender melhor a subjetividade deste fenômeno.

Christofell e Santos (2001) Apud Ready e Thomas, relatam que o nível de desenvolvimento é o fato que mais influencia a experiência de dor em uma criança, porém para cada etapa do desenvolvimento infantil, a criança possui uma reação diferente aos diversos tipos de dor, necessitando de instrumentos que sejam adequados para a idade e maturidade cognitiva.

Muitas vezes, a avaliação da dor na criança se restringe somente à sua expressão facial ou gritos, gemidos e choros (sinais objetivos), dificultando a compreensão inicial do fenômeno doloroso, como algo subjetivo que necessita de interpretação de todo o contexto em que a criança é inserida.

A dor, associada com várias alterações na vida do ser humano, com alterações tanto fisiológicas, bioquímicas, comportamentais e psicológicas, constitui-se, algumas vezes, o resultado da interação destas alterações para determinar o processo de dor (MATHEW; MATHEW, 2003). Da mesma forma Setz et al. (2001), afirmam que para o enfermeiro, avaliar e quantificar a dor na criança

é necessária a compreensão dos estágios de desenvolvimento e comportamentos próprio da infância, diferenciados nas variações de faixas etárias.

O fenômeno doloroso vivenciado pela criança hospitalizada, principalmente nas vítimas de queimaduras, é traumatizante, trazendo sofrimento não só para a criança, mas para todos os familiares que com ela convivem. Sem falar nos profissionais, que devem estar psicologicamente preparados para lidar todos os dias com situações geradoras de estresse.

Whaley e Wong (1989) concluem que para *avaliarmos a dor na criança, podemos utilizar três métodos: a avaliação clínica, o relato da criança ou dos pais e a utilização de instrumentos (escalas) para medi-la.*

Howard (2003) ressalta a importância de crianças que não têm o desenvolvimento neurológico a contento, estarem propensas para o risco de sentirem dor aguda ou crônica e serem mal-interpretadas.

A criança hospitalizada poderá negar a dor por temer a realização dos procedimentos de enfermagem. Culturalmente muitas vezes as mães amedrontam os seus filhos com expressões “faça isso senão eu levo para tomar injeção”, fazendo que o pavor seja até pior do que a dor que os acomete. Devemos preparar as crianças para que aceitem os procedimentos como vacinas, injeções, curativos e outros, não como algo que servirá de castigo ou será doloroso, mas que trará um benefício para a sua saúde.

Então, a partir desta visão, os profissionais de saúde de um modo geral e, especialmente, a enfermagem poderá também ter o seu contato inicial com a criança, sem ela ter uma noção de dor associada à figura deste profissional.

O sentimento de medo deve compreender mais do que a habilidade de discriminar entre um estranho e um dos pais, pois, aos três meses, o bebê já tem a capacidade de diferenciar, mas não reage com comportamento de medo, sendo aproximação de um indivíduo não familiar e a separação temporária do cuidador eventos traumatizantes na vida da criança (GUINSBURG; BALDA, 2003).

A seqüência vivenciada pela criança desde o momento da lesão injúria térmica, compõe um processo traumatizante na vida do infante, pois envolve a dor em suas diversas etapas, além da seqüela psicológica que acomete algumas vítimas.

Não devemos deixar de diferenciar a dor patológica da dor fisiológica, sendo a primeira uma resposta resultante de um dano tecidual (dor inflamatória) ou do sistema nervoso central-SNC (dor neuropática) importante. A segunda ocorre na ausência de estímulo aparente (espontânea), limiar à dor reduzido, passando de inócuo a estímulo doloroso (alodínia), também se difundindo para outros locais do corpo e fazendo interações patológicas com outros componentes do SNC (DRUMMOND, 2000).

Não podemos apenas observar os parâmetros fisiológicos, pois algumas mensurações, como batimentos cardíacos, são convenientes e respondem

rapidamente aos estímulos nociceptivos, mas não são específicos para o caso de dor (HOWARD, 2003).

Percebe-se o quanto é gigantesco a dimensão em torno da compreensão da dor. O ser humano deverá ser muito bem preparado, para entender um pouco desse mecanismo, que não é único, não segue um só fluxo e recebe intervenções múltiplas, para então formar o fenômeno doloroso. A preparação profissional de saúde deverá ter o componente técnico excelente, mas o material humano deve estar bem presente, senão você acaba tendo uma só conduta para a dor que acontece em diferentes organismos.

Drummond (2000) descreve que o alívio da dor aguda, além do aspecto humanitário, deve fazer parte vital da assistência ao acidentado.

O enfermeiro, como agente cuidador não pode permitir que a dor seja encarada como algo esperado em traumas e agir como meros expectadores. A intervenção precoce ao relato de dor é imprescindível. A abordagem terapêutica deve ser baseada na utilização da tecnologia farmacológica, juntamente com os tratamentos não-farmacológicos, pois na utilização de uma técnica isoladamente, haverá uma acomodação para a não compreensão do fenômeno doloroso, transferindo o controle da dor para tratamento terapêutico medicamentoso, somente.

A utilização de método combinado de terapêuticas melhora o controle não subestimando os níveis dolorosos e evitando efeitos colaterais graves decorrentes

da utilização de altas doses de opióides, sendo o mais temido e grave, a depressão respiratória

A insegurança é talvez, decorrente da ausência do conhecimento necessário para se utilizar de maneira adequada as drogas à disposição. E, ainda assim, o elenco de drogas é restrito e não acompanha a tecnologia, devido aos custos para o sistema público de saúde. Nas prescrições médicas devido aos problemas com gastos e barateamento do serviço, os analgésicos dos mais simples aos mais potentes não são de horário, e sim, se necessários. E também ressaltamos os limites na formação profissional, bem como a visão cultural que cada indivíduo tem da dor.

No atendimento inicial dos grandes queimados, devem ser administrados opióides intravenosos para o controle da dor, sendo a morfina a droga de eleição. E, como técnica suplementar, os procedimentos psicológicos como relaxamento, psicoterapia, devem ser utilizados devido ao intenso comprometimento emocional ocasionado pelos traumas (DRUMMOND, 2000).

A equipe de enfermagem, muitas vezes, fica limitada a somente utilizar o tratamento medicamentoso a partir de uma avaliação imprecisa do fenômeno doloroso, por não ter nenhum preparo adequado para a mensuração da dor em criança.

Drummond (2000) considera a dor em criança um problema de maior gravidade, tendo em vista que os novos conhecimentos do fenômeno

fisiopatológico da dor ainda não são utilizados adequadamente, fazendo que a criança seja subtratada ou mal tratada.

Portanto é de crucial importância, o preparo da equipe de enfermagem, dispondo de mais instrumentos que a irão auxiliar nessa mensuração pois, indiscutivelmente a enfermagem, por estar mais próxima ao cliente, exerce papel fundamental no tratamento da dor da criança queimada.

De acordo com Leão (2004), nas instituições de saúde, observamos um despreparo para lidar como, por exemplo, de dor pós-operatória ou dor nos queimados na realização de procedimentos invasivos, demonstrando que algo deve ser feito neste sentido, pois existe um hiato no conhecimento oferecido aos profissionais de saúde ao término de sua graduação, lembrando que cuidar de um paciente com dor exige um modelo humanista muito forte e amplo, para que a relação profissional/paciente juntamente com múltiplos esforços, ofereça-lhe boas condições de vida (OLIVEIRA; LEÃO, 2004).

Conforme Drummond (2000), *a administração intermitente deve ser sempre horária e jamais por demanda e pode ser associada a analgésico periférico*. O autor relata que as reações psicológicas à dor relacionam-se não somente ao lado curativo, mas também às expressões verbais e não-verbais, entremeadas à experiência dolorosa.

Os determinantes psicológicos da expressão da dor classificam-se em três grupos: afetivos, cognitivos/comportamentais e constitucionais, sendo os afetivos os mais importantes, como a ansiedade, a apreensão e o medo (SETZ et al, 2001).

Os componentes psicológicos passados e atuais são de grande valor para a formação da estrutura cognitiva e comportamental, e serão fatores determinantes para a reação da criança após o trauma e, conseqüentemente, a dor que lhe acompanhará nas diversas etapas do tratamento.

O cuidado dispensado pelos familiares no momento em que a criança está passando pela dor é fundamental, pois que a carência afetiva se torna maior. De acordo com Boff (1999, p.96), *cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro; acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele.*

Segundo Chambers, Graig e Bennett (2002), o comportamento maternal pode ter um impacto direto na subjetividade da resposta com os filhos, sendo os fatores sociais de aprendizados influenciadores no fenômeno dolorosos.

Os pais, na ânsia de exercerem a sua função na criação dos filhos, às vezes terminam por superprotegê-los, não permitindo o desenvolvimento pleno das suas potencialidades, deixando-os inseguros, com pouca iniciativa, dependendo deles para algumas ações e, provavelmente, seu sofrimento com a dor será maior (SILVA, 2004).

Portanto, o trauma psicológico também se torna aparente quando a criança passa a ter perturbações durante o sono, sendo inconstante devido principalmente à ocorrência de pesadelos.

3.4 A ENFERMAGEM E A MENSURAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

É no contexto familiar que a criança encontra um espaço vital para o seu desenvolvimento saudável. É ali que ela deve receber proteção e segurança, além de cuidados com a sua saúde. Esses cuidados são importantes, tanto individual como coletivamente. Por conta disso, devemos entender que a prevenção sempre foi a melhor estratégia para combater índices crescentes de acidentes com crianças, começando pela família.

A família é o foco principal na transmissão de cuidados aos seus membros. E uma das ciências que mais se preocupa com essa questão é a Enfermagem, ressaltando-se a sua contribuição para a saúde da família, no que

tange à educação em saúde. Essa linha de pensamento é defendida também por Aragão, Weiss e Aquino (1993, p.31), quando dizem que

o enfermeiro deve ocupar esse espaço como educador, sendo agente de mudança, minimizando a carência do conhecer da população que o cerca, abrindo novos horizontes, desmitificando certos pensamentos, gerando maior saber e confiança, respeitando e compreendendo a diversidade dos hábitos e modos da conduta de cada família contribuindo, em particular, para a preservação da sua identidade.

O enfermeiro deve ter sempre uma postura preventiva no que diz respeito aos cuidados habituais e cotidianos de vida. Não é apenas a preocupação com os cuidados de reparação da vida, em que os acidentes domésticos têm

freqüência digna de registro. Tal postura preventiva poderá emprestar melhor colaboração não só às comissões de maus-tratos, mas as pastorais da criança, hospitais de emergência infantil, no sentido de prevenir um mesmo acontecimento dentro da mesma família.

A enfermagem participa diretamente na educação, ouvindo, desempenhando atividades técnicas, supervisionando, negociando com as famílias e fazendo uma troca permanente de idéias.

O cuidado de enfermagem está sempre presente onde o ser humano tiver algumas de suas necessidades básicas não atendidas, oferecendo suporte teórico e prático humanizado. De acordo com Wood (2002, p.40), *a avaliação da dor é muito subjetiva, muitas vezes baseada na verdade que os profissionais acreditam sobre a dor e não o que o paciente diz sobre sua dor.*

A utilização dos cuidados passou a ser organizada a partir de uma metodologia, que direcionou o cuidado de forma planejada e implementada, oferecendo o respaldo, a segurança e o direcionamento para a realização das atividades, dando credibilidade e visibilidade à enfermagem (CHAVES, 2004). E, dentro desse cuidado, a enfermagem é responsável pela monitorização dos sinais

vitais: pressão arterial, pulso, respiração e temperatura, correspondendo a quatro parâmetros fisiológicos.

A dor já é considerada como o 5^o sinal vital pela a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e Sociedade Americana da Dor, devendo ser avaliada no mesmo instante em que se verificam outros sinais. Isto também foi reconhecido pela Sociedade Americana de Medicina de Urgência, em uma reunião anual de 2001, reforçando e estabelecendo a importância de se registrar e mensurar a percepção da dor, tanto aguda como crônica (SOUSA; HORTENSE, 2004).

A dor vem sendo motivo de reflexão para muitos profissionais, que a observam como fenômeno relevante no contexto do cuidado prestado, assim como seu tratamento, fato decisivo para uma melhor mensuração da dor do cliente.

Teixeira e Valverde (2003) relatam a importância de todo profissional da equipe de saúde estar afinado com os conhecimentos básicos de epidemiologia, bioquímica, anatomia, fisiologia e psicologia da dor, sem deixar de lançar mão dos procedimentos terapêuticos e de reabilitação.

Entre os profissionais da saúde, os enfermeiros, quando em suas atividades de trabalho são muito solicitados para tentativa de resolução de queixas algicas. Muitas vezes as formas utilizadas estão sob a ótica de causa e efeito, mas não podemos esquecer que o ser humano é algo complexo e que nem sempre podemos nos restringir a esta ótica (SILVA, 2004).

Este fato é reforçado por Oliveira e Leão (2004), quando descrevem o relacionamento enfermeiro-paciente, em que o conhecimento acerca do fenômeno doloroso nos remete para além do problema da dor, pois cada indivíduo responde de uma maneira diferente e única, levando a compreender a enorme plasticidade do sistema nervoso. Deve haver um diálogo muito aberto entre as crianças, pais, enfermeiros e outros profissionais, para que se discutam e façam queixas formais sobre as suas insatisfações, a fim de criar um clima de confiança durante o convívio hospitalar, porque sempre haverá algo mais que os enfermeiros, poderão fazer para amenizar a dor sentida pelas crianças.

Claro (2004) descreve muito bem que uma segunda forma de ajudar aos pais é proporcionar conversa suas com outros pais e que troquem experiências sobre a dor de seus filhos. Sendo assim, o enfermeiro poderá formar grupos de pais para discutir desde de como evitar acidentes em casa até como enfrentar o sofrimento do filho diante do tratamento e possíveis seqüelas estético-funcionais causadas por queimaduras, devendo também lembrar aos pais sobre o artigo 7 da resolução 41/95 dos direitos da criança e adolescente, que assegura-lhes o "direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la".

Daí a dificuldade de compreender a dor, devido ao seu grande poder de subjetividade, para essa tarefa, necessitamos ter instrumentos capazes de nos auxiliar na avaliação e mensuração do processo doloroso.

A mensuração é de extrema importância no ambiente clínico, pois é impossível manipular o fenômeno doloroso sem ter uma medida para se basear no tratamento ou conduta terapêutica (SOUSA; HORTENSE, 2004).

Para Claro (2004), embora avaliar e mensurar a dor não sejam tarefas simples, esses procedimentos devem fazer parte da rotina de cuidados dos enfermeiros, principalmente no ambiente hospitalar, onde todos os registros devem conter anotações no prontuário da criança, para que medidas sejam implementadas no sentido de aliviá-la.

As escalas para as crianças que parecem ter melhor resultado são as que possuem desenhos ou representações de face no que se refere à avaliação da intensidade da dor, funcionando de maneira rápida, simples, necessitando de poucas instruções por parte das crianças (CLARO, 2004).

Claro (2004) relata que há três formas de se investigar quanta dor uma criança está sentindo: o que a criança diz, o que criança faz e como o corpo da criança reage. Na faixa etária entre 2 e 3 anos, quase nunca sabem avaliar quando estão sentindo, principalmente pela tendência em negar a dor nessa idade, devido ao medo de injeções e internamento hospitalar. Acima de 4 anos, elas já sabem relatar o quanto de dor sentem, já podendo ser utilizados vários métodos de avaliação. Na idade de 5 anos, as escalas de face são os melhores recursos. Entre 6 e 7 anos, já podem ser utilizadas as escalas com palavras, numéricas, bem como a utilização de questionários.

A utilização de um cuidado de maneira organizada e sistematizada poderá ser a grande contribuição da enfermagem, que poderá dispor de uma metodologia, de maneira a planejar e implementar ações que ofereçam condições de suprir boa parte das suas necessidades humanas básicas.

Será necessária a explicação de todos os procedimentos clínicos para a criança e o pai de forma participativa, devemos atentar para forma de nos expressarmos, ao uso de palavras inapropriadas e agressivas, tentando utilizar diversas maneiras de confortar por toda equipe (GATTI; AVANSI, 2003).

Então, cuidar de um paciente com dor requer atributos dos profissionais tanto técnicos como humano, tendo como modelo o humanismo de forma mais ampla, em que a relação profissional-paciente seja desenvolvida plenamente, com objetivo de multiplicar esforços relativos ao bem-estar do paciente (OLIVEIRA; LEÃO, 2004). Não podemos esquecer o investimento profissional em pesquisa, a fim de descobrir estratégias diferentes, e não somente registrar a dor aguda, mas valorizar o profissional por meio do reconhecimento de um atendimento humano e digno (CLARO, 2004).

A enfermagem terá ainda que ampliar seus conhecimentos no que se refere à compreensão sobre as condições emocionais e psicológicas dos pacientes acometidos por dor, progredindo muito além do conhecimento teórico e habilidade técnica, passando a atender as necessidades e respeitando a individualidade de cada ser (MOREIRA; DUPAS, 1993).

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Inicialmente, devemos compreender Epidemiologia e as transformações pelas quais passou durante toda a sua existência para que possa ser melhor interpretada como ciência, quando passou a servir de ferramenta, auxiliando nas descobertas científicas.

A Epidemiologia iniciou os seus estudos no contexto da Medicina Social, quando houve antecipação da demonstração da teoria microbiana, no caso da transmissão do *Cólera Morbus*, sendo, a partir de então, Jonh Snow considerado o pai da Epidemiologia. A Epidemiologia nasceu com Hipócrates, pois seus

pensamentos já traziam em si o raciocínio epidemiológico sobre epilepsia e morbidade. Porém seus herdeiros também foram responsáveis pelo caráter de individualismo, e, através de dezenas de seitas, prometiam a saúde para o homem.

Até aquele momento, não havia um pensamento que envolvesse a coletividade na busca de saúde como um bem comum. Então, a Epidemiologia apareceu como um caminho, através das transformações nas práticas de saúde quando do nascimento das sociedades modernas, momento em que mais absorveu positivamente os ideais revolucionários da Medicina Social da época (AYRES,1995).

Esse sub-ramo científico vem contribuindo para a realização de estudos que procuram compreender de várias maneiras o processo saúde-doença e tentando levantar os diversos fatores causais. Vem também recebendo influência acadêmica decisiva no conjunto das disciplinas da saúde coletiva (AYRES, 1995).

Foram introduzidas, nos estudos epidemiológicos, outras ciências e o raciocínio estatístico foi utilizado pela primeira vez pelo professor de Epidemiologia da *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, já tentando modificar o caráter básico da epidemiologia, que era a descrição das epidemias (ALMEIDA FILHO, 1989). Nos anos 60, a introdução da

computação eletrônica na epidemiologia significa uma mudança profunda em sua história, em que a presença da Matemática marca ainda mais esta área (ALMEIDA FILHO,1989).

Esses recursos foram sendo incorporados à medida que a epidemiologia sentia necessidade de meios para chegar aos seus objetivos, desvelando assim a sua compreensão sobre o processo saúde-doença.

A pesquisa epidemiológica apresenta uma lógica estruturante com conceitos básicos e fatores de risco, fazendo uma ligação entre a teoria e a metodologia na construção do objeto

epidemiológico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Segundo Almeida Filho (1989), a Epidemiologia, de maneira resumida, poderá ser caracterizada como um estudo de distribuição das doenças e de seus determinantes em populações.

A epidemiologia se constitui como ciência básica da saúde coletiva, tendo como preocupação o estudo da distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Ayres (1995) comenta que alguns autores já fazem debates sobre a identidade científica da Epidemiologia. Recentemente este ramo

científico recebeu diversos qualificativos como clássico, ecológico, “social ou crítico”, na procura do perfil epidemiológico que caracteriza as diversas tarefas realizadas socialmente por este segmento científico auxiliar das ciências da saúde.

De acordo com Almeida Filho (1989), a maior dificuldade da pesquisa epidemiológica é a de investigar o social, porquanto a Epidemiologia é essencialmente positivista e de caráter empiricista. Estes fatos atrapalham a sua compreensão, pois o raciocínio epidemiológico utiliza teoria de probabilidade, cujo o resultado é a produção de hipóteses.

A hipótese é que dá chance à Epidemiologia de percorrer estes dois campos: o empírico e o teórico, e a associação proposta em um quadro teórico equivale à hipótese (ALMEIDA FILHO, 1989).

De acordo com Lakatos e Marconi (2003), a elaboração de hipóteses exige requisitos, mas não há normas ou regras fixas para elaborá-las, não se limitando à criatividade humana. Uma hipótese poderá dar margem ao surgimento de outras indagações, ou seja, futuras hipóteses, podendo-se apresentar como verdadeiras ou falsas. A hipótese tenta dar uma solução para um problema a partir do conhecimento

científico, de verificação empírica e revelação de consistência lógica.

O método epidemiológico apresenta o seu objeto de maneira desigual e multifacetada, e estes pontos justificarão o emprego sensato do pluralismo metodológico, pois determinar indicadores de ocorrência o mais próximos possível do real é o objetivo final dos estudos epidemiológicos (ALMEIDA FILHO, 1989).

E quando estudamos o fenômeno doloroso na criança queimada, a epidemiologia tem que assumir o seu outro lado voltado mais para a compreensão do social, tentando investigar epidemiologicamente o contexto envolvido.

Almeida filho e Rouquayrol (2002) afirmam que a investigação epidemiológica tem a finalidade de possibilitar um avanço no conhecimento sobre os determinantes do processo saúde/doença, dentro do contexto coletivo. Mas a investigação epidemiológica possui algumas dificuldades teóricas e metodológicas, fundamentadas principalmente na natureza complexa da dor, na subjetividade da expressão, nas várias formas de apresentação e em múltiplos fatores desencadeantes.

Haverá uma combinação de diferentes estratégias de pesquisa, que serão utilizada de maneira inteligente e criativa. As técnicas qualitativas e quantitativas deverão ser utilizadas pelos epidemiologistas para coleta e análise de dados, buscando simultaneamente o aprofundamento e a generalização.

Pesquisadores tanto da área qualitativa quanto quantitativa criticam uns aos outros, relatando haver muita superficialidade neste

primeiro tipo, quando, no segundo, esqueceu-se de levar em conta dados referentes ao ambiente estudado, não se interessando muito pelo lado social (ALMEIDA FILHO, 1989).

Na pesquisa científica, a delimitação qualitativa se faz imprescindível para delimitar o conhecimento, e, depois, a quantidade se faz necessária para a definição do estudo (BREILH,1997). Mas, ao mesmo tempo, fica a dúvida se existe trabalho epidemiológico em que não esteja embricado o lado social (DAMASCENO, 2002).

A visão epidemiológica moderna consiste em utilizar uma diversidade de técnicas associadas à estatística de amostragem e de análise, não se

restringindo somente a quantificação da abordagem dos fenômenos do processo saúde-doença (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

A satisfação com os meios confere certeza de encontrarmos um instrumento mais poderoso na reorientação das práticas de saúde, fazendo-nos perceber que os processos surgem da sociedade e somente nela poderão ser solucionados.

Não podemos nos reportar somente à visão marxista e estruturalista de alguns autores com relação a multicausalidade como resposta difusa de uso da corrente epidemiológica, tendo o social como um conteúdo esvaziado (POSSAS, 1990).

Assim, torna-se bastante complexa a investigação do processo saúde-doença nas populações, pois envolve uma série de variáveis, o que dificulta a apreensão da realidade, de acordo com atual estado da arte (COSTA; TEIXEIRA, 1999).

O processo da avaliação da dor necessitará de determinantes tanto clínicos como sociais, emocionais e psicológicos, porque o fenômeno doloroso se configura como algo que sofrerá múltiplas influências dentro do seu contexto de acontecimento.

Breilh (1997) associou as técnicas que permitiam observar, escutar, processar e interpretar o discurso e as palavras, como parte

do método qualitativo. Medir, comprovar, estabelecer comparações e regularidades se refere ao método quantitativo. Evidencia tais pressupostos em seu livro, onde relata que esta comparação foi feita erroneamente, já que cada método está embricado no outro e vice-versa.

Já Ayres (1995) constata que a Epidemiologia surgiu não como uma solução para todos os problemas, mas no sentido de somar mais forças em prol diretamente da “reinvenção” da saúde, apresentando-se como aliada na construção de uma racionalidade ascendente, no compromisso com o desenvolvimento pleno e igualitário das pessoas.

A interdisciplinaridade é primordial para o aprofundamento da Epidemiologia construindo um novo enfoque que não se restrinja a doenças específicas (POSSAS, 1990).

A Epidemiologia trabalha com um conceito fundamental, que é o risco, constituindo-se este o seu objeto de conhecimento, devido às dificuldades face a aplicação de modelos de determinação causal (ALMEIDA FILHO, 1989).

Os métodos epidemiológicos são utilizados no sentido de influenciar o risco ou distribuição da doença por meio da descrição dos fenômenos de saúde e doença, a partir da investigação dos fatores determinantes (STANHOPE; LANCASTER, 2000).

O fator de risco sempre precederá a eclosão da doença, para isso os modelos de riscos são baseados em medidas de incidência. Há uma diferença entre fatores de risco com queimaduras e marcadores de risco: o primeiro pode ser prevenido e o segundo são atributos inevitáveis, encontram-se fora do controle. A Epidemiologia estuda a tríade ecológica, a partir da existência de um processo interativo entre três elementos: o agente, o sujeito (hospedeiro ou susceptível) e o ambiente (ALMEIDA FILHO, 1989).

Stanhope e Lancaster (2000) reconhecem a Epidemiologia como um empreendimento multidisciplinar que atua nas inter-relações

complexas de fatores que influenciam o processo saúde-doença, seja ao nível individual , ou no sentido coletivo, criando instrumento básico para o processo de investigação social.

A compreensão dos elementos desta tríade faz que consigamos entender o ciclo de fatores que levam ao acontecimento dos acidentes com queimaduras dentro da cadeia epidemiológica. Os fatores de risco serão importantes para que haja o planejamento de uma prevenção primária.

Relata Pereira (1995) que o primeiro componente a ser estudado é o ambiente, ou seja, o contexto em que se encontram as pessoas, com seus aspectos geográficos e

topográficos, considerando todos os fatores que podem influenciar no perfil de saúde.

Também é tarefa da Epidemiologia utilizar-se de técnicas analíticas de pesquisa para identificar fatores de risco, bem como processos e fenômenos que contribuam para a deteriorização da fisiologia normal do ser humano. Então, se apropriada ao estudo do processo doloroso, já que tem essa preocupação (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Para tanto, em primeiro lugar, deve-se assegurar a credibilidade dos entrevistados para que se possa avaliar a qualidade das evidências produzidas por estudos epidemiológicos. A confiabilidade no entrevistado poderá ser

melhorada com o predomínio da aplicação dos instrumentos de registro de respostas (ALMEIDA FILHO, 1989).

Não podemos entender a saúde como um processo isolado, devemos ter em mente que saúde faz parte da vida (COSTA; TEIXEIRA, 1999). Esta realidade fez que a Epidemiologia tivesse diversas compreensões metodológicas no sentido de entender o fenômeno estudado.

A meta final da Epidemiologia é gerar conhecimento e tecnologia capazes de proteger a saúde do indivíduo, realizando intervenções sociais e individuais (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

A Epidemiologia, tradicionalmente, possui dois tipos de investigação: a descritiva e analítica. A Epidemiologia Descritiva se preocupa com o planejamento de saúde, podendo realizar diagnóstico de saúde. Já a Epidemiologia Analítica se caracteriza em testar hipóteses causais (ALMEIDA FILHO, 1989).

Entre os diversos ramos em que a Epidemiologia especializou-se, a Epidemiologia descritiva permitiu a exposição circunstanciada dos fenômenos, possibilitando hipóteses geradoras de novos conhecimentos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A Epidemiologia Descritiva, é o estudo de distribuição de frequência das doenças e dos

agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço – ambientais e populacionais, com vistas à promoção da saúde, a partir do detalhamento do perfil epidemiológico (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Os estudos epidemiológicos descritivos auxiliam fortemente os trabalhadores da saúde comunitária no sentido de orientar programas e atribuir recursos eficazes na organização de estudos avançados, informando sobre a distribuição dos estados de saúde e de doença, conforme os aspectos sociais, geográficos e temporais (STANHOPE; LANCASTER, 2000).

Pereira (1995) define a Epidemiologia Descritiva como o estudo que se propõe investigar as características de mortalidade, morbidade, dos fatores de risco, dos usuários e serviços, com o objetivo de mostrar a distribuição de um determinado evento.

O critério final da utilização da pesquisa epidemiológica é trazer melhoria ou cura do paciente, a prevenção e controle de doenças, proporcionando a proteção e a promoção da saúde. Este objetivo é apropriado a nossa problemática de dor em crianças queimadas, pois procura dar condições de se interpretar melhor o fenômeno doloroso a partir do conhecimento (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

A ciência epidemiológica está intrinsecamente associada ao compromisso que assume com a ordem social, não podendo ser isentada pelos valores e a prática que reitera e reproduz a positividade (AYRES, 1995).

Com isso, o objetivo da Epidemiologia Descritiva é desvelar os problemas de saúde-doença em nível coletivo; para isso, se utiliza de algumas ciências como Sociologia, Antropologia, Informática, Ciência política e Economia (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Isso vem demonstrar que a Epidemiologia já reconhece a importância de outras ciências como necessárias para a compreensão do fenômeno estudado.

A Epidemiologia descobriu atributos determinantes ou fatores que permitem reconhecer grupos menos susceptíveis aos problemas de saúde, proporcionalmente à implementação de medidas de prevenção do

risco e promoção da saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Conforme Possas (1990), devemos prosseguir um plano metodológico da causalidade, de forma a analisar padrões de determinação distintos combinantes para configurar um perfil epidemiológico. Mas este fato não significa o abandono da epidemiologia social em detrimento ou valorização da Epidemiologia chamada "biológica".

A interpretação dos achados de uma pesquisa epidemiológica deve retratar a consciência dos limites e alcance de resultados do seu estudo pelo pesquisador, levando em

consideração todo o contexto (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2002), na Epidemiologia, o problema inicia-se quando as doenças acometem grupos humanos. Por isso, é necessário fazer remoção de fatores ambientais, sociais, biológicos ou físicos químicos contrários à saúde fazendo que promovam condições que determinem a problemática própria da epidemiologia.

A Epidemiologia não pode passar por uma transição que se reduza somente a mudanças relacionadas às doenças, como estudar as doenças infecciosas na pré-modernidade e na

modernidade as doenças crônicas (POSSAS, 1990).

Em meio à Epidemiologia Social, a enfermagem comunitária tem seu papel nos cuidados de saúde primário e na promoção da saúde. A investigação conduzida por enfermeiro contribui de maneira significativa para a prática da enfermagem, bem como para a prevenção primária (STANHOPE; LANCASTER, 2000).

Finalmente, os métodos epidemiológicos podem ser usados no planejamento e orientações de estratégias para direcionamento da prevenção primária por meio de intervenções na saúde comunitária e conseqüentemente na prevenção secundária, prevenindo as

reincidências no âmbito da morbidade (STANHOPE; LANCASTER, 2000).

5. MÉTODO

Para propiciar entendimento sobre o universo em que ocorrem os acidentes com queimaduras em crianças enfocando o processo de dor, optamos neste estudo pesquisa epidemiológica descritiva, tendo em vista a possibilidade de se analisar o processo saúde-doença na perspectiva de conhecer melhor os comportamentos coletivos acerca do processo da dor em criança.

Tentaremos, então, caracterizar epidemiologicamente o perfil das crianças e o seu processo de dor vivenciado nos acidentes com queimaduras, a partir da contextualização do local de internamento hospitalar.

Segundo Costa e Teixeira (1999), a epidemiologia tem sido desafiada a desenvolver bases conceituais e metodológicas capazes de integrar o

conhecimento biológico aos fenômenos sociais, já que esta disciplina tem o propósito fundamental de estudar a saúde-doença enquanto fenômeno coletivo.

Este estudo se constituiu, inicialmente, de um levantamento epidemiológico acerca dos atendimentos no ambulatório de um Centro de Tratamento de Queimados, bem como dos dados de internamento hospitalar da criança queimada durante a pesquisa.

Logo depois, foi realizada a observação direta extensiva, de acordo com Lakatos e Marconi (2003), uma técnica que procura, através da aplicação do formulário com questões fechadas e abertas, ter um contato direto do entrevistador com o entrevistado no contexto da dor das crianças queimadas, possibilitando conhecer os fatores causais, a partir dos acidentes por queimaduras.

Durante o segundo semestre de 2003 foi observado o contexto que envolve a dor das crianças com queimaduras, com um olhar bem especial no cotidiano da balneoterapia, procedimento que faz parte do contexto da dor da criança queimada, devido a ser o local destinado à realização dos curativos comuns e anestésicos, debridamentos e outros procedimentos invasivos. No primeiro semestre de 2004, procedeu-se a aplicação do formulário composto por três partes: primeira parte, relacionada aos dados de identificação, segunda parte relacionada aos dados dos acidentes com queimaduras e terceira parte, do instrumento relacionado ao processo de dor nas queimaduras, constando também de uma avaliação da dor com Escala Visual Analógica– EVA (Escala de Faces), que são tipos de escala unidimensionais, facilmente completadas e que têm

reproduzido dados confiáveis nas pesquisas de dor, embora tenham como objetivo somente a avaliação da intensidade. Este tipo de escala tem uma utilização clínica, principalmente em emergência ou pronto-socorro. A EVA tem a vantagem de reduzir a influência das respostas prévias, o chamado efeito de antecipação, sendo considerada igual ou melhor que estas escalas de categorias numéricas ou verbais (SOUSA; HORTENSE, 2004).

Realizamos a aplicação em crianças de 3 a 10 anos e nos menores de 3 anos utilizamos somente a avaliação dos acompanhantes para vermos a possibilidade de uma melhor interpretação do fenômeno doloroso durante o período de internamento hospitalar.

Teixeira e Valverde (2003) afirmam que o uso de escalas quantitativas para avaliar a magnitude da dor em unidades especializadas é simples e eficiente, devendo ser sistematizado e realizado várias vezes ao dia.

Com relação à utilização de instrumentos na faixa etária de 3 a 10 anos para mensurar a intensidade da dor, o recomendado é a utilização de escala analógica visual com a combinação de figuras com valores correspondentes (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Segundo Selltiz et al. (1965, p.172), o formulário é um instrumento utilizado para designar um conjunto de questões feitas e anotadas por um entrevistador numa situação de face com outra pessoa, instrumento este relevante no processo investigativo e de descobertas do contexto das vivências com as queimaduras e a dor.

Este fato é reforçado por Damasceno (2002), em seu diagnóstico epidemiológico de crianças queimadas, em que, dentro da investigação social, a utilização do formulário como instrumento é fator importante para investigar e descobrir situações predisponentes para o acontecimento de acidentes com queimaduras com crianças.

A utilização de um instrumento confiável para avaliação da dor poderá dar subsídios à equipe de saúde no sentido de instituir medidas terapêuticas apropriadas, verificando se os protocolos de pesquisa exercem impacto positivo na diminuição ou prevenção dos agravos à saúde (GOUVEIA et al, 2003).

5.1 AMBIENTE DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Instituto Dr. José Frota, um Hospital de Emergência tido como referência no atendimento ao paciente politraumatizado, no período de agosto de 2003 a setembro de 2004. A instituição conta com um Centro de Tratamento de Queimados, que serve de modelo e referência para atendimento a pacientes queimados oriundos das regiões Norte e Nordeste.

Para a viabilização da pesquisa, foram feitos contatos com as pessoas que acompanhavam com as crianças vítimas de queimaduras internadas, permitindo-se, com isso, um acompanhamento de todo o processo que envolve o tratamento.

Foram obedecidas normas éticas na pesquisa, Epidemiologia da Dor em Crianças

Queimadas – compreender para melhor intervir, **com base na resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.**

O projeto foi enviado à Comissão de Ética do Instituto Dr. José Frota, e foi aprovado sob N^o 05331/03 pelo Parecer Técnico da Superintendência dessa Instituição.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída de 400 crianças de 0 a 10 anos que sofreram acidentes com queimaduras, tendo o seu primeiro atendimento no ambulatório da instituição e depois internadas no Centro de Tratamento de Queimados no Instituto Dr. José Frota, no período de março a outubro de 2004.

Para o cálculo do tamanho da amostra, elegemos a variável dor em queimaduras em crianças, devido ser considerada a variável mais importante neste estudo. Sendo a prevalência estimada de 91% desse tipo de agravo em populações nesta faixa etária.

Aplicando-se esse valor na fórmula para o cálculo do tamanho da amostra:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N - 1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

onde,

n= tamanho da amostra

$t^2_{5\%}$ = valor da distribuição "t" de Student, ao nível de 5% (tabelado)

N= tamanho da população (400)

P = prevalência de crianças com o agravo de queimaduras (P = 91%);

Q = Complementar de P (Q = 9%)

e= erro amostral (5%)

Então, a partir deste cálculo, o tamanho da amostra foi de n= 98, tendo sido arredondado para 100 crianças.

O acompanhamento foi feito duas vezes por semana, no espaço de tempo de 4 horas/ dia, selecionadas a partir das crianças internadas.

5.3 Passos Seguidos

- Levantamento de dados epidemiológicos, referentes ao período 2003/set/2004, de vítimas de queimaduras.
- Seleção da amostra para o estudo
- Aplicação do formulário com os acompanhantes da criança vítima de queimaduras, para conhecer dados epidemiológicos sobre as causas das queimaduras e processo de dor.
- Análise e Categorização dos Dados segundo os segmentos envolvidos.
- Considerações finais.

5.4 Análise dos Dados

Para melhor análise dos dados, eles foram dispostos em tabelas, quadros e gráficos. Foi calculada a média de algumas variáveis. Verificamos a associação entre variáveis, empregando o teste de Qui-quadrado (χ^2), com um nível de significância de 5 %.

Analisamos as três partes do formulário: dados relacionados à criança, dados relacionados ao acidente e relacionado ao processo de dor, também fazendo correlação entre os dados, compondo o perfil da criança queimada e o perfil da dor na criança queimada, bem como utilizando uma avaliação da dor por meio de Escala Visual Analógica -EVA (escala de faces), para testarmos a eficiência deste instrumento na mensuração da dor em criança.

Para consolidação dos dados, utilizamos a computação eletrônica, com o programa Statistical Package of Social Service - SPSS.

6. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

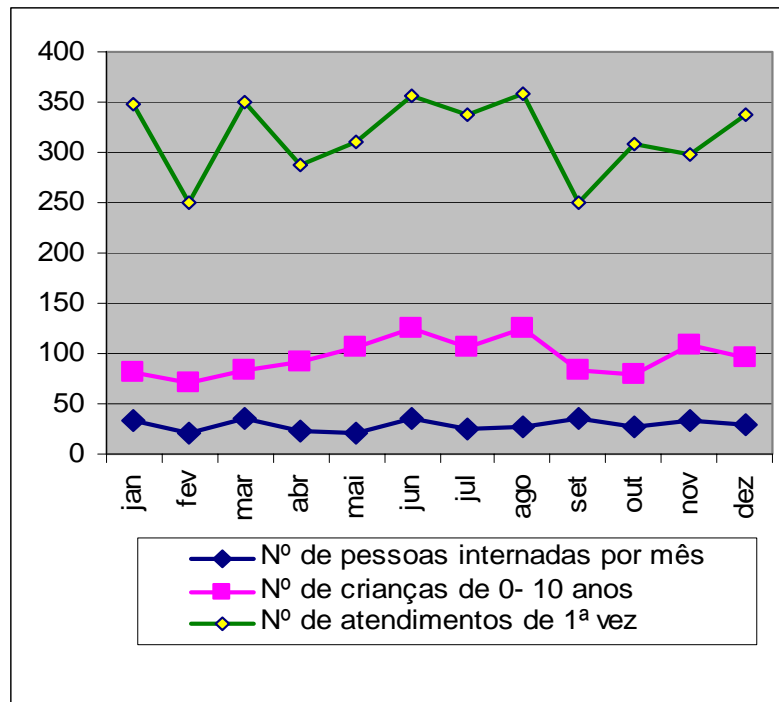
6.1 EPIDEMIOLOGIA DAS QUEIMADURAS NO CTQ/IJF

Inicialmente será apresentada uma visão panorâmica dos dados epidemiológicos no ano de 2003, a fim de resgatarmos como aconteceram os acidentes por queimaduras levando em consideração os atendimentos de primeira vez, número de pessoas internadas por mês e o número de crianças de 0 a 10 anos acometidas por acidentes com queimaduras.

Gráfico 1

Distribuição do número total de vítimas de queimaduras internadas por mês, crianças de 0 a 10 anos e vítimas atendidas pela primeira vez no CTQ/IJF, jan./dez. de 2003. Fortaleza-Ceará.

Nº de vítimas

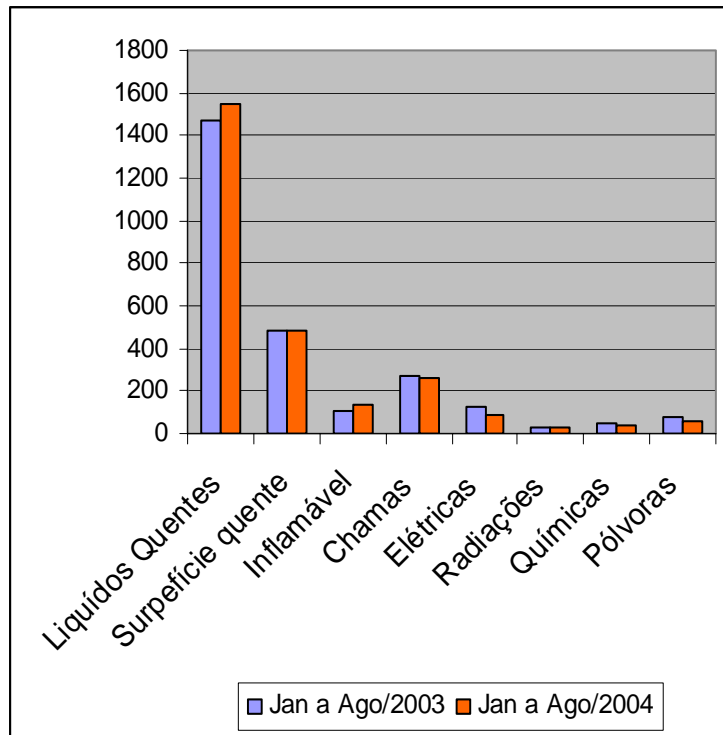


O Gráfico 1 demonstra uma maior incidência de acidentes por queimaduras nos meses de junho, julho e agosto em crianças de 0 a 10 anos, sendo também estes meses os que mantêm constante o número de atendimentos de 1ª vez, resultando em um número de internamentos bem maior no mês de junho, época que coincide com as festas juninas, aumentando o número de acidentes por chamas, explosivos e álcool. De acordo com Serra e Gomes (1999), cerca de dois terços das queimaduras domiciliares envolvem mulheres e crianças com até 11 anos de idade. As crianças são a metade dos casos que chegam a se internar anualmente, de acordo com as estatísticas nos Estados Unidos. Já os adultos jovens são a população em que a ocorrência das queimaduras químicas são mais comuns, principalmente apresentando uma estreita relação com o trabalho.

O Gráfico 2 está apresentada a distribuição dos vários tipos de agentes causais que envolvem as pessoas vítimas de queimaduras: os líquidos quentes estão em primeiro lugar, com 1551 no primeiro semestre de 2004, e 1469 no primeiro semestre de 2003, seguido pelas superfícies quentes com 488 no primeiro semestre de 2004 contra 484 no mesmo semestre de 2003 - são os que acontecem com forno elétrico, forno comum, chapas e outros e em terceiro lugar os ocasionados por chamas, que são comuns na faixa etária entre 3 e 15 anos. Vale salientar que as queimaduras por choque elétrico tiveram um número bem representativo, com 127 acidentes no primeiro semestre de 2003, e somente 90 no primeiro semestre de 2004, e estes são os traumas com mais seqüelas. Segundo Gomes (1995), as crianças de 0 a 2 anos são as maiores vítimas de acidentes com líquidos aquecidos e entre 3 e 15 anos são mais comuns aqueles ocasionados por chamas, sendo estes, os grandes responsáveis por cerca de 69 % dos casos e 85% do total de óbitos. Estes dados foram corroborados com Damasceno (2002), em seu diagnóstico epidemiológico de queimaduras em crianças, quando 67,5% dos acidentes da amostra de seu estudo tinham como o principal agente causal o líquido aquecido, sendo a faixa etária mais acometida de 0 a 2 anos.

Gráfico 2

Distribuição dos tipos de agentes causais de queimaduras em vítimas atendidas pela primeira vez no CTQ/IJF, jan. a ago./2003 e jan a ago./2004. Fortaleza/Ceará.



A Tabela 1 mostra o percentual de pessoas acometidas por queimaduras nas diversas faixas etárias, realizando uma comparação entre o primeiro semestre dos anos de 2003 e 2004. Aproximadamente 30% de todos os acidentes com queimaduras acontecem na faixa etária de 0 a 10 anos.

Tabela 1

Distribuição do número de pessoas segundo as faixas etárias das vítimas de queimaduras atendidas pela primeira vez no CTQ/IJF, jan./ago. de 2003. jan./ago. de 2004. Fortaleza/Ceará.

Faixa Etária (anos)	jan. a ago./2003		jan. a ago./2004	
	Nº	%	Nº	%
0-10	790	30,42	745	28,20
11-20	330	12,70	367	
21-30	13,90			
31-40	551	21,22	531	
41-50	20,12			
50 ou +	440	16,95	455	17,22
	255	9,81	300	11,36
	231	8,90	243	9,20
Total	2597	100,00	2641	100,00

De acordo com a OMS, as crianças são as maiores vítimas de queimaduras, sendo este fato bem demonstrado a partir de um estudo realizado cobrindo um período de 20 anos com pessoas que sofreram um trauma térmico em diferentes idades (GOMES, 1995).

6.2 OBSERVANDO O COTIDIANO DA DOR EM CRIANÇAS QUEIMADAS

Observando o cenário do CTQ, foram anotadas as diversas formas oportunas de ocorrência de acidentes, advindas do ambiente doméstico. Geralmente ocasionam-se por diferentes agentes, tais como líquidos quentes, tomadas elétricas, fios soltos, superfície quentes (ferro elétrico) e outros. Os resultados são queimaduras de 1º, 2º e 3º graus, que deverão ser atendidas em ambulatório especializado e quando essas têm uma SCQ menor ou igual a 10%, os pacientes são diagnosticados como pequeno queimado, ficando o tratamento ambulatorial e as crianças queimadas com SCQ maior que 10 % ou queimaduras em períneo, mãos e ou pés, concentrando os diagnosticados como médio e grande queimado, que normalmente irão ser internados para realização de balneoterapia (curativos comuns ou anestésicos) e/ou procedimentos cirúrgicos, e, após alguns dias de internamento, poderá evoluir para a alta hospitalar ou um infortúnio de um óbito hospitalar, como poderemos observar no fluxograma a seguir.

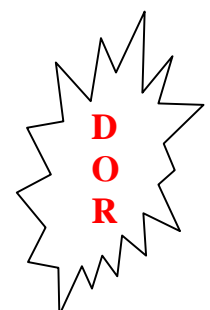
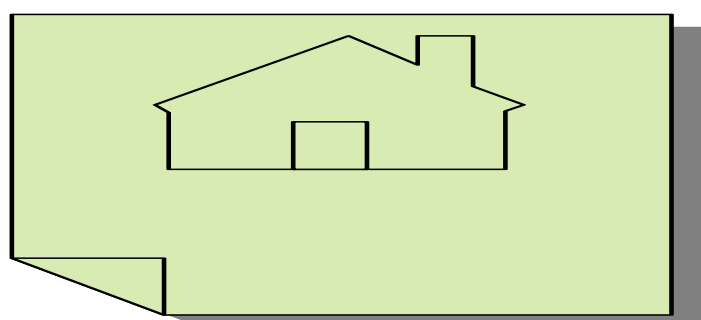
Vale salientar que o fenômeno doloroso observado a seguir, acompanha todo o processo de ocorrências dos acidentes e até possível retorno ao serviço de tratamento de queimaduras para cirurgias reparadoras. Este fluxograma fornece uma visão geral dos acontecimentos em acidentes com queimaduras. A partir de então, inicia-se a discussão sobre todo o cenário que envolve o processo de dor nas queimaduras.

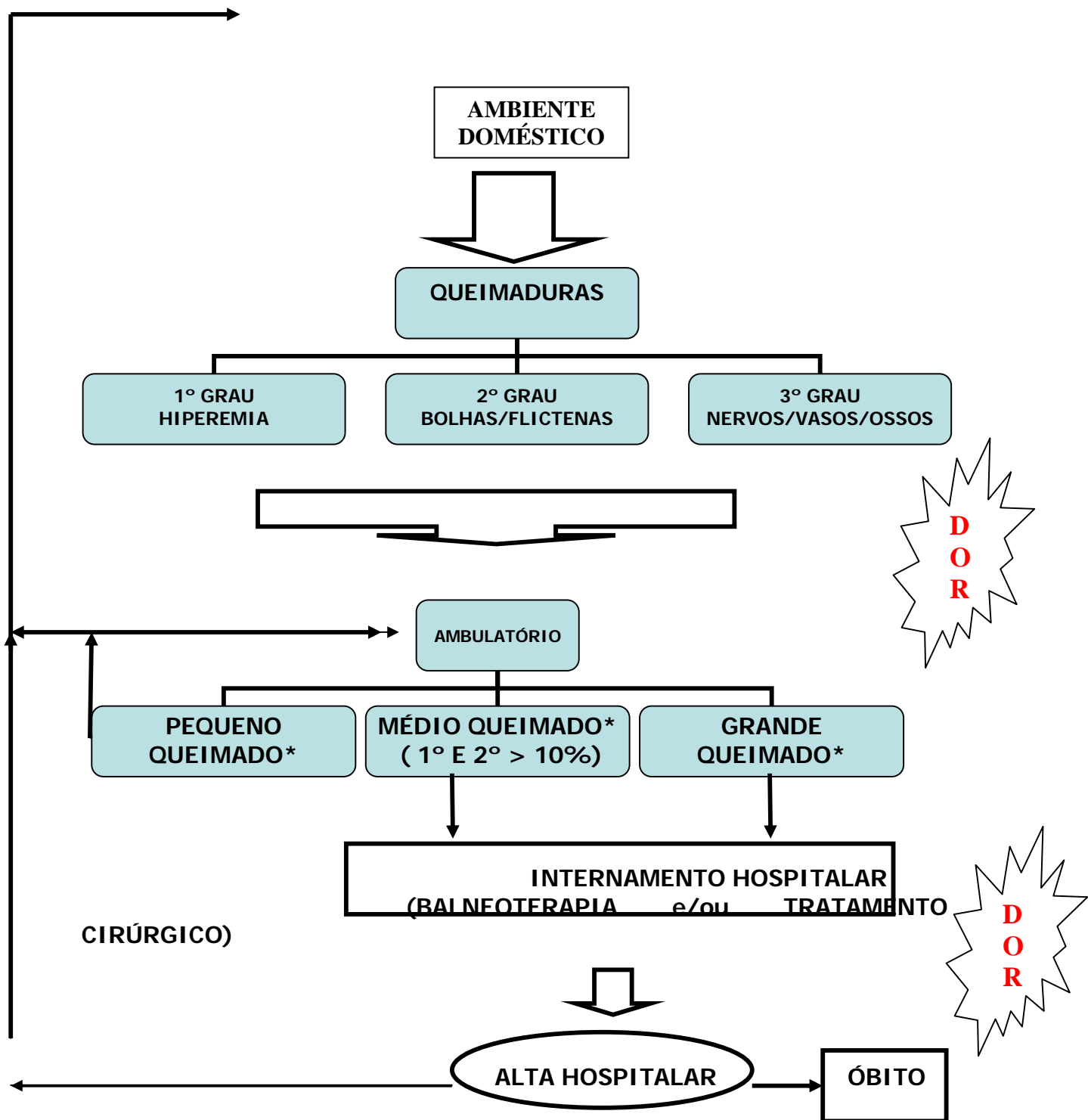
As crianças com queimaduras vivenciam, em suas diversas etapas, a dor, que passa a fazer parte do seu sofrimento. É importante observarmos que a

criança por si só trata-se de um ser com estrutura cognitiva sem preparo para receber a mudança de ambiente, resultando em insegurança, advinda da realização de procedimentos invasivos e dolorosos. O apoio psicológico e emocional de toda a equipe faz-se necessário para o sucesso de todo o tratamento. Lembrando que, muitas vezes, a dor, que é aguda nas queimaduras, se intensifica um pouco, quando a criança passa a conviver com seqüelas, que lembrarão a sensação de dor, então o sofrimento virá à tona.

Dentro do setor de internamento, existe a sala de banho ou balneoterapia, o local do centro de queimados onde há uma expectativa maior dos acompanhantes e da criança, pois é realizada a confecção dos curativos comuns – aqueles que não necessitam de analgesia/sedação e do curativo sob anestesia. Na balneoterapia, a criança é exposta rapidamente ao banho com água corrente, minimizando o risco de hipotermia, seguido da retirada de pele morta, rompimento de bolhas, lavagem com povidine – PVPI, e, depois, a colocação de ataduras embebidas com o agente tópico, sulfadiazina de prata.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA CRIANÇA COM QUEIMADURAS





* de acordo com a classificação do Ministério da Saúde na página 11.

Em meio a todo esse cotidiano de dor, muitas vezes, as crianças se irritam e expressam estar sentindo dor quando pressentem a chegada do banho, pois, após

a passagem do efeito da analgesia e sedação, a dor certamente aparecerá. Diante desta vivência com choros intermitentes, observamos a fala de uma auxiliar de enfermagem durante o banho: “eu já não agüento mais isso !” relacionada ao fato de ver as crianças sofrendo. Vimos também o enfermeiro se emocionando durante o gerenciamento do cuidado de enfermagem com o sofrimento das crianças vítimas de queimaduras. As mães ficam muito mais sensíveis à dor de seus filhos, e os procedimentos são enfrentados com uma dor emocional muito grande. Durante o banho anestésico, foi importante a observação de uma mãe, quando disse: “ontem, ela fez o curativo e veio dormindo, não sentiu dor, hoje ela veio chorando direto”. Este fato tem uma relação direta com o nível de analgesia e sedação, devendo ser esta realizada de maneira a trazer conforto e minimização do processo da dor. A aflição de uma mãe em consolar a criança com dor e a ansiedade gerada na criança desestabiliza emocionalmente a mãe, tudo na criança parece doer, não há uma posição confortável.

Os profissionais que fazem parte da equipe de balneoterapia são: auxiliares e/ou técnico de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro, anestesiológico e cirurgião plástico. Esta equipe tem treinamento constante, mas direcionado a parte técnica, necessitando maior aprofundamento no cuidado humanizado. Segundo Boff (1999, p.97), *o grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se completam.*

Ao conviver com a dor das crianças com queimaduras, muitas vezes, fica difícil visualizar um sorriso diante de tantos sentimentos. As crianças reagem de maneiras diferentes, expressando às vezes raiva, revolta, silêncio, choros, gritos, gemidos e quadros depressivos. Diante de tudo isso, freqüentemente as lágrimas das mães ou entes querido, se manifestam diante da realização da balneoterapia.

O olhar da mãe ou acompanhante e do profissional da equipe multidisciplinar se cruzam em meio ao sofrimento, ficando angustiados com as dores das crianças, tanto a dor física como a emocional. Dentre as mães, outra fala que marcou, foi: "Só Deus pode fazer essas crianças suportarem esta dor". A mãe, ao entregar o seu filho aos cuidados, fica receosa. Além disso os procedimentos realmente são cruentos, e o profissional muitas vezes participa do sofrimento de forma silenciosa, principalmente no atendimento de primeira vez, no banho do ambulatório, local onde são feitos os primeiros procedimentos.

Outros sentimentos como angústia, esperança, expectativas, auto-estima baixa, sentimento de culpa, omissão, arrependimento, circundam o mundo familiar das crianças vítimas de queimaduras. Segundo Portnoi (2003), a dor é sinalizador eficaz da ocorrência de um estímulo nocivo, levando ao desencadeamento de comportamentos rápidos, reações de fuga ou proteção.

É visível em algumas crianças um olhar de tristeza, uma solidão em meio ao seu tratamento. A dor é muito solitária, é individual, e é preciso compartilhar desse sentimento junto com a criança queimada, bem como a família. Muitas vezes, o tratamento não se encerra em um só internamento, às vezes, é preciso voltar para

realização de cirurgias plásticas, como enxertias, deixando crianças e familiares apreensivos e na expectativa do sucesso do procedimento.

Notamos constantemente a observação do profissional enfermeiro acerca da prestação de cuidados às vítimas de queimaduras, no sentido de oferecer uma recuperação o mais rápido possível. Para isso, a colaboração deve vir de uma rede social de apoio em torno da recuperação da criança; não pode ser esquecida a questão da prevenção, investindo na educação em saúde como forma de promover a saúde e qualidade de vida às vítimas de queimaduras.

Gomes (1995, p.285) ressaltam a importância do fato de que os acidentes com queimaduras envolvendo crianças somente diminuirão com campanhas bem-estruturadas e bem planejadas, sendo o apoio da sociedade ponto fundamental, pois, para queimaduras, não há "vacina", *a prevenção é a principal arma, que tem que ocorrer 24h por dia e 365 dias no ano.*

Kliemann et al. (1990), relata que os acidentes com queimaduras são potencialmente preveníveis e evitáveis, embora sejam de grande complexidade do ponto de vista da Pediatria, sendo considerados necessários, para isso, estudos que abordem os aspectos clínico-epidemiológicos das queimaduras como ponto principal para desenvolvimento de planos de prevenção, considerando como modelo experiências de outros países.

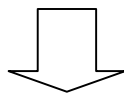
Outro ponto observado é quanto à localização das enfermarias pediátricas, vizinhas às dos adultos. Quando há pessoas gritando com dor, as crianças ficam com mais medo ainda. Percebemos que, em meio a tanto sofrimento, as crianças ficam muito sensíveis, tendo muitas vezes comportamentos que não correspondem à sua idade, sem falar na ansiedade gerada pela dor. Portnoi (2003,

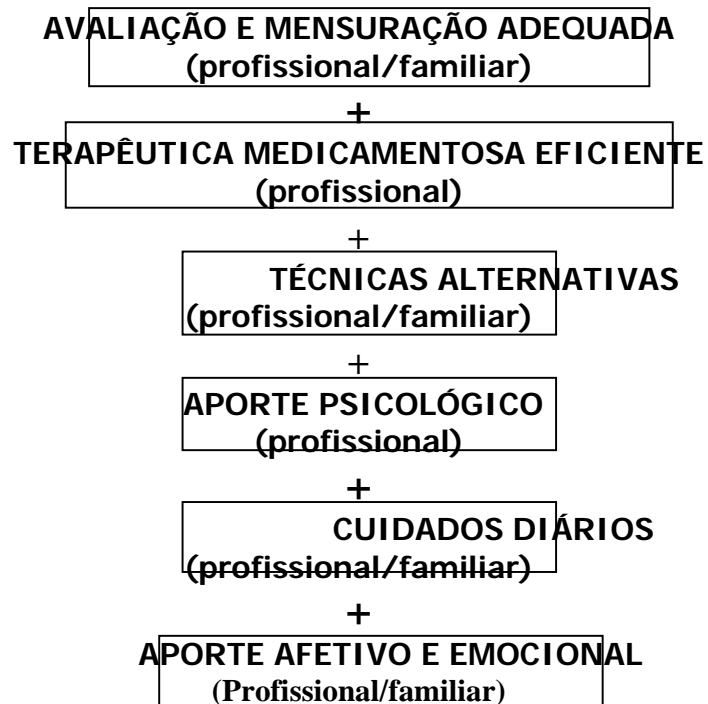
p.206) relata que *quando há medo, é possível reconhecer a ameaça, quando há ansiedade, é difícil especificar causa.*

Em resumo, o tratamento da dor será efetivo quando produzir o seguinte resultado: tratamento terapêutico medicamentoso, técnicas alternativas (musicoterapia, brinquedoterapia e outros) para o alívio da dor, aporte terapêutico psicológico, com prestação de cuidados que minimizem a dor e apoio emocional e afetivo tanto dos familiares como dos profissionais, o que resulta na: equação para o alívio da dor na criança queimada

EQUAÇÃO PARA O ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA QUEIMADA

ALÍVIO DA DOR





Todos esses pontos foram evidenciados por nós e direcionados para a reconstrução do instrumento de mensuração da dor, para tentar retratar da melhor forma possível a vivência da dor na criança queimada. Foi então que surgiu o formulário composto por três partes: dados relacionados à criança, dados relacionados ao acidente com queimaduras e, por último, relacionados ao processo de dor. Nesta terceira parte, colocamos a escala visual analógica da dor em forma de régua. Percebemos que seria ainda melhor um instrumento que facilitasse a avaliação por parte da criança ou acompanhante, com a apresentação das expressões faciais de cada vez. Foi então criado o disco visual da dor- DVDOR, para avaliar a intensidade, um instrumento que se estivesse ao alcance do acompanhante e/ou criança de forma lúdica, contribuiria para uma melhor compreensão da dor. Objetivo é, juntamente com o serviço colocar o disco visual

da dor nos 07 leitos pediátricos do centro de queimados, a fim de incorporar a mensuração da dor na rotina de verificação dos sinais vitais, segue em anexo III.

Diante desses resultados, os nossos horizontes ainda se ampliam mais para outras indagações e assim é que se dá o processo de pesquisa, desvelando os acontecimentos, levando a confirmação de que o conhecimento é inacabável, porque se encontra dentro das relações humanas, sendo estas algo em contínua interação, dando aos nossos pensamentos diferentes possibilidades de revelar os fenômenos. E perceber tudo isso na ótica das vivências com queimaduras, fez-nos ser humanos e pesquisadores bem mais completos.

Na qualidade de pesquisadora, demos constantemente um retorno para o serviço em termos de prevenção em nível secundário com relação aos acidentes com queimaduras, pois, a cada realização do formulário, fazíamos a explicação sobre a prevenção em queimaduras, bem como tirarmos todas as dúvidas sobre os cuidados imediatos após as queimaduras e sobre o que fazer restringindo-nos a explorar a essência das relações entre os seres humanos e o ambiente, mas sim dar um retorno para a sociedade, contribuindo para evolução do serviço. E não pensar que a educação em saúde é a ação da atenção primária, mas sim todos os níveis de atenção à saúde. Este ponto é de extrema importância a partir do momento em que você observa algumas mães com hábitos higiênicos precários, que irão prejudicar a recuperação das feridas, promovendo a ocorrência de infecções.

A constatação dessa realidade é bastante para despertar a consciência de que precisamos traçar metas educativas, para prevenir tais acontecimentos. Saberemos, então, até que ponto as queimaduras têm prejudicado a vida das vítimas com seqüelas físicas e psicológicas, já que o corpo da criança de modo geral pode ficar marcado para sempre. A seqüela física estará lembrando o

trauma cotidianamente, possibilitando que a criança fique também psicologicamente afetada (DAMASCENO, 2002).

6.3 PERFIL DA CRIANÇA QUEIMADA

Discutiremos primeiramente sobre os dados sociodemográficos das vítimas de queimaduras de nossa amostra, para termos uma melhor contextualização das crianças acometidas por injúrias térmicas. Na Venezuela, apesar das estatísticas sobre queimaduras serem limitadas e tardias, o Ministério da Saúde e Assistência Social relata a ocorrência de mais de 30.000 casos por ano, sendo que 15% deles necessitaram de cuidados intensivos, o que significa dizer que são acidentes graves. A faixa

etária com maior número de ocorrências é de menores de 5 anos, sendo essa a primeira causa de morte na faixa de 5 a 9 anos de idade naquele país (ALOISI et al.,1999). Já no Brasil, Serra e Gomes (1999) informam que, só em 1991, 950 crianças foram hospitalizadas em razão de queimaduras.

Quanto ao sexo predominante em nosso estudo, podemos perceber no Quadro 1, que o sexo predominante foi o masculino com 56%, contra 44% para o sexo feminino, resultado que coincide com o estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes realizado por Costa et al. (1999) no Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de

Minas Gerais. Ali, 59% de sua amostra eram de pacientes do sexo masculino e 41% do sexo feminino na faixa etária de 0 - 19 anos, provenientes de Belo Horizonte (70,0%), da região metropolitana (24,0%) e somente (6,0%) do restante do estado e de outros estados. Rossi et al. (1998), em estudo realizado em Ribeirão Preto (São Paulo), também relataram ser mais comuns as queimaduras em crianças do sexo masculino do que entre as do sexo feminino.

Quanto à procedência das crianças internadas, 55% foram provenientes da capital, sendo 45 % do interior do Estado do Ceará. Damasceno (2002) relata que a procedência de zonas de uma região não é fator determinante no acontecimento de acidentes, mas sim o ambiente que circunda as crianças, como o domicílio e região peridomiciliar, mostrando a importância de atuarmos tanto nas capitais como no interior dos estados. Devemos também levar em consideração que,

devido à distância, os acidentes de pequeno porte são tratados em seus locais de residência, na maioria das vezes, sendo transferidos apenas os mais graves, diferentemente da capital em que o acesso torna mais fácil a ida ao ambulatório de queimados. Mas este fato nos faz reportar o quanto de despreparo há para se prevenir estes acidentes, a falta de informação é bem maior por parte das pessoas.

A faixa etária de maior predominância é de 1 a 24 meses, com 39%, em segundo lugar, de 25 a 48 meses, com 23%, e, em terceiro, as de 49 a 72 meses, com 21%. Esta faixa de idade até 2 anos coincide com a fase em que a criança está descobrindo o ambiente ao seu redor, se tornando muitas vezes vítimas de diversos riscos para a ocorrência de acidentes nos lares. Este fato se harmoniza com o relato de Gomes et al. (1997), no qual a faixa etária de 0 a 5 anos é a que possui a maior incidência, com o pico no

primeiro e segundo anos de vida. Isto se justifica porque nesta idade a criança começa a dar os primeiros passos, tornando-se uma vítima fácil (GOMES, 1995).

Ainda no Quadro 1, quanto à posição familiar, cerca de 41% das crianças são caçulas, isso que dizer são os filhos mais novos da família, bem como também são 39% de primogênito/único. Este fato tem uma influência direta quando estudamos a dor devido aos aspectos psicológicos e afetivos que envolvem o fenômeno doloroso, tendo a criança caçula, primogênito/único muito da atenção das pessoas da família, e a mudança de ambiente e o convívio com pessoas estranhas fazem que a sua adaptação se torne mais difícil. A queimadura é um tipo de acidente causador, às vezes, de uma desestruturação familiar, em razão de o tratamento ser muito doloroso e requerer longo período, quebrando toda rotina familiar (SERRA; GOMES, 1999). Teixeira e Valverde Filho (2003) reforça que os pais são mais ansiosos e protetores com os primogênitos do que com outros filhos menores.

Quanto ao acompanhante durante o processo de internamento, a figura da mãe esteve presente com as crianças em 75% das hospitalizações e, em segundo lugar, o pai, com 14%. A presença do pai, embora não tão marcante mais já bastante significativa, vem a colaborar na divisão de responsabilidades, no que se refere à criação dos filhos. Segundo Damasceno (2002), as crianças menores de 1 ano ainda estão na fase de apego, em que necessitam do carinho constante da mãe ou das pessoas responsáveis pela sua criação e este fato é fundamental para o seu desenvolvimento psicossocial. Gomes et al. (1995) relatam que a dor ocasionada pela queimadura é a dor mais pungente e mais violenta, é um verdadeiro tormento, constituindo uma das piores forma de dor, daí a necessidade de acompanhamento que ofereça suporte emocional à criança. Segundo Claro (2004), os pais são os juízes melhores na mensuração de dor, por estarem atentos aos comportamentos mais difíceis de serem escondidos, detectando dores para que possamos atuar com cuidados que envolvam um suporte emocional, psicológico, terapêutico e clínico.

QUADRO 1

Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras, segundo o sexo, procedência, idade, posição familiar e tipo de acompanhante no CTQ-IJF. jan./ out. de 2004. Fortaleza-Ceará.

Variáveis	N ^o	%
-----------	----------------	---

	1 Sexo	
	Masculino	56
56		
	Feminino	44
44		
	2 Procedência	
	Capital	55
55		
	Outros Municípios	45
45		
	3 Idade (meses)	
	1 - 24	39
39		
	25 - 48	23
23		
	49 - 72	21
21		
	73 - 94	8
8		
	95 -131	9
9		
	4 Posição Familiar	
	Caçula	41
41		
	Primogênito/único	39
39		
	Outros	20
20		
	5 Acompanhante	
	Mãe	75
75		
	Pai	14
14		
	Avô	3
3		
	Irmã	2
2		
	Outros	6
6		

n:100

Claro (2004) enfatiza bem, quando diz que o melhor tratamento psicológico para a dor das crianças é ter por perto as pessoas queridas como os pais, pois elas se sentem mais seguras e protegidas quando contam com a proximidade dessas pessoas.

Com relação aos acidentes com queimaduras, o quadro 2 retrata, o tipo mais comum, as queimaduras de 2º grau, com 76%, seguidas das de 3º grau, com 12%, e associação de queimaduras de 2º e 3º graus, com 9%, e, por último, as de 1º e 2º graus com 3%. As possíveis complicações advindas destes acidentes torna necessária a internação, no intuito de corrigir distúrbios hidroeletrólíticos que poderão desencadear rapidamente ao choque nas vítimas de queimaduras. As queimaduras de 1º e 2º graus são consideradas bastantes dolorosas devido a atingirem a espessura da derme e epiderme, local onde se encontram as terminações sensitivas da pele.

Os agentes causais das queimaduras mais comuns em nosso estudo foram os líquidos aquecidos, com 66%, causando grande parte das queimaduras de 2º grau, queimaduras extremamente dolorosas, sendo em segundo lugar os acidentes com álcool/combustíveis com 10%, comuns na idade de 7 a 10 anos devido à fase de realização de pequenas experiências, vindo que este tipo de queimaduras traz prejuízos estético-funcionais importantes. Em terceiro lugar, estão os acidentes por chamas e choques elétricos com 8%, sendo este último causador de queimaduras de 3º grau, muitas vezes indolor, o que poderá retardar o tratamento precoce deste tipo de injúria.

QUADRO 2

Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras, segundo o tipo de queimaduras, agente causador e local do acidente. mar. a out. de 2004. Fortaleza-Ceará.

Variáveis	Nº
%	

1 Tipo de Queimadura		
	2 ^o Grau	76
76		
	3 ^o Grau	12
12		
	1 ^o e 2 ^o Grau	3
3		
	2 ^o e 3 ^o Grau	9
9		
2 Agente Causador		
	Líquido Aquecido	66
66		
	Combustível/Álcool/	10
10		
	Chamas	8
8		
	Choque	8
8		
	Brasas	5
5		
	Outros	3
3		
3 Local do Acidente		
	Cozinha	60
60		
	Peridomicílio	16
16		
	Quartos	11
11		
	Sala	6
6		
	Outros	7
7		

n:100

Quanto ao local de ocorrência das queimaduras, já se esperava que fosse a cozinha, devido à grande incidência de acidentes por queimaduras com líquidos quentes, com 60%, em segundo lugar, o peridomicílio, com 16%, e, em terceiro, os quartos, com 11%. Gomes (1995) referem que os acidentes com queimaduras são causados na infância principalmente com líquidos superaquecidos; na cozinha e com a presença de um adulto, o que vem demonstrar que os adultos não estão sensibilizados para a ocorrência de acidentes domésticos, como as queimaduras.

Outro ponto importante nas queimaduras é o percentual de superfície corporal queimada-SCQ visto no Quadro 4, bem como a profundidade da queimadura, processos decisivos para tomada de conduta no paciente queimado, a fim de evitar complicações volêmicas, edemas e infecções, podendo determinar a intensidade dor do paciente queimado.

TABELA 2

Distribuição das idades das crianças vítimas de queimaduras, segundo os tipos de queimaduras. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.

Idade da Criança (meses)	Tipo de Queimaduras			
	Grau	2º Grau		3º
		Nº	%	Nº
1 - 24		35	44,3	5
25 - 48	23,8			
49 - 72		16	20,3	7
73 - 94	33,2			
95 -131		16	20,2	4
	19,0	5	6,3	3
	14,3	7	8,9	1
	4,7			
TOTAL		79	100,0	21
	100,0			

$$\chi^2 = 3,20; \text{ GL}=3; \text{ p} = 0,491$$

De acordo com a Tabela 2, podemos perceber que as crianças de 1 a 24 meses, 35, (44,3%), foram acometidas pelas queimaduras de 2º grau, na maioria das vezes, por líquidos aquecidos, estando esta faixa etária mais propensa a sentir dor devido a atingir regiões sensíveis da pele. Enquanto as queimaduras de 3º grau foram mais comuns na faixa etária de 25 a 48 meses, com 7 (33,2%), sendo os combustíveis o agente causador mais presente nesta idade. Esses achados são bem semelhantes a outros resultados de estudos epidemiológicos, que relatam os acidentes térmicos ocasionados por líquidos superaquecidos perfazendo 50% de todas as vítimas de queimaduras, principalmente as crianças de 1 a 5 anos (SOUSA; RODRIGUES; BARROSO, 1999).

É preciso observar também que a faixa etária de 1 a 72 meses detém 67 (84,8%) das queimaduras de 2º grau e 16 (76%) dos acidentes de 3º grau, denotando o quanto as queimaduras acometem as crianças nas faixas etárias iniciais. Salientamos que muitas vezes os acidentes de 2º grau têm uma extensão maior do que os de 3º grau, porém estes últimos, precisam de enxertos de pele e vários outros procedimentos cirúrgicos. Não encontramos no estudo, entretanto associação entre tipo de queimaduras e idade ($\chi^2=3,20$, $p=0,491$).

TABELA 3
Distribuição do sexo das crianças vítimas de queimaduras, segundo o agente causador. mar./out. de 2004, CTQ/IJF.Fortaleza-Ceará.

Agente causador	Sexo				
	Feminino		Masculino		Total N ^o
	N ^o	%	N ^o	%	
Líquidos quentes	34	77,3	32	57,1	66
Brasas/chamas	4	9,1	9	16,1	13
Combustíveis	3	6,8	7	12,5	10
Choque e outros	3	6,8	8	14,3	11
TOTAL	44	100,0	56	100,0	100

$\chi^2 = 5,49 ; p = 0,139$

Conforme a Tabela 3, as crianças do sexo feminino são mais acometidas pelas queimaduras por líquidos quentes 34 (77,3%), em uma proporção bem maior do que com os meninos com 32 (57,1%). Este fato pode estar ligada à presença mais constante das meninas nas atividades domésticas, tendo a cozinha como principal cenário. Nas queimaduras com brasas/chamas e combustíveis, são mais comuns as crianças do sexo masculino do que feminino

Os meninos também tiveram um maior número de acidentes por choque e outros, ficando em terceiro lugar como agentes causais, sendo considerados os acidentes com superfície corporal queimada - SCQ pequena, porém de grande comprometimento estético-funcional. Apesar desses resultados o agente causador não mostrou dependência com o sexo ($\chi^2=4,48, p=0,286$).

TABELA 4
Distribuição das idades das crianças vítimas de queimaduras, segundo o agente causador. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.

Agente causador	Idade das crianças (meses)					
	1 - 48			49 - 131		
	Total N ^o	%	Total N ^o	%	Total N ^o	
Líquidos quentes	45	72,5	20	52,6	65	
Brasas/chamas	8	13,0	6	15,8	14	
Combustíveis	2	3,2	8	21,1	10	
Choque e outros	7	11,3	4	10,5	11	

Choque e outros					
TOTAL	62	100,0	38	100,0	100

$X^2 = 9,08$; GL=3; $p=0,036$

De acordo com Tabela 4 este tipo de acidente se encontra mais na faixa etária acima de 48 a 131 meses, idade em que se encontram as crianças que utilizam o fogo como algo mágico, fazendo parte de suas experiências na infância. Dentre os combustíveis/inflamáveis, o álcool é o principal agente causador, devido a venda em frascos grandes de álcool líquido, o que teve uma nova impulsão após suspensão da lei que determinava somente a comercialização do álcool gel e em frasco com no máximo 100ml de álcool líquido. Os dados revelaram que as crianças com menor idade tiveram como principal agente causador os líquidos quentes (72,5%). Por outro lado, (21,1%) daquelas de maior idade forma vítimas de combustíveis, contra apenas (3,2%) das idades mais baixa, não sendo estatisticamente significativa a associação entre o agente causador e idade ($x^2=9,08$ $p=0,036$).

O diagnóstico mais comum foi o médio queimado, conforme Quadro 3, com 80% dos casos. O Ministério da Saúde relata quais os critérios para se diagnosticar o médio queimado, conforme citado na revisão de literatura. Segundo Damasceno (2002), o médio queimado também possui uma susceptibilidade a muitas complicações e riscos bem maiores. Porém as crianças com diagnóstico tanto de pequeno e como de grande queimaduras foram equivalentes, com um total de 10 (10%) cada. O pequeno queimado é tratado ambulatorialmente e o grande queimado muitas vezes complica e é transferido para a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, pois esses pacientes são crianças que precisam de um suporte tecnológico maior à sua disposição e cuidados intensivos de um equipe multiprofissional.

QUADRO 3

Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras, segundo a SCQ, diagnóstico, dias de internamento e tratamento. mar./ out. de 2004. Fortaleza-Ceará.

	Variáveis	N^o
%		

	1 SCQ (%)	
	1 - 10	47
47		
	11 - 20	40
40		
	21 ou +	13
13		
	2 Diagnóstico	
	Pequeno Queimado	10
10		
	Médio Queimado	80
80		
	Grande Queimado	10
10		
	3 Dias de internamento	
	1 - 6	93
93		
	7 - 14	4
4		
	15 ou +	3
3		
	4 Tratamento	
	Balneoterapia	86
86		
	Cirúrgico	14
14		

n:100

Com relação aos dias de internamento, a maioria, cerca de 93%, ficaram de 1 a 6 dias internados, em segundo lugar, com 4%, de 7 a 14 dias, sendo a variação de 1 a 23 dias de internamento. Gomes (1995) relatam que, quando a queimadura chega ao ponto que necessite de internamento da criança, esse processo se torna ainda mais traumatizante, em razão, principalmente, da convivência com pessoas estranhas no momento de dor.

Quanto ao tratamento realizado durante o período de internamento, cerca de 86% estavam realizando a balneoterapia, procedimento necessário à realização do tratamento tópico das queimaduras, consistindo no banho do queimado com finalidade de revitalizar os tecidos, por meio de limpezas, debridamentos. Por conta da dor, devido a confecções de curativos com substâncias bactericidas, é muitas vezes necessária a realização de anestésias, 14 % estavam internados para realizar procedimentos cirúrgicos como enxertos, debridamentos cirúrgicos, plásticas reconstruturas de um modo geral, já tentando evitar seqüelas estético-funcionais importantes.

6.4 PERFIL DA DOR NA CRIANÇA QUEIMADA

Para melhor compreensão da dor na criança queimada, se torna necessário investigação de alguns pontos que influenciam o processo de dor nas vítimas de queimaduras. A dor é algo observado na prática dos profissionais de saúde, que envolve inúmeras indagações e questionamentos relacionados ao controle da dor, se esbarra na subjetividade de sua natureza, e sofre influências de vários tipos como: ambientais, emocionais e socioculturais (OLIVEIRA; LEÃO, 2004).

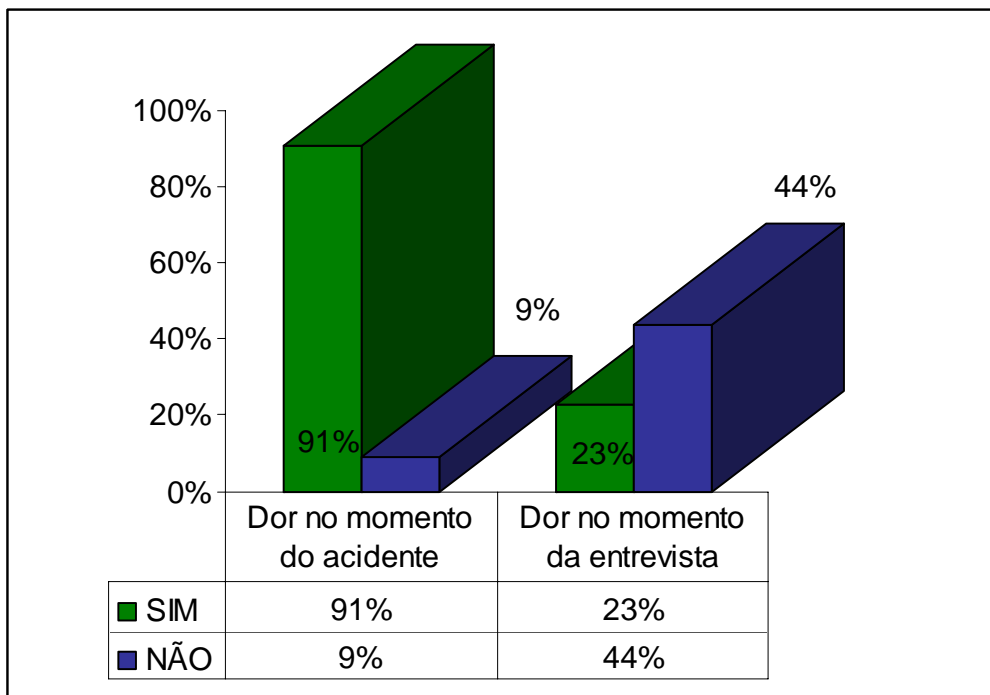
O tema dor em queimaduras é pouco explorado pela literatura. Esta investigação servirá como suporte para o serviço do CTQ/IJF proceder melhor no tratamento conduta com a dor, e terá como norte um instrumento de mensuração da dor para ser utilizado com suas crianças internadas.

Vale salientar que a mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema desta natureza sem uma medida sobre a qual basear o tratamento ou conduta terapêutica (SOUSA; HORTENSE, 2004).

De acordo com o Gráfico 3, temos a distribuição do percentual das crianças vítimas de queimaduras, segundo a dor no momento do acidente e dor no momento da entrevista. Observamos que há quase unanimidade de dor no momento do acidente, com 91%. Isto se associa com o tipo de queimadura mais comum, a de 2º grau, apresentando uma maior sensibilidade dolorosa. Cerca de 9% referiram não ter dor no momento do acidente, fato relacionado com as

queimaduras de 3º grau, geralmente comprometendo tecido nervoso profundo, prejudicando a transmissão do impulso doloroso.

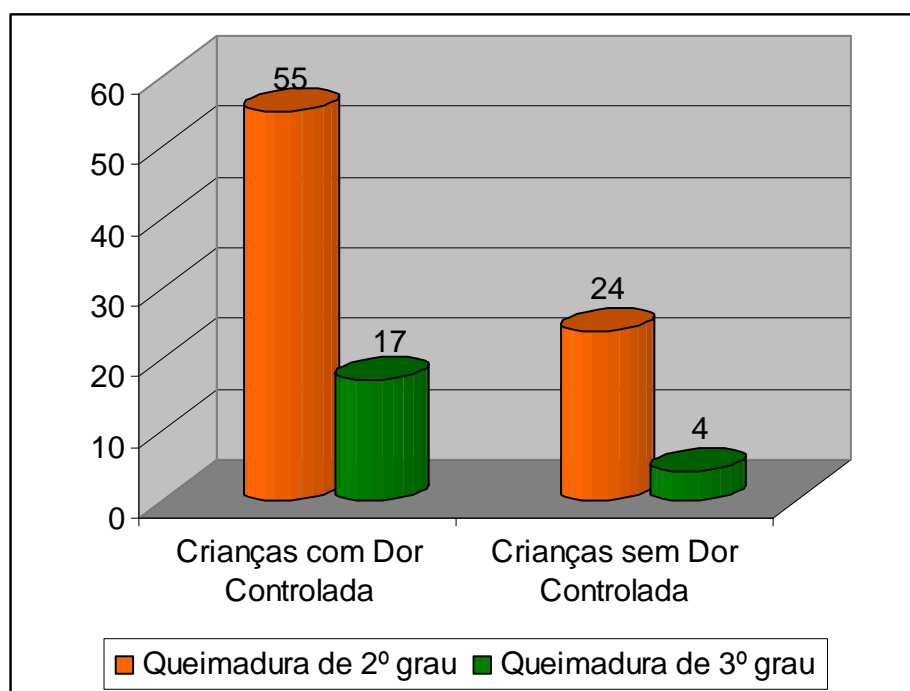
Gráfico 3
Distribuição do percentual das crianças vítimas de queimaduras, segundo a dor no momento do acidente e dor no momento da entrevista. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.



Quanto à dor no momento da entrevista, 23% das crianças estavam com dor no primeiro contato para coleta de dados, 44% estavam sem dor naquele momento e cerca de 33% estavam sob efeito de anestésicos, porque havia pouco tempo tinham vindo do centro cirúrgico ou da sala de balneoterapia, local destinado aos procedimentos de banho, curativos comuns e anestésicos, debridamentos e outros procedimentos. Teixeira e Valverde (2004) afirmam a importância da visita pré-operatória possibilitando oferecer um suporte emocional

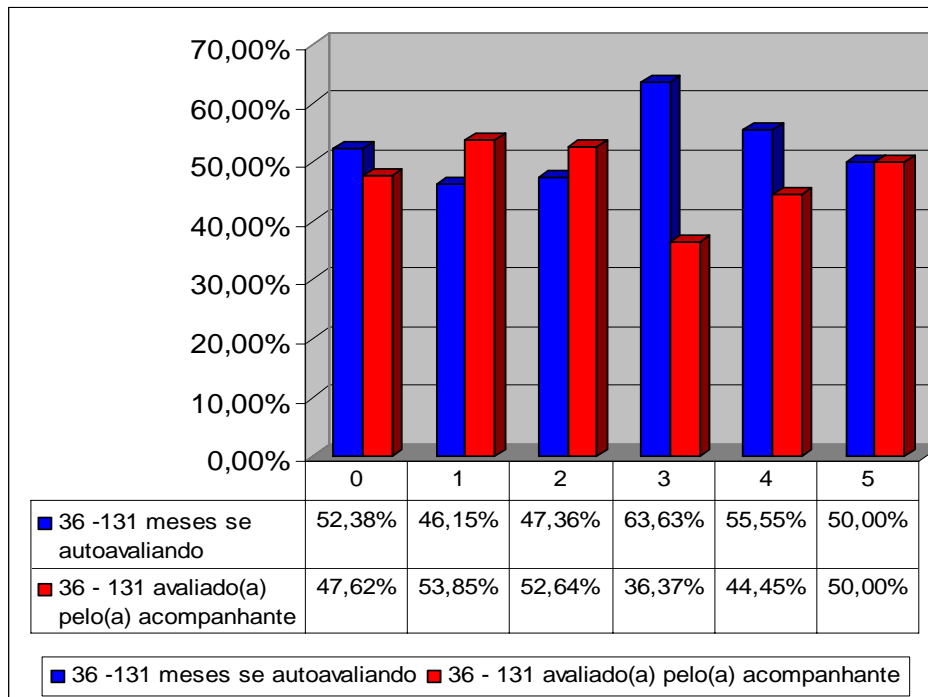
e farmacológico aos doentes. Todos os profissionais que envolvem este ato deveriam contribuir para minimizar e modificar os aspectos cognitivos.

Gráfico 4
Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor controlada, segundo o tipo de queimadura. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.



No Gráfico 4, foi retratada a distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor controlada, segundo o tipo de queimadura. Este item se refere ao estado da criança durante o internamento com relação a dor, se estava ou não sob controle. Podemos observar que nas crianças com dor controlada 55 de um total de 72 crianças tiveram queimadura de 2º grau-, são as mais comuns tanto na criança com dor como sem dor controlada. Em relação às crianças sem dor controlada das 28 crianças, 24 tiveram queimadura de 2º grau e somente 4 crianças queimadura de 3º grau.

Gráfico 5
Distribuição do percentual comparativo entre a autoavaliação da dor das crianças vítimas de queimaduras com avaliação feita pelo(a) acompanhante segundo a escala visual analógica. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.



obs.: 0, 1 , 2 ,3 ,4 e 5 correspondem as faces da escala analógica visual (escala de faces) em anexo (1)

No que se refere ao processo de dor, não podemos deixar esquecer que o jogo é uma boa forma de fazer que a criança se distraia. Podemos utilizar jogos, conversas, videogame, fazer exercícios respiratórios, assistir televisão, ouvir músicas, ler livrinhos de histórias ou gibis, todas essas são maneiras de tirar a criança do foco da dor, que acaba levando ao medo e à ansiedade. Então, a brincadeira pode ser a forma mais fácil das crianças encarar a dor (CLARO,2004).

Podemos observar pelo Gráfico 5 a comparação entre avaliação feita pela própria criança na idade de 36 a 131 meses, com a avaliação feita pelo acompanhante, como já sabemos nos dados anteriores que cerca de 75% são mães, ficando em 1º lugar, o pai com 14% em 2º lugar, e, em 3º lugar as avós, entes próximos à criança e que poderão contribuir nesta avaliação -, inferimos que, o fenômeno doloroso será mais bem interpretado, por meio de uma mensuração da intensidade que irá guiar uma conduta terapêutica mais adequada. E que a falta de uma avaliação ou mensuração não deve ser um entrave para um melhor controle da dor na criança, principalmente nas menores de 3 anos, pois o

nosso objetivo é observar e comparar estas avaliações com o intuito de observar a variação entre estas, de forma que o acompanhante possa ser utilizado na avaliação da dor em crianças de 0 a 3 anos. Devemos levar em consideração que o acompanhante será a pessoa que mais auxiliará a criança em sua recuperação, pois o aporte emocional é muito importante na recuperação da criança queimada.

Na comparação entre os níveis de dor podemos observar entre os percentuais de cada avaliação que a diferença foi muito pouca entre uma avaliação feita pela criança e a outra feita pelo acompanhante. Onde houve uma maior diferenciação foi no nível de dor 3, em que a autoavaliação ainda teve um percentual bem maior do que feita pelo acompanhante.

Podemos observar que, na maioria dos níveis de dor, da EVA, a avaliação feita pela criança teve um valor bem aproximado do acompanhante, com os níveis 0 (sem dor), 1, 2, 4 e 5 (pior dor) ficando aproximadamente 50% para cada avaliador, demonstrando que o adulto teve uma boa avaliação da dor da criança internada, denotando conhecer bem o seu ente. Nos níveis de dor 1 e 2, a avaliação do acompanhante deteve um percentual um pouco maior, demonstrando que não houve grandes discrepâncias entre estas avaliações.

O Quadro 4 retrata muito bem que a dor é algo notório em 91% das crianças acometidas, embora cerca de 9% não tenham relatado dor, configurando principalmente os acidentes com choque elétrico, devido dano ao tecido nervoso no local da lesão. A dor nas queimaduras envolve todas as etapas, desde do

momento o acidente até a realização de procedimentos cirúrgicos e com a completa regeneração dos tecidos.

Quanto à dor no momento da entrevista, tivemos que 44% das crianças não estavam sentindo dor naquele momento, 23% ainda se queixavam de dor, perfazendo um percentual ainda alto, e 33% das crianças tinham vindo naquele momento da balneoterapia sob efeito de anestésico. Como a pergunta era dor no momento da entrevista, para que a criança fizesse a sua avaliação tínhamos que voltar outras vezes para mensuração de dor.

QUADRO 4

Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras, segundo a dor no momento do acidente, tempo de exposição à dor e a dor no momento da entrevista. mar. a out. de 2004. Fortaleza-Ceará.

%	Variáveis	N ^o
---	-----------	----------------

1	Dor no momento do acidente	
	Sim	91
91		
	Não	9
9		
2	Dor no momento da entrevista	
	Sim	23
23		
	Não	44
44		
	Sob efeito de anestésico	33
33		
3	Tempo de exposição a dor (minutos)	
	5 - 60	52
52		
	61 - 120	24
24		
	121 - 180	6
6		
	181 - 240	4
4		
	241 ou +	4
4		
	IGNORADO	10
10		

n=100

Estudos canadenses revelaram que 50% de 2415 doentes internados, de um modo geral, apresentam dor durante a entrevista e 48% relataram dor aguda, com duração de menos de uma semana (TEIXEIRA; VALVERDE, 2003).

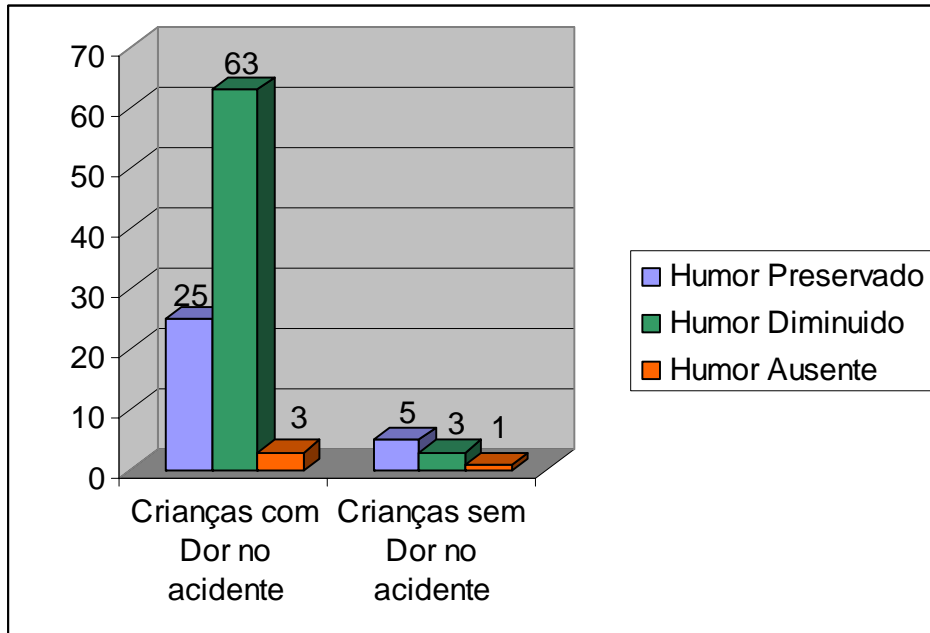
Foi interrogado ao acompanhante quanto tempo a criança passava sentindo dor sem ser controlada, desde o momento do acidente até o internamento, representados por gemidos, choros, gritos até o momento de calma e controle emocional da criança. Cerca de 52% das crianças sentiram de 5 a 60 minutos de

dor, configurando a dor aguda causada pelas queimaduras que se configuram nas primeiras horas da injúria térmica, resultando em um tempo médio de exposição de 89 minutos. Em segundo lugar, 24% das crianças com o intervalo de 61 a 120 minutos e o restante totalizarão mais 24%, valendo ressaltar entre estes que cerca de 4% apresentaram mais de 4 horas de dor. A rotina do serviço de queimaduras desta instituição é utilizar opióides como morfina para cessar a dor, se for necessário o uso. Na conduta no tratamento do fenômeno doloroso deve-se trabalhar não só os componentes terapêuticos medicamentosos, de grande importância no controle da dor, mas também outros recursos.

Teixeira e Valverde (2003) relatam que os especialistas concordam que medidas educativas sejam imprescindíveis, porém alguns estudos revelam muitas vezes não haver reconhecimento pelo médico da dor da criança, principalmente não haver uma avaliação precisa e satisfatória da dor, de modo a investigar sobre a sua ocorrência, mesmo que muitos saibam que os doentes não relatam dor mesmo que sintam, especialmente as crianças.

Oliveira e Leão (2004) reportam que a intensidade e a qualidade da dor que o indivíduo sente são determinadas por suas experiências prévias, capacidade de compreensão e avaliação das conseqüências destas, bem como o significado cultural da dor em sua vida.

Gráfico 6
Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor no acidente, segundo o tipo de humor. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.

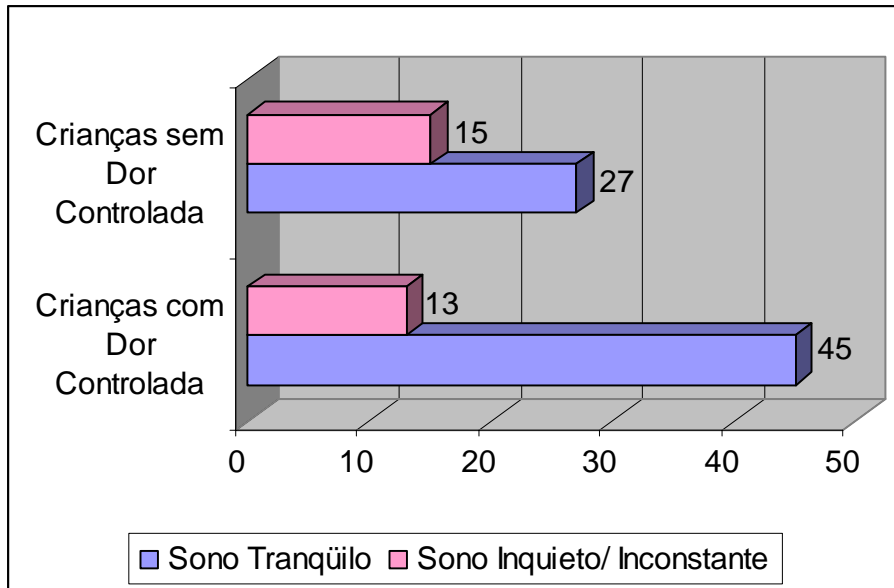


O gráfico 6 dará a oportunidade de avaliarmos qual a influência da dor na queimadura, interferindo no humor. Das 91 crianças com dor no acidente, 63 tiveram o humor diminuído por conta do acidente com queimaduras e processo de dor que envolve a injúria. O fato preocupante é que 3 crianças tinham componentes depressivos e já estavam fazendo acompanhamento psicológico devido ao trauma. Das 9 crianças sem dor no momento do acidente, 3 tiveram o humor diminuído e 1 apresentou problemas depressivos, com dificuldade de se estabelecer um diálogo.

Segundo Sousa e Hortense (2004), o prejuízo nas atividades diárias como sono, apetite, movimentação, higiene e deambulação, bem como o humor, deve

ser observado, porque a modificação relaciona-se diretamente ao mal-estar e desconforto gerado pelo processo de dor.

Gráfico 7
Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor controlada, segundo a qualidade do sono. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.



Este fato com relação ao humor da criança é muito importante na recuperação devido à baixa no humor dificultar e deprimir ainda mais o sistema imunológico, a autoestima ficar abalada com baixa devido ao trauma, acarretando prejuízos emocionais de grande intensidade.

No Gráfico 7, podemos observar que nas crianças sem dor controlada, do total de 28 crianças, 16 estavam com sono inquieto/inconstante, apresentando dor atrapalhando o sono, devido às áreas queimadas dificultarem a movimentação, o que em consequência, ocasionava dor na criança queimada.

Raymond (2002), em suas pesquisas sobre perturbações em sono de crianças vítimas de queimaduras, aponta que as lembranças de dores têm sido

registradas durante o sono REM – Movimento Rápido do Olho, e nos sonhos em geral, influenciando a quantidade e qualidade do sono.

Uma noite de sono não tranqüila, sem, no mínimo, 6 horas, poderá atrapalhar na recuperação da criança, devido ao estresse emocional interferir na recuperação fisiológica da criança queimada.

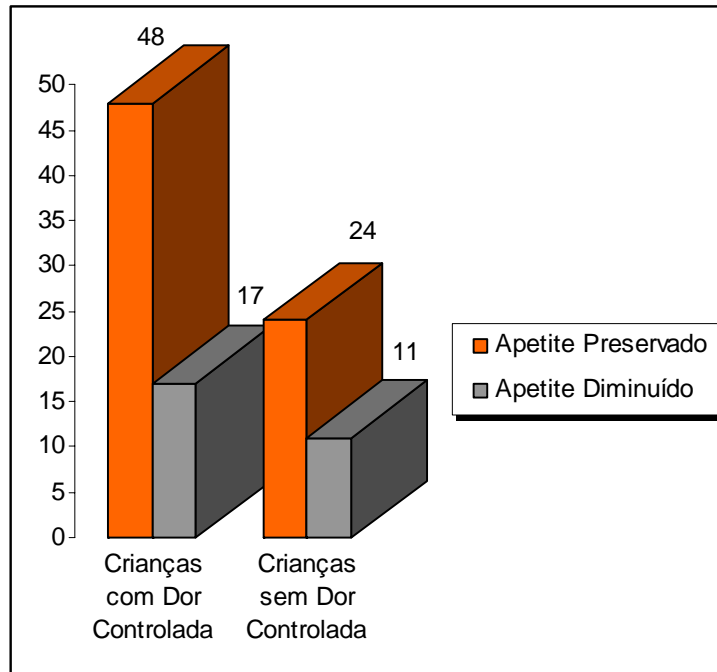
A dor compromete o sono em 45,2%, sendo a insônia um dos fatores de estresse em doentes com dor aguda, decorrente de tratamento inadequado da dor, podendo resultar em medo e ansiedade (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2003).

Nas crianças com dor controlada, observamos um número significativo de crianças com sono inquieto/inconstante, denotando que as queimaduras estão envolvidas no processo de dor nas suas diversas etapas, pois a acomodação devido às lesões dificultam o repouso das crianças. Outro fato é a mudança do ambiente, na fase de adaptação, nos primeiros dias de internamento e a realização de procedimentos invasivos.

A percepção da dor amplia-se produzindo modificações no estilo de vida, com alterações nos padrões do sono, redução de movimentos e das atividades de vida diária, bem como alterações nas emoções, aumentando a tendência ao isolamento social (OLIVEIRA;LEÃO, 2004).

Gráfico 8

Distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor controlada, segundo a variação no apetite. mar./out. de 2004, CTQ/IJF. Fortaleza-Ceará.



O Gráfico 8 mostra a distribuição do número de crianças vítimas de queimaduras com ou sem dor controlada e a interferência no apetite destas. Vemos das 72 crianças com dor controlada, 48 (66,6%) ficaram com o apetite preservado, mas cerca de 34% tiveram reflexo direto no apetite, com a diminuição - porcentagem bem expressiva, comprometendo a regeneração dos tecidos, pois as crianças irão necessitar de gasto calórico e principalmente protéico, indispensável na recuperação das queimaduras. Já nas crianças sem dor controlada, a dor teve uma interferência ainda maior, pois cerca 39,3% apresentarão com apetite diminuído e 60,7%, mesmo sentido dor, ainda estava

com o apetite preservado, fator determinante para evitar procedimentos invasivos como sondagens.

A dor tem um componente psíquico que causa a sensação de mal-estar, ansiedade, medo e agitação. A dor aguda causa estresse e muitas vezes os doentes perdem o controle de suas emoções, o que serve de alerta para possíveis comprometimentos de saúde e bem-estar.

7. Considerações Finais

Diante de todo o panorama epidemiológico que envolve a dor da criança com queimadura podemos dizer que as crianças continuam sendo as principais vítimas e se reafirmando no cenário dos acidentes na infância, gerando sofrimento e dor.

Os acidentes têm uma maior incidência nos meses das festas juninas, período de férias em que as crianças se encontram mais nos ambientes domésticos, devendo ser traçados objetivos para diminuir a incidência desses acidentes, que contribuem para aumento no número de internações, no incremento da morbidade, bem como da mortalidade infantil.

Essa mortalidade só irá ser combatida quando existirem políticas públicas voltadas para redução no número de acidentes domésticos, já que 30% das vítimas são crianças, sendo os líquidos quentes 66% dentre os agentes causais, tendo como cenário a cozinha com 60% e, na maioria das vezes, na presença de um adulto. Os altos custos com este tipo de acidente poderão ser mais bem empregados em estratégias de educação de nossa população para o despertar acerca destes acontecimentos.

Nossa amostra tem uma incidência maior de crianças do sexo masculino (56%), e com 55% de sua procedência da capital, ocupando a posição familiar de caçula, tendo a presença da mãe como acompanhante durante o internamento a mais comum. Estratégias deverão ser traçadas principalmente para combater o futuro sofrimento e dor porque a criança com estas características passa.

Conhecendo a clientela que enfrentará o processo doloroso dos traumas das queimaduras na infância, será bem mais fácil avaliar e medir a dor durante o processo de internamento.

O processo de dor vivenciado está intimamente relacionado a queimaduras de 2º grau, devido a atingir estruturas sensíveis da pele, tendo uma maior frequência com 76% de todas as queimaduras apresentadas.

Nos dados relacionados à criança queimada, a faixa etária de 1 a 24 meses é acometida pelos acidentes com queimaduras de 2º grau, já as de 3º são as de faixa etária de 25 a 48 meses, sendo importante a valorização da opinião do acompanhante, pois ele servirá de ponte comunicativa para interpretar melhor a dor da criança e não subestimá-la em suas observações. Na compreensão do fenômeno doloroso em crianças de 0 a 3 anos, devemos utilizar também parâmetros fisiológicos, como a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, entendendo a dor como 5º sinal vital passando a ser parte da rotina de avaliação periódica da criança.

Apesar da maior incidência dos acidentes nos garotos em nossa amostra, são as meninas as mais acometidas pelos acidentes com líquidos quentes 77,3% e os meninos têm uma incidência maior com brasas/chamas. Seriam necessárias medidas como evitar a presença na cozinha e o acesso da criança aos utensílios domésticos como fósforo, álcool, combustível, isqueiros e outros. As crianças em faixas etárias maiores se acidentam mais com combustíveis, idade em que

experiências científicas despertam a curiosidade dos infantes, sendo importante a participação da escola também em alertar para tal perigo.

A rotina de internamento é conviver diariamente com crianças vítimas de queimaduras extensas, necessitando da balneoterapia e/ou tratamento cirúrgico, ficando em média 6 dias internados, saindo de seu ambiente doméstico para ambiente hospitalar. Com isso, inicia-se o convívio em um cenário que psicologicamente poderá trazer lembranças fortes, pois um centro de queimados retrata bem a dor e o sofrimento que permeiam aquele setor, por mais que seja o objetivo de muitos profissionais que ali estão para minimizar e torná-lo um ambiente alegre e descontraído.

A dor já é algo que se apresenta em cerca de 91% das crianças e persiste durante o tratamento das crianças vítimas de queimaduras em 23% das vítimas, urgindo realmente ver a dor não como uma coisa a mais para prescrever ou administrar um medicamento, mas a dor em queimaduras como parte da avaliação clínica, empregando-a como 5º sinal vital. Não podemos deixar é para "se necessário", porque leva muitas vezes à exacerbação da dor, para que haja a interrupção do fenômeno doloroso. E que seja sempre avaliado, para reduzirmos o sofrimento possível já que sabemos que a dor permeia todas as etapas do acidente com queimaduras, da injúria à regeneração dos tecidos.

Para tanto, é preciso ter um instrumento que realmente ajude na avaliação, de maneira simples, objetiva e precisa, adequando-se à necessidade e compreensão das crianças e reunindo o maior número de informações sobre a

pessoa, bem como deva estar disponibilizado ao paciente não como apêndice que faça parte de sua rotina hospitalar. Quando o paciente tiver acima de 3 anos, pode se autoavaliar e, menor de 3 anos utilizaremos o acompanhante como “termômetro da dor” da criança. Isso constatamos quando comparamos com nossos resultados às avaliações feitas pela própria criança e o acompanhante, com margem de diferença pequena, como mostrou o gráfico 5, já apontando a importância de um acompanhante que seja bem próximo da criança e que tenha condições de cuidar dela.

A exposição à dor logo após trauma está presente em 52% das crianças, com dor de variação de 5 a 60 minutos de dor intensa e de 5 a 120 minutos com o acumulado de 77% de todas as crianças acometidas por queimaduras.

A criança exposta ao acidente com queimadura logo irá vivenciar o processo de dor, seja decorrente do trauma, no caso das queimaduras, ou dos próprios procedimentos invasivos do internamento, afetando diretamente o humor. Todo o processo de internamento na pediatria deverá ter um lado bem lúdico, tentando aproximar mais o ambiente hospitalar do ambiente doméstico, para que estes transtornos psicológicos não venham interferir na recuperação do doente.

Quanto à tranquilidade no sono, as crianças sem dor controlada, apresentam dificuldade de conciliar o sono, demonstrando a necessidade de fazer que o ambiente hospitalar se aproxime mais do seu ambiente doméstico, podendo ter objetos pessoais e de estimação. O sono foi mais tranquilo nas crianças com dor controlada, demonstrando a importância de se trabalhar bem entre os

membros da equipe de profissionais de saúde, a questão da mensuração para traçar uma melhor conduta terapêutica, sempre vendo a dor como algo que deverá ser evitado, e não esperar que aconteça para depois ter uma ação.

A dor provoca no organismo um estado de mal-estar geral que compromete muito nas necessidades humanas básicas, como alimentação, interferindo no apetite da criança; a própria preparação dos alimentos de forma diferenciada, a dieta voltada, para a recuperação da injúria térmica, geralmente hiperprotéica, sem falar em guloseimas que são evitadas durante a dieta hospitalar.

Observar a dor de crianças vítimas de queimaduras durante este período trouxe à forma não somente o dado epidemiológico em si, mas também a oportunidade de parar para refletir e tentar compreender o universo em que ser humano está no momento e colocar-se na situação do outro, além de perguntarmos a nós mesmos: será necessário sentirmos dor para sermos tratados? Há situações em que a dor aparecerá como alerta de algo, mas muitas vezes ela é certa para muitos eventos que ocorrem em nosso organismo, cirurgias, traumas intensos como as queimaduras. Às vezes também podemos refletir sobre que tipo de paciente e acompanhantes nós, profissionais da saúde, geralmente gostamos de cuidar. Rapidamente vem a resposta em nossa mente: aquele comportado, que não "dá trabalho", que não seja hipocondríaco, frágil, cheio de vontade. Então, completo a minha resposta: o difícil é cuidar dos diferentes, por isso, devemos valorizar as queixas do paciente, até que se prove o contrário, e em dor isso quase impossível, porque não se pode sentir a dor pelo outro, jamais será compreendida

em sua plenitude como ele sente. E cuidar de queimaduras é compreender cada dia mais o sofrimento do outro, pois se entendemos só a dor. Certamente, poderemos cessá-la se realizarmos uma melhor avaliação e mensuração, mas, se estrapolarmos os números, as doses, as vezes, as vias, as idas e vindas, poderemos chegar ao ser humano e aí a sua dor será melhor compreendida.

A Epidemiologia é necessária para comprovarmos muitos dados, mas não podemos compreender algo tão subjetivo somente matematicamente, sem ter um olhar humano, como cuidadores que somos.

Como andarmos só no racional e lógico, sem deixarmos-nos permear pelo emocional ?. Então na hora da avaliação e mensuração da dor, este outro lado não deverá estar envolvido.

Assim, deixamos como contribuição todas as reflexões e indagações sobre o tema, bem como uma criação tecnológica (Disco Visual da Dor-DVDor), instrumento para ser utilizado pelos profissionais de maneira ajudar, principalmente pela enfermagem, pois é quem está prestando diretamente este cuidado e que passa a englobar em sua rotina diária de sinais vitais sem deixar de levar em consideração toda o lado humano da criança envolvida. Lembrando sempre que a dor não controlada gera angústia, raiva, ressentimento, especialmente quando se tem expectativa de que não pode ser controlada naquele instante, excedendo todas as tendências pré-morbidas. Em resumo a dor não é somente uma questão fisiopatológica é também uma questão humanitária, ética e econômica (TEIXEIRA; VALVERDE, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: 6ª ed. Porto Alegre: MEDSI, 2003. 708p.

ALMEIDA FILHO, N. ROUQUAYROL, M. Z. . **Introdução à epidemiologia**: Rio de Janeiro. 3ª ed. Porto Alegre: MEDSI, 2002. 293p.

ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia sem números: **uma introdução crítica à ciência epidemilógica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 108p.

ALOISI, A.; SANOJA, R.; GOLLO, M.; GONZALES, O.; MORILLO, S.; JIMENEZ, A. Quemaduras em niños: un enfoque actual. Rev. Soc. Méd.-Quir. Hosp. Pérez de León, v. 30, n. 1, p. 7-14, 1999.

ARAGÃO, C. P. ; WEISS, E. M. G. ; AQUINO, M. D. W. Conhecimentos e práticas de saúde da família da criança hospitalizada: um estudo exploratório. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 23-32, jul./dez. 1993.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. 213p.

BARBOSA, Silva Maria de Macedo. GUINSBURG, Ruth. Dor de acordo com faixas etárias. *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor- contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p.535-542.

BÉJAR, V. R. Psicanálise e dor. *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. Dor- contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio, 2003. p.743-753.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.274 de 22 de novembro de 2000. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, **Brasília, 26 de fev. 2001. Seção 1, p. 67-71.**

BOFF, L. Saber cuidar- ética do humano- compaixão da terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 200p.

BREILH, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: **guia pedadógica para un taller de metodologia. 3. ed. Quito: Centro de Estudos y Asesoria en Salud- CEAS, 1997. 366p.**

CASSUTO, J. TARNOW, P. Potent inhibition of burn pain without use of opiates. **Burns**, v.29, 2003. p.163-166.

CHAMBERS, C. T.; GRAIG, K.; D. BENNETT, S. M. The impact of maternal behavior on children´s pain experiences: an experimental analysis. **Journal of Pediatric Psychology**. v. 27, n. 3, 2002. p.293-301.

CHAVES, L. D. O processo de enfermagem no atendimento do indivíduo com dor. *In*: LEÃO, E. L.; CHAVES, L. C. **Dor 5^o sinal vital – reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004. p.52-58.

CHRISTOFFEL, M. M. SANTOS, R. S. A Dor no recém-nascido e na criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v.54, n.1, p. 27-33, jan./mar. 2001.

CLARKE, W. C.; KASHANI, A.; CLARK, S. B. A mensuração da dor. *In*: KANNER, R. **Segredos em Clínica de Dor**. Porto Alegre: Artemed. 1998. p.41-50.

CLARO, Maria Tereza. **Dor em pediatria**. *In*: LEÃO, E. L.; CHAVES, L. C. Dor 5^o sinal vital – reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio. 2004. p.208-218.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL, childhood injuries in the United States Division of Injuries Control Center for Environmental Health and Injury Control, Am. J. Dis. Child., v. 144, p. 627-646, 1990.

COSTA, D. M.; ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; LEMOS, A. T. O.
Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. J. Pediatr.,
v. 75, n. 3, p. 181-186, 1999 a.

COSTA, M. C. N.; TEIXEIRA, M. G. L. C. A Concepção de “espaço” na
investigação epidemiológico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n.
2, p. 217-219, abr./jun. 1999 b.

DAMASCENO, A. K. C. **Diagnóstico epidemiológico de queimaduras em**
crianças – a educação em saúde como estratégia de prevenção. 2002.
dissertação. (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

DRUMMOND, J. P. **Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica. São Paulo.**
Atheneu, 2000. 262p.

GATTI, M. F. Z. AVANSI, P. A. Dor em emergência. *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM
FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor - Contexto Interdisciplinar.**
Curitiba: Maio, 2003. p.252-260.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. Tratamento de queimaduras: um
guia prático. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 268p.

GOMES, D. R. A Criança queimada: **in queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p.41-64.**

GOMES, P. C. A Bioética e a dor: algumas reflexões. *In: LEÃO, E. L.; CHAVES, L. C*
Dor 5^o sinal vital – reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba:
Maio, 2004. p. 22-24.

GOUVEIA, P. C. SANTOS, A. S. NEMAN, F. A enfermeira e a percepção da dor no recém-nascido. **Nursing**; São Paulo, v. 63, n. 6, p.33-36, Ago. 2003.

GROHOLT, E-K. STIGUM, H. NORDHAGEN, R. KÖHLER, L. Recurrent pain in children, sócio-economic factors and accumalation in families. **Paediatric Epidemiology.** v. 18, p.965-975, 2003.

GUINSBURG, R.; BALDA, R. C. X. Dor em neonatologia. *In: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T.* **Dor - Contexto Interdisciplinar.** Curitiba: Maio, 2003. p.547-562.

HOWARD, R. F. Currents Status of Pain Management in Childrens. London. **JAMA.** v.190., n. 18, p.2464-2469, 2003.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA-IJF; CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS-CTQ. Indicadores hospitalares. **Fortaleza, 2003/2004.**

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220p.

KANNER, R. **Definições.** *In:* KANNER, R. **Segredos em Clínica de Dor.** Porto Alegre: Artemed, 1998. p.17-21.

KANNER, Ronald. **Anamnese do Paciente com Dor.** *In:* Segredos em Clínica de Dor: Porto Alegre, Artemed. 1998. p.17-21.

KLIEMANN, J. D.; LEHUGEUR, D. S.; FRANCHE, G. L. S.; SEARA, S. C.
Acidentes por queimaduras em crianças- estudo epidemiológico: Revista HPS, **Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 36-41, jul./dez. 1990.**

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. **3. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311p.**

LEÃO, E. R. Ensino e pesquisa de enfermagem em dor. *In:* LEÃO, E. L.; CHAVES, L. C. **Dor 5^o sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Maio, 2004. p.22-24.

LINDOZO, M. A. P.; PAIVA, S. S. Dor em Queimaduras. *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor - contexto interdisciplinar**: Curitiba. Maio, 2003. p.220-34.

LODUCA, A. SAMUELIAN, C. Avaliação psicológica do doente com dor. *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor - contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p.191-204.

MAGALHÃES, A.M.P.B.; TIESENHAUSEN, H.A.U.V. Interdisciplinaridade e terapia intensiva no terceiro milênio. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.10, n.1, 2002. p.56-58.

MATHEW, J. L. MATHEW, P.L. Assessment and management of pain in infants. **Postgrad Med Journal**. v.79, p.438-443, 2003.

MATTHEWS, M. L. **Dor: desafio e dádiva**: São Paulo. Ground, 1998. 268p.

McGRATH, P. A. Dor na criança. *In*: KANNER, R. **Segredos em Clínica de Dor**. Porto Alegre: Artemed, 1998. p.197-207.

MOREIRA, P. L. DUPAS, G. Significado de Saúde e Doença na Percepção da Criança. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.1, n. 1, p.758. jan./jul. 1993.

OLIVEIRA, M. A. F.; LEÃO, E. R. Relacionamento Enfermeiro-Paciente do Cuidar do Corpo ao Cuidar do Ser. In: LEÃO, E. L.; CHAVES, L. C. **Dor 5^o Sinal Vital – Reflexões e Intervenções de Enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004. p.328-336.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583p.

PIMENTA, C. A. M. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. **Revista Escola de Enfermagem-USP**. v.32, n. 2, p.179-86, ago.1998.

PORTNOI, A. G. O Enfretamento da Dor. *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor- Contexto Interdisciplinar**: Curitiba. Maio, 2003. p.205-212.

POSSAS, C. A. **Perspectivas para a Ciência epidemiológica numa Abordagem Interdisciplinar**.In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1. 1990, Campinas. **Anais...** Campinas, 1990. p.316-329.

RAYMOUND, I. NIELSEN, T. A. LAVIGNE, G. CHOINNIÉRE, M. Incorporations of Pain in Dreams of Hospitalized Burn Victims. **Sleep Mentation**. Montreal - Canadá. v. 25, n. 27, p.765-770, 2002.

ROSSI, L. A.; BRAGA, E. C.; BARRUFFINI, R. C.; CARVALHO, E. C. **Childhood burn Injuries: circumstances of occurrences and their prevention in Ribeirão Preto, Brazil**. *Burns*, v. 24, n. 5, p. 416-419, 1998.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde: Rio de Janeiro: MEDSi, 2003. 600p.*

SERRA, M. C.; GOMES, D. R. *A Criança queimada. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 339 p.*

SELLTIZ, C. **et al.** *Métodos de Pesquisa nas relações pessoais. São Paulo: EPU, 1965. 657p.*

SETZ, V. G.. PEDREIRA, M. L. G. PETERLINI, M. A. S. HARADA, M. J. C. S. PEREIRA, S. R. *Avaliação e Intervenção para o Alívio da Dor na Criança Hospitalizada. Revista Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.14, n. 2, mai./ago., p. 55-65, 2001.*

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADOS - REGIONAL CEARÁ. Campanha de prevenção de queimaduras. **Fortaleza, 2001.**

SILVA, M. A. P. D. Dor: visão biopsicossocial da assistência. *In:* LEÃO, E. L.; CHAVES, L. C. **Dor 5^o sinal vital – reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Maio, 2004. p.26-32.

SIMONS, J. M. An Action research study exploring how education may enhance pain management in children. London. **Nurse Education Today.** v. 22, p. 108-117. 2002.

SOUSA, F. A. E. F. HORTENSE, P. Mensuração da Dor. *In:* LEÃO, E. L.; CHAVES, L. C. **Dor 5^o sinal vital – reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Maio, 2004. p.78-84.

SOUSA, F. A. E. F. PEREIRA, L. V. GIUNTINI, P. B. SANT'ANA, R. P. M. HORTENSE, P. Mensuração da Dor. *In:* TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor- contexto interdisciplinar.** Curitiba: Maio, 2003. p.179-186.

SOUZA, L. J. E. X.; RODRIGUES, A. K. C.; BARROSO, M. G. T. Acidente doméstico no contexto familiar. **Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 1998.**
37p.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. Aplicação da Epidemiologia em Enfermagem Comunitária. *In*: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. **Enfermagem Comunitária**, 4 ed., Lisboa: Lusociência, 2000. p. 223-250.

TEIXEIRA, M. J. OKADA, M. Dor – Evolução Histórica dos Acontecimentos. *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor- Contexto Interdisciplinar**: Curitiba. Editora Maio; 2003.p.15-52.

TEIXEIRA, M. J. TEIXEIRA, W. G. KRAYCHETE, D. C. Epidemiologia Geral da Dor . *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor- Contexto Interdisciplinar**: Curitiba. Editora Maio; 2003.p.53-6.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. VALVERDE FILHO, João. Dor Aguda. *In*: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor- Contexto Interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p.241-269.

TORRITESI, P. VENDRÚSCULO, D. M. S. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.4. p.49-55, out. 1998.

WHALEY, L. F. WONG, D. L. A criança hospitalizada *in*: WHALEY, L. F. WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p.438-464.

WOOD, S. Nursing care and implications for nursing. **Nursing Times** – Special Focus. v. 98, n.40, p.39-42, 2002.

ANEXO I

Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Diagnóstico Epidemiológico da Dor em Crianças Queimadas

conhecendo para melhor intervir

Declaro que os objetivos e finalidades deste estudo foram explicados para mim em detalhe. Eu entendo que não sou obrigado(a) a participar do estudo, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízo de entendimento. Que meu nome não será utilizado em documento de estudo e a confiabilidade dos meus registros não divulgados.

Eu concordo em participar desta entrevista.

Entrevistado (a)

Pesquisadora

Fortaleza, _____, _____, _____



UFC/CTQ/IJF

Nome da Cça: _____ Data: __/__/__
 Nome da Mãe: _____ Data do Acidente: __/__/__
 Endereço: _____ N^o _____ Bairro: _____
 Data da Admissão: __/__/__ Leito: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. **Idade** da criança em (meses) _____ 1 _____
2. **Sexo** 1 () Fem 2 () Mas 2 _____
3. **Posição Familiar** 1 () primogênito 2 () único 3 () caçula 4 () outros 3 _____
4. **Acompanhante:** 1 () mãe 2 () avó ou avô 3 () irmã mais velha 4 _____
 4 () vizinha 5 () babá 6 () pai 7 () outros

DADOS RELACIONADOS AO ACIDENTE

5. **Agente Causador:** 1 () Líquido quente 2 () brasas 3 () chama 4 () combustível
 5 () álcool 6 () produto Químico 7 () choque elétrico. 8 () outros 5 _____
6. **Dias de Internamento :** _____ 6 _____
7. **Procedência:** 1 () Capital 2 () Interior 7 _____
8. **Local do Acidente:**
 1 () Peridomicílio 2 () cozinha 3 () quartos 4 () sala 5 () outros 8 _____
9. **SCQ:** _____ 9 _____
10. **Tipo de Queimadura:** 1 () 1^o grau 2 () 2^o grau 3 () 3^o grau 10 _____
11. **Diagnóstico:** 1 () pequeno queimado 2 () médio queimado 3 () grande 11 _____
12. **Parte do Corpo:** 1 () Tórax 2 () antebraço 3 () Braço 4 () Face 5 () Coxa
 6 () Abdômen 7 () Perna 8 () Mão 9 () Nádegas 10 () Pescoço 11 () Genitália
 12 () Costas 13 () Cabeça 14 () Pés 15 () axila 16 () outros
 12 _____
13. **Tratamento:** 1 () Cirúrgico 2 () Balneoterapia 13 _____
14. **Curativo:** 1 () Comum 2 () Anestésico 14 _____

DADOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE DOR

15. **Dor no momento do acidente:** 1 () sim 2 () não 15 _____
16. **Quanto tempo desse momento até analgesia** _____ minutos 16 _____

17. **Dor no momento da entrevista:** 1 () sim 2 () não
 3 () sob efeito de anestésicos 17_____
- Se SIM ir para questão seguinte, se NÃO ir para questão 19.
18. **Local da dor:** 1 () lesão 2 () área próxima 3 () outro parte do corpo
 4 () não se aplica 18_____
- 19 **Qualidade do sono e repouso:** 1 () tranqüilo 2() inquieto 3() inconstante 19_____
20. **Dor a movimentação:** 1 () sim 2 () não 20_____
21. **Apetite:** 1 () preservado 2 () diminuído 3 () ausente 21_____
22. **Quais os fatores de melhora ?**

23. **Quais os fatores de piora?**

24. **Movimenta-se na cama ?** 1 sim () 2 () não 24_____
25. **Padrão respiratório:** 1 normal () 2 taquipnéia () 3 bradipnéia () 25_____
26. **Humor:** 1() preservado 2 () diminuído 3 () ausente 26_____
27. **Colabora no tratamento ?** 1 sim () 2 () não 27_____
28. **Dor está controlada?** 1 sim () 2 () não 28_____

AVALIAÇÃO EM ESCALA VISUAL ANALÓGICA / OBSERVAÇÕES GERAIS:

29. (Acompanhante)



30.(Cça)

ANEXO II



UFC/CTQ/IJF

Nome da Cça: _____ Data: ____/____/____
 Nome da Mãe: _____ Data do Acidente: ____/____/____
 Endereço: _____ N^o _____ Bairro: _____
 Data da Admissão: ____/____/____ Leito: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

4. **Idade** da criança em (meses) _____ 1 _____
 5. **Sexo** 1 () Fem 2 () Mas 2 _____
 6. **Posição Familiar** 1 () primogênito 2 () único 3 () caçula 4 () outros 3 _____
 4. **Acompanhante:** 1 () mãe 2 () avó ou avô 3 () irmã mais velha 4 _____
 4 () vizinha 5 () babá 6 () pai 7 () outros

DADOS RELACIONADOS AO ACIDENTE

5. **Agente Causador:** 1 () Líquido quente 2 () brasas 3 () chama 4 () combustível
 5 () álcool 6 () produto Químico 7 () choque elétrico. 8 () outros 5 _____
 6. **Dias de Internamento :** _____ 6 _____
 7. **Procedência:** 1 () Capital 2 () Interior 7 _____
 8. **Local do Acidente:**
 1 () Peridomicílio 2 () cozinha 3 () quartos 4 () sala 5 () outros 8 _____
 9. **SCQ:** _____ 9 _____
 10. **Tipo de Queimadura:** 1 () 1^o grau 2 () 2^o grau 3 () 3^o grau 10 _____
 11. **Diagnóstico:** 1 () pequeno queimado 2 () médio queimado 3 () grande 11 _____
 12. **Parte do Corpo:** 1 () Tórax 2 () antebraço 3 () Braço 4 () Face 5 () Coxa
 6 () Abdômen 7 () Perna 8 () Mão 9 () Nádegas 10 () Pescoço 11 () Genitália
 12 () Costas 13 () Cabeça 14 () Pés 15 () axila 16 () outros
 12 _____
 13. **Tratamento:** 1 () Cirúrgico 2 () Balneoterapia 13 _____
 14. **Curativo:** 1 () Comum 2 () Anestésico 14 _____

DADOS RELACIONADOS AO PROCESSO DE DOR

15. **Dor no momento do acidente:** 1 () sim 2 () não 15 _____
 16. **Quanto tempo desse momento até analgesia** _____ minutos 16 _____
 17. **Dor no momento da entrevista:** 1 () sim 2 () não
 3 () sob efeito de anestésicos 17 _____
 Se SIM ir para questão seguinte, se NÃO ir para questão 19.
 18. **Local da dor:** 1 () lesão 2 () área próxima 3 () outro parte do corpo
 4 () não se aplica 18 _____


- 19 **Qualidade do sono e repouso:** 1 () tranqüilo 2() inquieto 3() inconstante 19 _____
20. **Dor a movimentação:** 1 () sim 2 () não 20 _____
21. **Apetite:** 1 () preservado 2 () diminuído 3 () ausente 21 _____
22. **Quais os fatores de melhora ?**

23. **Quais os fatores de piora?**


24. **Movimenta-se na cama ?** 1 sim () 2 () não 24 _____
25. **Padrão respiratório:** 1 normal () 2 taquipnéia () 3 bradipnéia () 25 _____
26. **Humor:** 1 () preservado 2 () diminuído 3 () ausente 26 _____
27. **Colabora no tratamento ?** 1 sim () 2 () não 27 _____
28. **Dor está controlada?** 1 sim () 2 () não 28 _____

AVALIAÇÃO EM ESCALA ANALÓGICA VISUAL-EAV / OBSERVAÇÕES GERAIS:

29.



30.



0	1	2	3	4	5
SEM DOR					PIOR DOR

FONTE: Adaptado de McGraty (1999)

TÍTULO: DISCO VISUAL DA DOR – DVDor

OBJETIVO: Este disco foi elaborado com o objetivo de proporcionar uma ferramenta para o uso cotidiano do cuidado de enfermagem a criança vítima de queimadura. Se propõe a oferecer informações atualizadas sobre a intensidade da dor apontada pela própria criança e/ou acompanhante e ao mesmo tempo formular a adoção de medidas de cuidados para minimizar o fenômeno doloroso.

CONTEÚDO: o DVDor em sua composição, mede 24cm de altura por 17,5cm de largura, na parte superior contempla os dados de identificação, importante para conhecer as interfaces sociais, culturais e epidemiológicas em relação ao acidente com queimadura, deverá ser preenchido com pincel adequado. Ao centro existem dois discos sobrepostos, móveis, giratórios para os dois sentidos, o que fica por baixo contempla 5 figuras de faces de crianças (menino ou menina) que simbolizam as expressões faciais representativas dos níveis de dor, indo na seguinte seqüência: sem dor, dor leve, dor moderada e dor intensa, no entanto na hora da identificação pelo avaliador não será considerado esta ordem, mas sim o tipo de dor escolhida pela pessoa. E em cima encontra-se um outro disco com um ângulo vazado onde com o movimento vai aparecer a figura completa de uma menina ou menino expressando a intensidade da dor. Abaixo, na parte inferior é colocado um espaço para checar a realização da avaliação nos três turnos: Manhã- M, Tarde – T e Noite – N.

REGRA: Cada leito deverá conter um disco, considerando o sexo da criança (menina ou menino). O disco deverá ser colocado em local de fácil visão e acesso para criança e/ou acompanhante, de forma que possam ver e utiliza-se do disco de acordo com a necessidade.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Para utilização do disco é importante que a equipe de enfermagem esteja treinada para o seu uso, assim como familiares e amigos que acompanham a criança, bem como a própria criança. Considerando o propósito do instrumento, coloca-se a dimensão do estado da arte no cuidado e revitaliza o ser brincante que está presente em cada criança/ser humano.

Se quiser ter acesso ao DVDOR entre em contato com autora:
anakelve@hotmail.com ou anakelve@yahoo.com.br

