

## **CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA DOR DO PACIENTE QUEIMADO.**

CAVALCANTI, Verônica de Luna<sup>1</sup>  
CAVALCANTI, Raul Luiz de Souza  
BARCELOS, Leonardo dos Santos

### **RESUMO**

Com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o olhar do profissional enfermeiro diante de seu paciente, passou a ir além do biológico, pois a humanização da assistência preconiza o atendimento pleno em razão do que, além das implicações decorrentes do processo de adoecimento, o sofrimento psicossocial também precisa ser assistido. O objetivo deste estudo é o conhecimento do enfermeiro sobre a terapêutica farmacológica e o alívio da dor para melhoria da qualidade de vida do paciente queimado. Trata-se de revisão bibliográfica sobre o Conhecimento do Enfermeiro no Controle da Dor do Paciente Queimado. Para tanto, utilizou-se o serviço da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), além do acervo da Biblioteca presencial do Centro Universitário Celso Lisboa. Os artigos pesquisados citam que os profissionais de enfermagem devem estar preparados para o manejo adequado da dor no queimado, assim como com seus familiares de uma forma humanizada com o intuito de aliviar não somente a dor física, mas também a emocional e assim favorecer a analgesia correta a fim de minimizar os efeitos adversos provocados pelos fármacos. Faz parte da responsabilidade do profissional enfermeiro garantir a segurança do paciente. Para tanto é necessário que o profissional adquira conhecimentos sobre interações farmacológicas e efeitos adversos dos opióides para melhor condução do cuidado assistencial.

**Palavras Chaves:** queimado; dor; analgesia; enfermagem.

### **ABSTRACT**

With the implementation of the Systematization of Nursing Assistance (SAE), the look of the professional nurse in front of his patient, has to go beyond the biological, for the humanization of care advocates full compliance because of that, in addition to the implications of the process of illness, psychosocial suffering must also be assisted. The aim of this study is the knowledge of nurse about drug therapy and pain relief for improving the quality of life of the burned patient. This is an bibliographic review on the Knowledge of Nurses in Control of the Burned Patient Pain. For this, we used the service of the Virtual Health Library (VHL), and the presence Library of the University Center Celso Lisboa. The researched articles mentioning that nursing professionals should be prepared for the proper management of pain burned, as well as with their families in a humane way in order to relieve not only physical pain, but also emotional and thus promote the correct analgesia to minimize the adverse effects caused by the drugs. It is part of the professional liability Nurse ensure patient safety. This requires that professionals acquire knowledge about drug interactions and adverse effects of opioids

---

<sup>1</sup> CAVALCANTI, Enfermeira formada pelo Centro Universitário Celso Lisboa; CAVALCANTI, Prof. Ms. do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa; BARCELOS, Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Celso Lisboa.

for better conduct of care.

**Keywords:** Burned; Ache; Analgesia; Nursing.

## **INTRODUÇÃO**

Com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o olhar do profissional enfermeiro diante de seu paciente, passou a ir além do biológico, pois a humanização da assistência preconiza o atendimento pleno em razão do que, além das implicações decorrentes do processo de adoecimento, o sofrimento psicossocial também precisa ser assistido.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.3):

No Brasil, as queimaduras representam um agravo significativo à saúde pública. Algumas pesquisas apontam que, entre os casos de queimaduras notificados no País, a maior parte ocorre nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve a participação de crianças.

De acordo com Oliveira, Moreira e Gonçalves (2012), aquele que sofre um tipo de queimadura é vítima de uma agressão física e essa agressão vai além dos danos físicos, pois essa vítima pode ir a óbito ou adquirir sequelas irreversíveis, sem contar o grande sofrimento físico e psicológico.

A pele é o maior órgão do corpo. É a parte do organismo responsável por recobrir e resguardar a superfície corporal e, entre todos os órgãos, é a que é mais frequentemente acometida por queimaduras, “sendo composta por camadas que detectam as diferentes sensações, como tato, temperatura e dor” (BRASIL, 2012, p. 5-6).

Oliveira, Silva e Martuchi (2013), discutem que a queimadura é uma lesão decorrente da ação de diversos agentes etiológicos, causando agravos decorrentes de lesões térmicas, elétricas, radioativas, químicas e biológicas, que afeta pessoas de todas as idades e classes sociais, sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade e a quarta causa de óbito, podendo ocorrer em ambientes domésticos, profissional, acidentalmente ou como forma de suicídio ou violência a outrem.

Cabe ao enfermeiro conhecer os tipos de queimaduras e seus respectivos graus para que proceda com um atendimento adequado. O profissional consciente do seu trabalho, o realiza com confiança e qualidade, embasado em seus conhecimentos técnicos qualificando a assistência de enfermagem na recuperação desses pacientes,

prevenindo assim agravos e proporcionando melhor qualidade de vida ao vitimado.

Identificar os tipos de queimaduras e as suas proporções, é reconhecer as necessidades de seus portadores, de seus familiares e da equipe técnica. Diante dessa realidade, precisamos abranger a participação de todos, considerando as experiências individuais, tendo como metas a integração, a continuidade da assistência e a divulgação do conhecimento e o progresso no tratamento do paciente.

Para Smeltzer *et al.* (2009a, p.1713), “a dor é inevitável na recuperação de qualquer queimadura”. Silva e Ribeiro (2011, p.342) afirmam que “no exercício da assistência de enfermagem ao paciente queimado a atribuição essencial consiste em suavizar a dor e o sofrimento deste”.

O presente estudo tem como objeto o conhecimento do enfermeiro frente aos fármacos derivados do opióide, seus efeitos analgésicos, diluição e administração frente à vítima de queimadura.

Neste sentido este trabalho tem como objetivos, a terapêutica farmacológica e o alívio da dor para a qualidade de vida do paciente queimado e descrever o conhecimento do enfermeiro sobre os fármacos opióides.

### **Características da pele**

Conforme Luongo (2014), a pele é um órgão que reveste o organismo e tem uma estrutura complexa de tecidos inter-relacionados. É indispensável à vida e tem como função: isolamento dos componentes orgânicos do meio externo, controle da temperatura corpórea, barreira entre o ambiente interno e externo, proteção contra agentes microbianos e traumas, além de favorecer a termorregulação e o metabolismo de vitamina D.

Luongo (2014, p. 270), ainda afirma que:

A pele é constituída por três camadas: uma porção epitelial mais superior (epiderme), uma camada intermediária (derme) e uma camada mais profunda (tecido subcutâneo ou hipoderme), representando cerca de 15% do peso corpóreo, formando um revestimento e dando proteção contra agentes nocivos.

### **Fisiopatologia da queimadura**

A queimadura é uma lesão na qual ocorre um deslocamento de calor da fonte de energia em direção ao corpo da vítima, ocasionando uma destruição que pode ser total ou parcial da pele e anexos, podendo atingir tecido subcutâneo, músculos, tendões,

vísceras e ossos e, esse calor pode ser transportado por radiação ou condução (SILVA; VITOR *apud* VOLPATO; VITOR; SANTOS, 2014). Nas queimaduras térmicas incluímos as elétricas, radiação e substâncias químicas (SMELTZER *et al.* 2009; p.1691).

A destruição tecidual por queimadura se dá pela coagulação, pela desnaturação de proteína (perda da função proteica) ou por ionização do conteúdo celular. Quanto mais tempo a vítima ficar exposta à fonte de calor, maior será o tamanho e a profundidade da lesão (SILVA; VITOR *apud* VOLPATO; VITOR; SANTOS, 2014).

A ruptura da pele leva a perda de líquidos, a hipotermia e a infecções, além de, comprometer a imunidade e alterar a função tegumentar e a aparência corporal de um queimado (SMELTZER *et al.* 2009a).

Após uma queimadura importante, a instabilidade hemodinâmica, é o acontecimento inicial que resulta na perda da integridade da pele e conseqüentemente o desvio de líquido, sódio e proteína do espaço intravascular para o espaço intersticial. Essa instabilidade abrange os mecanismos: cardiovasculares, hidroeletrólíticos, sanguíneo e pulmonares (SMELTZER *et al.* 2009b).

Para Lima Júnior *et al.* (2008; p. 57):

Assim como qualquer vítima de um trauma, o paciente queimado é caracterizado por um importante desequilíbrio entre os mecanismos pró-inflamatórios e anti-inflamatórios, podendo, em determinadas situações, culminar com choque e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Ainda de acordo com Lima Júnior *et al.* (2008; p.57):

O paciente grande queimado apresenta alterações fisiopatológicas marcantes, como: hipóxia tecidual em graus variados ativação de todas as vias biológicas da inflamação, alteração da imunidade celular, da imunidade medida por citocinas, fatores de crescimento, do sistema complemento, da cascata de coagulação, além de lesão de reperfusão e disfunção endotelial.

### **Classificação da queimadura**

De acordo com Smeltzer *et al.* (2009a, p.1689), "as lesões por queimadura são descritas de acordo com a profundidade da lesão e da extensão da área de superfície corporal lesionada".

Para Oliveira, Silva e Martuchi (2013) as queimaduras são classificadas em:

1º Grau → Eritema e dor local → A destruição das células é restrita a superfície da epiderme.

2º Grau → Flictema → Há a formação de vesículas constituída de líquido de cor

amarelo-claro. Dividimos em Parcial Superficial e Profunda. É extremamente dolorosa.

- Parcial Superficial → Ocorre à destruição da epiderme e de parte da derme, edema com extravasamento de líquido e formação de flictema. A pele pode ficar avermelhada, manchada ou de coloração variável com aspecto úmido. A dor pode ser moderada ou intensa.
- Parcial Profunda → Decorre a destruição de epiderme e maior parte da derme com presença de tecido necrosado, geralmente não há a presença de flictema. Por ocorrer à destruição grande de terminações nervosas, a dor se torna menos intensa.

3º Grau → Atinge músculos e vasos sanguíneos, além de todas as camadas da pele, que apresenta coloração esbranquiçada ou avermelhada, carbonizada ou acastanhada. Não há a presença de dor, pois as terminações nervosas são totalmente destruídas.

4º Grau → Carbonização total ou parcial → Além de todas as camadas da pele são atingidos os músculos, os ossos e os órgãos internos. Há uma redução de massa e volume corpóreo.

Segundo Oliveira, Silva e Martuchi (2013; p.200;) “pequeno queimado tem até 10% de área corpórea atingida, médio queimado até 20% e, acima disso, considera-se grande queimado”.

Para avaliarmos a extensão corporal afetada pela queimadura, temos como material de apoio a Regra dos Nove ou Método de Wallace e Pulaski e o Diagrama de Lund e Brownder. Para Oliveira, Moreira e Gonçalves (2012; p.33)

A Regra dos Nove não é indicada para mensurar queimaduras em crianças, pela possibilidade de induzir a erros grosseiros. Enquanto a de Loud- Browder é de maior precisão levando em consideração as proporções do corpo em relação à idade a um valor pré-estabelecido.

### **Subjetividade da Dor**

De acordo com Cailliet (1999), a sensibilidade à dor se dá devido à ativação dos aferentes nociceptores primários através de estímulos térmicos, mecânicos ou químicos intensos. Esses nociceptores são pequenos terminais nervosos livres, que se localizam em diversos tecidos corporais.

Para Lima Júnior *et al.*(2008, p.165)

A dor pode ser classificada em dois tipos: rápida e lenta. A dor rápida é sentida cerca de, 0,1 segundo após o estímulo doloroso ser aplicado; a dor lenta é

sentida após 1 segundo. O estímulo térmico provoca dor do tipo rápida e lenta.

Identificar a dor como o 5º sinal vital sugere que a avaliação seja automática, ela deve ser avaliada em todos os pacientes, e estes tem o direito ao tratamento apropriado para a sua dor. O tratamento da dor é considerado um cuidado importante, por isso se deve aumentar a sensibilidade dos profissionais de saúde em relação ao tratamento efetivo da dor (SMELTZER *et al.*, 2009a).

A assistência em enfermagem é considerada fundamental no cuidado aos pacientes com dor devido a sua proximidade no cuidado. Há evidências de que o prognóstico do quadro algico de pacientes queimados dependa da maneira como a sua dor é percebida pelos profissionais, isso indica que compreender a dor é indispensável, pois a compreensão dos seus aspectos leva ao restabelecimento da analgesia, ou se tornar traumática no ponto de vista psicológico (SILVA; RIBEIRO; 2011).

Bottega e Fontana (2010, p.284), consideram que “A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, o que a torna um problema de saúde pública”.

Conforme Cailliet (1999) a dor por ser considerada, um sinal de alerta ajuda na proteção do corpo contra danos aos tecidos.

A dor precisa ser tratada adequadamente, pois a sua presença interfere na qualidade de vida dos seus portadores e cuidadores nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. O seu tratamento tem que ser individualizado, conforme as necessidades do utente e se possível, direcionada à causa desencadeadora da dor (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

A queimadura causa lesões que podem ser dolorosas, o que torna a experiência ainda mais traumática para quem vivencia. Devido a isso, a dor aguda por queimadura obtém destaque por parte dos profissionais da saúde em razão de ser um sinal tão valioso quanto os demais, deve ser considerada e observada como quinto sinal vital no decorrer das avaliações e intervenções realizadas clinicamente (SILVA; RIBEIRO, 2011).

A dor por queimadura requer uma avaliação adequada por parte dos profissionais de saúde para assim, tratar de forma efetiva para o seu controle são utilizados

analgésicos opióides, entre outros tratamentos (SMELTZER *et al.* 2009b).

Os estímulos dolorosos nas queimaduras estão presentes desde a fase inicial de emergência ou ressuscitação (até 72h após o incidente), passando pelas fases: de desbridamento e limpeza das lesões (2 a 3 semanas); fase de cicatrização (3 a 5 semanas) e fase de reabilitação, até a fase de maturação. Ou seja, é uma condição dolorosa aguda ou crônica. O grau e a duração da dor suportada pelo paciente, vítima de queimadura deriva de fatores tais como: localização e extensão das lesões, o estado emocional do vitimado, nível de ansiedade e experiência anteriores, além da tolerância a dor. (HENRIQUE; SILVA; 2014).

A analgia com opióide deverá ser a base para a cura da dor do vitimado por queimadura, mas o seu tempo de uso, a sua dose e via de administração dependerá das necessidades da vítima (HENRIQUE; SILVA; 2014).

### **Analgesia**

Para Lima Junior (2008), os fármacos analgésicos são distribuídos em dois grupos: um grupo de Ação Periférica (não opióide) e outro que age no Sistema Nervoso Central (fármacos opióides).

Os analgésicos de ação periférica têm especificidade para o alívio da dor, antitérmico e anti-inflamatório. São indicados para, dores leves ou moderadas e, que sejam de origem tegumentar com localização variada relacionada ou não a uma reação anti-inflamatória periférica (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2006).

Os analgésicos não opióides tem características vantajosas em relação aos opióides, fato de não induzirem depressão cardiovascular, respiratória e nervosa, o que torna o seu uso mais evidente na prática clínica. (LIMA JÚNIOR.; 2008).

Dentre os analgésicos não opióides utilizados em pacientes queimados, podemos citar os: Anti-Inflamatórios Não-Esteroidais (AINEs), a dipirona e o paracetamol. Os AINEs são catalogados em ácidos e não ácidos, porém, o mais utilizado no tratamento da dor em paciente queimado são, os não ácidos, por possuírem pequenos efeitos anti-inflamatório, mas excelente efeito analgésico e antipirético e o seu uso é indicado nos casos de complicações como: disfunção plaquetária; hemorragia digestiva e insuficiência renal. (LIMA JÚNIOR *et al.*; 2008).

De acordo com Brunton, Chabner e Knollmann ( 2012; p. 971):

A coadministração de AINEs pode reduzir a dose de opióide necessária para controle suficiente da dor e reduzir a probabilidade de efeitos opióides adversos. Os AINEs não alteram a percepção de outras modalidades sensoriais que não a dor.

Dentre os AINEs com efeito analgésico os autores citam os que seguem descritos posteriormente com a via de administração, dose e efeitos colaterais no quadro 1.

Quadro 1: Distribuição dos AINEs por via, dose e efeitos colaterais.

FÁRMACO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE	EFEITOS COLATERAIS
Ácido acetilsalicílico	Oral	40-80mg/dia 325-650mg a cada 4-6h	↑ do tempo de sangramento; reação de hipersensibilidade
Cetoloraco	Via oral  Intramuscular  Intravenoso	< 65 anos: 20mg, 10mg a cada 4-6h ( não exceder 40mg/24h) > 65 anos: 10mg a cada 4-6h ( não excede 40mg/24h); 60mg seguidos por 30mg a cada 6h 30mg a cada 6h	Sonolência; tonturas, cefaleia, dor gastrointestinal, dispepsia (desconforto digestivo), náuseas e dor local. Em casos mais graves ocasiona problemas renais, sangramento e hipersensibilidade.
Ibuprofeno	Via Oral	200-400mg a cada 4-6h; 300mg/ 6-8h ou 400-800mg 3-4 vezes ao dia.	Trombocitopenia; exantemas; cefaleia; tonturas; visão turva; problemas gastrointestinais leves e em alguns casos pode causar ambliopia tóxica, retenção de líquidos e edema.
Cetoprofeno	Endovenosa	25mg 3-4 vezes/dia; 50-75mg 3-4 vezes/dia	Dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, hemorragia gastrointestinal alta, anemia, úlcera gástrica.



Piroxicam	Via Oral	20mg/dia	Problemas gastrointestinais e cutâneos graves
-----------	----------	----------	---

Fonte: BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN (2012).

Fármacos não opióides utilizados na analgesia do paciente queimado com sua via de administração, dose e efeitos colaterais de acordo com Lima Junior *et al.* (2008) seguem listados no quadro 2.

Quadro 2: Fármacos não opióides utilizados em pacientes vítimas de queimaduras. Rio de Janeiro, 2015.

FÁRMACO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE	INTERVALO	EFEITOS COLATERAIS
Dipirona	Intravenosa Oral	20-30 mg/Kg 20-30 mg/Kg	3 a 4 vezes ao dia 3 a 4 vezes ao dia	Reação de anafilaxia e, mais raramente, pancitopenia (↓ de elementos celulares do sangue), agranulocitose (↓ ou desaparecimentos dos leucócitos- menos de 500 granulócitos por mm <sup>3</sup> ) e nefrite intestinal
Paracetamol	Oral Oral criança	750 mg 01 gota/Kg	3 a 4 vezes ao dia 3 a 4 vezes ao dia	Erupções cutâneas, reações urticariformes, metemoglobinemia e, mais raramente, pancitopenia.

Fonte: LIMA JÚNIOR et al. 2008.

### **Analgésico Opióide**

Os opióides são fármacos que podem ser naturais (ópio e morfina), semi-sintéticos (heroína) e sintéticos (meperidina e fentanil, etc.). O seu uso principal é no tratamento da dor, mas podem ser usados na intenção de produzir prazer, bem estar e euforia devido a sua capacidade de se ligar e influenciar os seus receptores localizados nas membranas celulares (OLIVEIRA JÚNIOR, 2012).

A analgesia realizada com opióides é caracterizada por suas diferenças farmacológicas importantes, essas diferenças são derivadas de suas complexas interações com três tipos de receptores ( $\mu$ -mu;  $\kappa$ -kappa;  $\delta$ -delta) (HENRIQUE; SILVA, 2014).

Esses fármacos por terem como característica uma analgesia potente, se tornam analgésicos mais usados para o tratamento da dor por queimadura. Além de sua

analgesia potencializada, outros fatores como: perfil farmacocinético (facilidade de absorção, distribuição e excreção), variedade de vias de administração e sedação (em grau relativo à dose administrada) os tornam vantajosos, principalmente durante os procedimentos realizados nos pacientes. Os opióides mais frequentemente empregados na atividade clínica em pacientes queimados são os agonistas morfínicos, que seletivamente se unem aos receptores mu ( $\mu$ ), por serem os que têm efeito analgésico mais eficiente, entretanto, também são os mais arriscados devido ao perigo de causar depressão do Sistema Nervoso Central (SNC) e, por conseguinte a sedação excessiva e depressão respiratória (HENRIQUE; SILVA, 2014).

Além da depressão do SNC e respiratória, esses fármacos apresentam como efeitos adversos tontura, náuseas, vômito, constipação, delirium, alucinações, hipotensão e pneumonia por aspiração (HENRIQUE; SILVA, 2014).

Para Volpato, Vitor e Santos (2014; p.272):

A morfina e seus derivados (dolantina, tramal) são muito utilizados, mediante monitoração médica, para que não haja dependência química. A analgesia é realizada muitas vezes de modo contínuo, acompanhada de doses extras a cada 3 a 4 horas, de acordo com o protocolo de cada instituição.

Devido ao seu potencial excessivo de provocar sedação e depressões respiratória e cardíaca, os fármacos opióides independentemente de sua via de administração, se encontram no rol dos Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP), por serem medicamentos que aduzem um risco maior de ocasionar danos aos pacientes após falha no seu processo de utilização (HENRIQUE; SILVA; 2014).

A seguir os fármacos opióides utilizados na analgesia do paciente queimado de acordo com Lima Júnior (2008)

Quadro 3: Fármacos utilizados na analgesia do vitimado de queimadura. Rio de Janeiro, 2015.

Fármaco	Via de Administração	Dose	Intervalo
Morfina	Oral	10-20mg	3-4 vezes ao dia
	Intravenoso Intermitente	2-4mg	Em bolus
	Intravenoso contínuo	2mg/h	Infusão contínua
	Intramuscular	5-10mg	Até 6 vezes ao dia
	Subcutâneo	5-10mg	3-4 vezes ao dia
Codeína	Oral	30-60mg	3-4 vezes ao dia
Meperidina	Intravenoso	20-40mg	Em bolus, intermitente
Fentanil	Intravenoso	1-3mg/Kg	2-5mg/Kg/hora
Nalbufina	Intramuscular	10-20mg	Uso intermitente
	Intravenoso	10-20mg	Uso intermitente
	Intravenoso contínuo	0,08-0,15mg/Kg de ataque	0,06-0,18mg/Kg/hora em infusão contínua
Tramadolol	Oral	50-100mg	4 vezes ao dia
	Intravenoso	100mg	4 vezes ao dia

Metadona	Oral	5-10mg	2 vezes ao dia
	Intramuscular	5-10mg	2 vezes ao dia
	Intravenoso	5-10mg	2 vezes ao dia
Buprenorfina	Sublingual	0,4mg	3-4 vezes ao dia
	Intramuscular	0,3mg	3-4 vezes ao dia

Fonte: LIMA JÚNIOR et al. (2008)

Esses fármacos são capazes de suscitar sintomas de dependência e abstinência muito similar como, por exemplo: a euforia; disforia (mal estar psíquico); analgesia; constipação; miose (constricção pupilar); sonolência; taquicardia; arreflexia (ausência de reflexos); hipotensão; depressão respiratória e coma. As variações clínicas são constadas em múltiplos sistemas como: cardíaco; gastrointestinal; respiratório; SNC, entre outros (OLIVEIRA JÚNIOR, 2012).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, para a identificação de artigos sobre o tema sobre o Conhecimento do Enfermeiro no Controle da Dor do Paciente Queimado. A estratégia de identificação e seleção do material a ser utilizado foi a revisão bibliográfica. Para tanto, utilizou-se o acervo da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), optando-se por explorar artigos decorrentes da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Também foram utilizados o acervo da Biblioteca presencial do Centro Universitário Celso Lisboa, o site do Ministério da Saúde e publicações em livros.

O estudo foi realizado em outubro de 2015 sendo, empregado como descritor a palavra chave “queimado”, no qual foram encontrados 153 (cento e cinquenta e três) artigos, associamos a palavra chave “queimado” e “dor” no qual foram encontrados 13 (treze) artigos, ao realizar uma nova associação acrescentando a palavra chave “analgesia” foram encontrados três artigos, na terceira e última associação acrescentando a palavra chave “enfermagem” nenhum artigo foi encontrado. Também foi, realizado uma busca, com a palavra chave “queimado” associado com as palavras “dor” e “enfermagem”, no qual resultaram em cinco artigos. (quadro 4).

O critério de inclusão foi estabelecido de acordo com os artigos que abordassem o tema proposto, idioma português, texto completo e selecionados para posterior leitura.

Descritor	Cruzamento	Total	Texto completo	Idioma português	Artigos utilizados
Queimado		153	82	71	6
Queimado	Dor	13	8	8	1
Queimado	Dor + Analgesia	3	1	1	0
Queimado	Dor + Analgesia + Enfermagem	0	0	0	0
Queimado	Dor + Enfermagem	5	3	3	1

Após leitura dos artigos selecionados, os mesmos foram organizados conforme tabela abaixo, com os seguintes critérios: título, autores, idioma, fonte e ano de publicação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 5: Artigos utilizados para a elaboração do trabalho, Rio de Janeiro, 2015.

	Título	Autores	Idioma	Fonte	Ano
1	Intervenções de enfermagem ao paciente com dor	RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M.	Português	LILACS	2005
2	A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral	BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T.	Português	SciELO	2010
3	Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado	SILVA, B. A. da.; RIBEIRO, F. A.	Português	LILACS	2011
4	Monitorização do paciente grande queimado e as implicações na assistência de enfermagem: relato de experiência	CANELA, A. de F.; SÓRIA, D. de A. C.; BARROS, F.E.; MELOS, R. O. L. de.; CASTRO, R. C. de.	Português	LILACS	2011
5	Assistência de enfermagem com pacientes queimados	OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A.	Português	LILACS	2012
6	Superfície corporal queimada vs. Tempo de internação. Análise dos últimos 15 anos	FILHO, R. da F.; NIGRI, C. D.; FREITAS, G. M. de.; FILHO, F. V	Português	LILACS	2014
7	O uso seguro de opióides em pacientes queimados:	HENRIQUE, D. de M.; SILVA, L. D. da.	Português	LILACS	2014

	fundamentando o cuidado de enfermagem				
8	O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado	PINTO, E.; FLÓRA, A. M. D.; SILVA, L. D. da.; RORATO, T. J.; REQUIA, J.; MARTINS, E. S. R.; ZAMBERLAN, C.; MARINHO, M. G. R.	Português	LILACS	2014

Dos oito artigos selecionados, 37,5% foram coerentes no que diz respeito à dor como 5º sinal vital e suas implicações na saúde e na vida de seus portadores e a importância de sua avaliação e classificação pela enfermagem para o bem estar físico e mental de seu portador (BOTTEGA; FONTANA; RIGOTTI, 2010).

Os artigos supracitados identificam que, a dor por ser subjetiva somente o seu portador é capaz de descrevê-la com tamanha exatidão sua intensidade. Cabe ao profissional de enfermagem considerar essa informação respeitando a individualidade, a crença e os fatores psicossociais de seus portadores e familiares, para assim, oferecer um tratamento que considere a subjetividade do indivíduo ofertando assim, bem estar físico e mental ao mesmo.

Apenas 12,5% dos artigos citam os fármacos opióides descrevendo os seus receptores, a sua alteração farmacocinética por interação medicamentosa e os seus efeitos adversos, além de ressaltar a importância do conhecimento técnico científico do profissional Enfermeiro sobre esses fármacos para assim realizar o aprazamento a fim de evitar possíveis interações, além de propiciar um tratamento eficaz. (HENRIQUE; SILVA, 2014).

Em 12,5% dos artigos há relato de que a queimadura é responsável por 4,4% das internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ocasionando um custo de mais ou menos R\$ 1.500,00 por dia/queimado e 2.500 óbitos por ano só aqui no Brasil. (FONSECA FILHO *et al.*; 2014).

Dos oito artigos, 12,5% afirmaram que de todas as queimaduras, as térmicas são a de maior incidência e que a queimadura elétrica atinge uma superfície corporal pequena, porém profunda, enquanto outros citam como característica desse tipo de queimadura um ponto de entrada e um de saída, e que devido a sua profundidade atinge nervos, músculos, vasos sanguíneos, tendões e osso, além da pele. (PINTO *et*

al. 2014).

Apenas 12,5% dos artigos citam e descrevem as quatro escalas de mensuração da dor que podem ser utilizadas pela enfermagem com o intuito de avaliar e tratar a dor do paciente. (RIGOTTI; FERREIRA, 2005)

Somente 12,5% dos artigos citam as dificuldades da enfermagem em realizar a avaliação hemodinâmica não invasiva do paciente portador de queimaduras, devido não só ao estado do paciente, mas, também a precariedade dos equipamentos disponíveis a utilização, além das bases da Sistematização da Assistência de Enfermagem. (CANELA *et al.* 2011).

De uma forma em geral os artigos citam que os profissionais de enfermagem devem estar preparados tecnicamente para lidar não só com o paciente, mas também, com seus familiares de uma forma humanizada com o intuito de aliviar não somente a dor do corpo, mas também, a psicológica.

O propósito dessa discussão se deu, diante da possibilidade do conhecimento do Enfermeiro frente aos fármacos derivados do ópio, seus efeitos analgésicos e colaterais, além de sua diluição e administração.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O profissional Enfermeiro deve ser receptivo ao admitir a vítima de queimadura, prestando uma assistência humanizada, considerando sua integridade, compreendendo e respeitando as suas necessidades e limitações, adequando o tratamento à sua necessidade. Para tanto, é necessário que os profissionais envolvidos estejam capacitados para lidar com a situação.

Nesta dinâmica, é preciso destacar para o paciente e seus familiares os fatores de risco pós- queimadura, as complicações e cuidados diários os quais serão fundamentais, a fim de minimizar sequelas, partindo do pressuposto de que o cuidado assistencial é doloroso.

Procurar minimizar a dor é fundamental em qualquer circunstância, tendo em vista que, além do desconforto ao seu portador, inúmeras alterações clínicas poderão advir.

Ao realizar esse trabalho com base na literatura pesquisada identificou-se que, o conhecimento sobre o manejo da dor ao paciente vítima de queimadura por parte dos profissionais de enfermagem é insuficiente principalmente, no que se refere ao uso dos

opióides. Pois no que se refere ao paciente queimado, o conhecimento sobre opióides está confederado à particularidade da queimadura pelo fato de que dependendo do tipo, da profundidade e da extensão da queimadura, o efeito desse fármaco poderá ser potencializado, logo se faz necessário o conhecimento técnico científico do profissional enfermeiro agregado ao planejamento de ações de enfermagem a fim de proporcionar uma analgesia segura.

Profissionais enfermeiros precisam aprimorar conhecimentos sobre a utilização das escalas existentes para mensuração da dor, seus efeitos na vida de quem a sente e, sobre os fármacos analgésicos, principalmente os opióides, seus efeitos adversos e interações.

Quatro escalas podem ser utilizadas para mensurar a dor, quais são: a Verbal Escrita, Visual Analógica, Numérica e a das Faces. Essas escalas além de nos auxiliar no que diz respeito à intensidade da dor, nos dá um parâmetro para sua condução e alívio.

Faz parte da responsabilidade do profissional Enfermeiro garantir a segurança do paciente. Para tanto é necessário que o profissional adquira conhecimentos sobre interações farmacológicas e efeitos adversos dos opióides para melhor condução do cuidado assistencial.

De acordo com Silva e Vitor apud Volpato (2014), a assistência prestada ao cliente queimado tem como objetivo principal auxiliar, entre outras medidas, no controle da dor. Essa medida é crucial para um bom desenvolvimento do tratamento, pois na constância da dor, o paciente apresentará taquicardia, sudorese, hipertensão, agitação, além do desconforto respiratório. Assim sendo, é necessário que sejam realizadas frequentemente medidas de conforto, analgesia e sedação, para que se promova adequado tratamento ao paciente.

Assim sendo, lidar com dor e analgesia requer conhecimentos sobre as escalas de mensuração da dor, escalas de analgesia e de sedação a fim de identificar os sinais de depressão respiratória e do sistema nervoso central, ocasionados pela administração desses fármacos, além de seus efeitos adversos.

O cuidado de enfermagem não é o mesmo para todos vitimados de queimaduras. Cada cuidado é único, pois, precisamos considerar cada lesão para garantir adequado

planejamento de ações de enfermagem e tratamento seguro da dor, considerando-a como o quinto sinal vital.

## REFERÊNCIAS

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T.; RIGOTTI. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto contexto - enferm.** vol.19 nº2 Florianópolis Apr./June 2010; <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200009> Acesso em: 14 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 20 p.: il.-(série F. comunicação e Educação em Saúde).

BRUNTON, L. L.; CHABNER, B. A.; KNOLLMANN, B. C.; **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman.** 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

CAILLIET; R. **Dor:** mecanismos e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CANELA, A. de F.; SÓRIA, D. de A. C.; BARROS, F. E.; MELOS, R. O. L. de.; CASTRO, R. C. de.; Monitorização do paciente grande queimado e as implicações na assistência de enfermagem: relato de experiência; **Revista Brasileira Queimaduras;** 2011; 10(4):133-7.

FONSECA FILHO, R. da; NIGRI, C.D.; FREITAS, G. M de.; V. FILHO, F.; Superfície corporal queimada vs. Tempo de internação. Análise dos últimos 15 anos. **Revista Brasileira Queimaduras.** 2014; 13(1): 18-20.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER,L.; FERREIRA, M. B. C.; **Farmacologia Clínica:** fundamentos da terapêutica racional. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HENRIQUE, D. de M.; SILVA, L. D. da. O uso seguro de opióides em pacientes queimados: fundamentando o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira Queimaduras,** 2014:13(1):6-10.

LIMA JÚNIOR, E. M.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; SERRA, M. C. do V. F.; **Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

LUONGO, J.; **Tratado de Primeiros Socorros.** São Paulo: Rideel, 2014.

OLIVEIRA, A. C. de; SILVA, E. de S.; MARTUCHI, S. D. **Manual do Socorrista.** São Paulo: Martinari, 2013.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Revista Brasileira Queimaduras.** 2012, 11(1): 31-7.

OLIVEIRA JÚNIOR, I. S. de; **Princípios da Farmacologia Básica:** em Ciências



Biológicas e da Saúde. 2 ed. São Paulo: Rideel, 2012, p. 109 e 312. 2012

PINTO, E.; FLORA, A. M. D.; SILVA, L. D. da.; RORATO, T. J.; REQUIA, J.; MARTINS, E. S. R.; ZAMBERIAN, C.; MARINHO, M. G. R. O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. **Revista Brasileira de queimaduras**, v. 13 nº 3 - Jul/Ago/Set de 2014, p.127-129.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde**, 2005 jan-mar; 12(1):50-4.

SILVA, B. A.; RIBEIRO, F. A. Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor ao paciente queimado. **Revista dor**. São Paulo, 2011 out-dez; 12(4): 342-8.

SMELTZER, Suzanne C. *et al.* **Brunner ; Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009a.

SMELTZER, Suzanne C. *et al.* **Brunner;& Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009b.

VOLPATO, A. C. B.; VITOR, C. de S.; SANTOS, M. A. M. dos. **Enfermagem em Emergência**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2014.