

PERFIL DOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM DE UMA CLIENTELA DE PORTADORES DE QUEIMADURA

PROFILE OF NURSING DIAGNOSES OF THE BURNT PATIENTS

PERFIL DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE UNA CLIENTELA DE PACIENTES PORTADORES DE QUEMADURAS

LÍDIA APARECIDA ROSSI*, TELMA R. GARCIA**, RITA DE CÁSSIA DE P.
BARRUFFINI***, MARIA CÉLIA BARCELLOS DALRI**** Y TÂNIA M. CHIANCA*****

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados na "Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto". Para coleta e registro dos dados foram consultados os prontuários de 138 pacientes registrados no livro de internação e alta da Unidade, sendo utilizado um instrumento com as seguintes informações: idade, sexo, área corporal atingida pela queimadura, agente causador do acidente, profundidade e extensão da queimadura, tipo de acidente e diagnósticos de enfermagem. Cento e dois dos 138 prontuários (73,9%) apresentavam diagnósticos de enfermagem estabelecidos no momento da internação do paciente. Cinquenta e três diferentes diagnósticos foram identificados, sendo que nove apresentaram uma frequência entre 40% e 99%. Quatro dos nove diagnósticos mais comuns pertencem ao padrão de respostas humanas TROCAR (integridade da pele prejudicada - 99%, potencial para infecção - 97%, potencial para alteração da temperatura corporal - 76,4% e déficit de volume de fluidos - 64,7%); três ao padrão de respostas humanas MOVER (mobilidade física prejudicada - 70,5%, déficit para o autocuidado: banho/higiene - 63,7%, déficit para o autocuidado: vestir-se e arrumar-se - 44,1%) e dois pertencem ao padrão sentir (ansiedade - 58,8%, dor aguda física - 41,1%).

Palavras chaves: Queimaduras e diagnósticos de enfermagem.

¹Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP, USP).

²Enfermeira, Professora Adjunto IV do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba, aluna do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EE USP/ EERP USP.

³Enfermeira Encarregada da Seção de Enfermagem de Queimados, da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP, USP).

⁴Enfermeira, Diretora Técnica do Serviço de Centro Cirúrgico e Material da Unidade de Emergência do HCFMRP, USP

⁵Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - SP - Brasil. CEP 14040-902. FAX (016) 6333271 Email: rizzardo @ glete.eerp.usp.br

ABSTRACT

This study aimed at describing the profile of nursing diagnoses of the burnt patients admitted in a Burnt Unit of the "Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto". All records of burnt patients admitted from November/91 to December/93 were reviewed and the following data were recorded: age, sex, size of the burn, burn causing agent, burn length, affected body area, circumstances of the accident and the nursing diagnoses. One hundred two of the 138 records, (73.9%) presented a nursing diagnosis registry at the moment of admission. Fifty three different diagnoses were identified, nine with the frequency of which varied from 40% to 99%. Four of the nine commonest diagnosis belong to the pattern of human response EXCHANGING (impaired skin integrity - 99%; high risk for infection - 97%; high risk for altered body temperature - 76.4%; fluid volume deficit - 64.7%); 3 belong to the pattern MOVING (physical mobility impaired - 70.5%; self-care deficit: bathing/hygiene - 63.7%; self-care deficit: dressing/grooming - 44.1%); and 2 belong to the pattern FEELING (anxiety - 58.8%; acute physical pain - 41.1%).

Keywords: Burns, nursing diagnosis.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil de los diagnósticos de enfermería de pacientes ingresados en la Unidad de Quemados "Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto". Para la recolección y análisis de los datos fueron consultados los registros de 138 pacientes y fue utilizado un instrumento con las siguientes informaciones: edad, sexo, área corporal quemada, agente causador del accidente, profundidad y extensión de la quemadura, tipo de accidente y diagnósticos de enfermería. Presentaron diagnósticos de enfermería 102 de los 138 registros (73,9%). Fueron identificados 53 diagnósticos diferentes y nueve presentaron una frecuencia entre 40% y 99%. Cuatro de los nueve diagnósticos correspondieron al patrón de repuestas humanas TROCAR (integridad de la piel perjudicada - 99%, riesgo de infección - 97%, riesgo de alteración de la temperatura corporal - 76,4% y déficit del volumen de fluido - 64,7%); tres al patrón MOVER (movilidad física perjudicada - 70,55%, deficit para autocuidado: baño/higiene - 63,7% y déficit para el autocuidado: vestirse - 44,1%) y dos pertenecen al patrón SENTIR (ansiedad - 58,8% y dolor agudo físico - 41,1%).

Palabras claves: Quemaduras, diagnósticos de enfermería.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a utilização dos diagnósticos de enfermagem com base na taxionomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ainda é relativamente recente. Além disso, observa-se que o processo de enfermagem tem sido pouco utilizado na organização dos cuidados de enfermagem nos hospitais brasileiros, e que a prática de enfermagem tem sido guiada por rotinas na grande maioria das instituições de saúde em nosso país. O enfermeiro tem fundamentado suas decisões no que se refere ao planejamento de recursos materiais e humanos, quanto à organização do cuidado de enfermagem e à elaboração de programas de

educação em serviço, com base em dados médicos que focalizam a doença, e não no âmbito de atuação específico do enfermeiro.

Em nosso entender as respostas dos pacientes aos problemas de saúde, sejam elas reais ou potenciais, constituem o foco de atenção do enfermeiro e estas respostas deveriam constituir uma base de dados consistente para fundamentar o processo de tomada de decisão desses profissionais. Nesse sentido, o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem proposto pela NANDA (1994), oferece uma base para a atuação do enfermeiro através da identificação dos diagnósticos de enfermagem e da utilização de uma única linguagem.

Em unidades especializadas é possível o

enfermeiro estabelecer o perfil diagnóstico da clientela, o que pode facilitar a organização do cuidado nessas unidades, fornecendo uma base para o estabelecimento de recursos materiais e humanos para realização de programas de treinamento e de educação continuada em serviço. Esse aspecto é ressaltado por GORDON & HILTUNEN (1995), as quais consideram que a determinação dos diagnósticos de enfermagem tem relevância para o desenvolvimento de sistemas de informação por computador e de um conhecimento baseado na prática, fundamentais para a educação e para a realização de pesquisas clínicas. Segundo essas autoras, a identificação dos diagnósticos que têm alta prevalência fornecem indicações para os enfermeiros sobre os pontos que deverão ser considerados com maior atenção no processo de avaliação para coleta de dados.

Na Unidade de Queimados (UQ) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP - USP), tem sido utilizado, desde novembro de 1991, o modelo de processo de enfermagem preconizado por Wanda Horta, com uma adaptação na fase diagnóstica, da Taxionomia I de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (ROSSI, 1992).

Em 1994, tendo em vista dificuldades evidenciadas na compreensão de alguns conceitos e a manifesta disposição dos enfermeiros dessa Unidade em continuar a aplicação dos diagnósticos de enfermagem à clientela de pacientes queimados, organizou-se o Grupo de Estudos sobre Diagnósticos de Enfermagem da UQ. Como forma de organizar informações que pudessem subsidiar as discussões deste Grupo e possibilitar o aprimoramento da aplicação dos diagnósticos de enfermagem, realizamos um projeto de pesquisa com o objetivo geral de caracterizar o emprego dos diagnósticos de enfermagem nessa Unidade; como um dos objetivos específicos desse trabalho, decidimos estabelecer o perfil diagnóstico dos pacientes internados nessa Unidade. São os resultados desse estudo que ora estamos apresentando.

METODOLOGIA

Os dados acerca dos diagnósticos de enfermagem firmados para a clientela que fez parte da amostra deste estudo foram coletados através de uma análise retrospectiva dos registros feitos em prontuários de pacientes internados na Unidade de Queimados do HCFMRP - USP, no período de novembro/91 a dezembro/93. Essa Unidade possui 10 leitos e nela são internados pacientes adultos e crianças, com uma média de permanência de 45 dias.

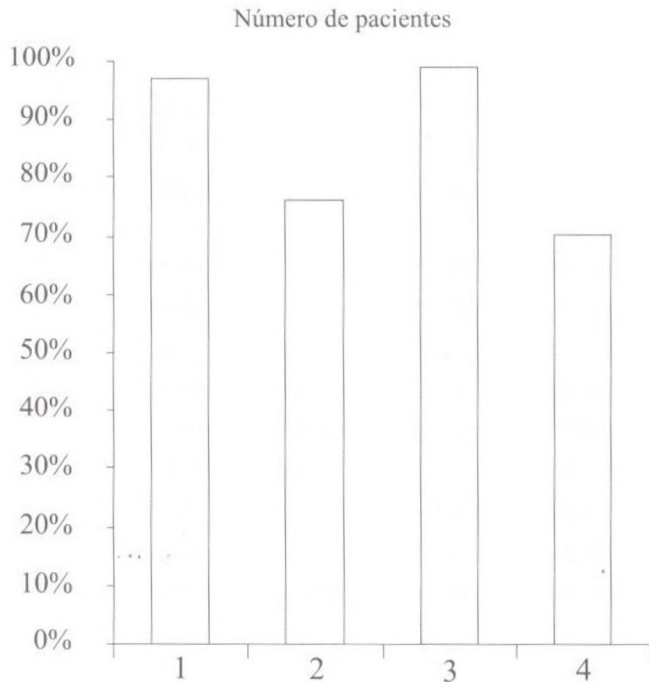
Foram consultados os prontuários de 138 pacientes registrados no livro de internação e alta da Unidade. Para coleta e registro dos dados foi utilizado um instrumento com as seguintes informações: idade, sexo, área corporal atingida pela queimadura, agente causador do acidente, profundidade e extensão da queimadura, tipo de acidente e diagnósticos de enfermagem.

RESULTADOS

Dos 138 prontuários consultados, 73,9% apresentavam registro de diagnósticos de enfermagem. Constatamos que esses diagnósticos foram estabelecidos nas primeiras 72 horas após a ocorrência do trauma térmico, referindo-se portanto à primeira fase da queimadura. No decorrer da internação, houve a inclusão de novos diagnósticos em nove prontuários. Foram encontrados 53 diferentes títulos diagnósticos, cujas frequências de aparecimento variaram de 0,9% a 99%. A média de diagnósticos por paciente foi 10. Os diagnósticos com prevalência entre 40% a 100% foram distribuídos da seguinte forma: quatro com frequência entre 70% a 99% - integridade da pele prejudicada, potencial para infecção, potencial para alteração da temperatura corporal, mobilidade física prejudicada (gráfico 1); e cinco com frequência entre 40% a 70% - déficit de volume de líquidos, déficit de auto cuidado: vestir-se e/ou arrumar-se, ansiedade

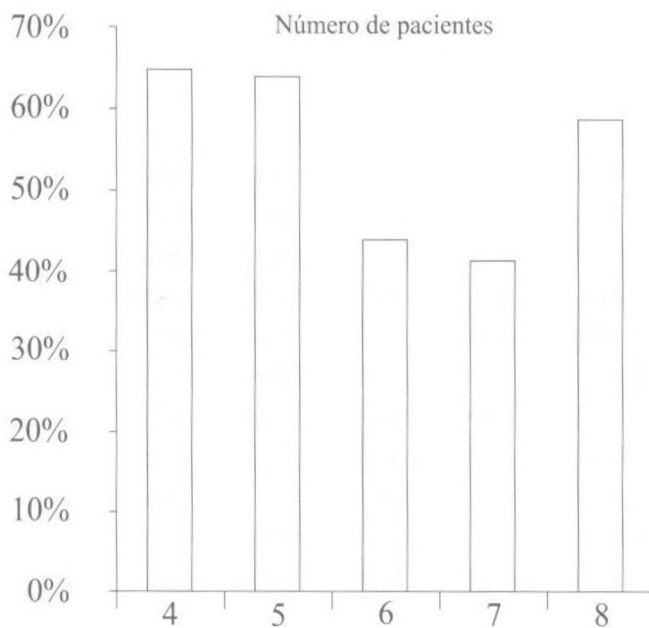
e dor aguda física (gráfico 2). Desses diagnósticos, quatro pertencem ao padrão de resposta humana TROCAR, três ao padrão MOVER e dois ao padrão SENTIR.

Gráfico 1 . Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem com freqüência entre 70% e 99% - UQ/HCFMRP-USP, 1994.



1. Potencial para infecção; 2. Potencial para alteração da temperatura corporal; 3. Integridade da pele prejudicada; 4. mobilidade física prejudicada.

Gráfico 2. Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem com freqüência entre 40% a 70% - UQ/HCFMRP-USP, 1994.



4. Déficit de volume de líquidos; 5. Déficit de autocuidado: banho e/ou higiene; 6. Déficit de autocuidado: vestir-se e/ou arrumar-se; 7. Dor aguda física; 8- Ansiedade.

Observamos que os diagnósticos identificados nesse estudo enfocam prioritariamente os aspectos biológicos da assistência ao paciente. É possível que a ênfase nesse aspecto esteja relacionada com o modelo teórico adotado nessa Unidade, que prioriza o atendimento aos aspectos biológicos e com o fato de que esses diagnósticos foram firmados nas primeiras 72 horas após a queimadura, momento esse em que há uma preocupação com a sobrevivência do paciente.

IGNATAVICIUS *et al.* (1995) incluem outros diagnósticos entre os mais comuns para o paciente portador de queimaduras com 25% da superfície corporal atingida, a saber, diminuição do débito cardíaco, alteração da perfusão tissular periférica, padrão respi-ratório ineficaz, limpeza traqueobrônquica ineficaz das vias aéreas, alteração da nutrição menos que o corpo necessita e distúrbio da imagem corporal.

O diagnóstico **integridade da pele prejudicada** estará presente em todos os pacientes que sofrerem trauma térmico. A lesão pela queimadura é classificada de acordo com a profundidade e a extensão da superfície corporal atingida. As queimaduras, quanto a profundidade, podem ser identificadas como de primeiro grau, quando atingem apenas a camada mais superficial da pele; de segundo grau, quando atingem a pele e a derme; e de terceiro grau quando atingem todas as camadas da pele, inclusive o tecido subcutâneo.

Em nosso estudo, constatamos que o diagnóstico de integridade da pele prejudicada foi identificado em 99% dos pacientes; em uma única situação foi firmado o diagnóstico de **integridade tissular prejudicada**. Para 12 pacientes foram firmados os dois diagnósticos.

Segundo a definição da NANDA (1994), integridade da pele prejudicada refere-se ao estado em que o indivíduo apresenta uma situação de descontinuidade das camadas da pele e o diagnóstico de integridade tissular prejudicada, indica que o tecido cutâneo ou

o subcutâneo foi lesado. Assim, os pacientes que apresentarem queimaduras de terceiro grau, lesões que atingiram mucosas ou tecido córneo, poderão apresentar o diagnóstico de integridade tissular prejudicada, uma vez que a queimadura de terceiro grau atinge todas as camadas da pele, inclusive o tecido subcutâneo. Em nosso estudo 68% dos pacientes apresentaram áreas de queimaduras de terceiro grau e, no entanto, em apenas 11,7% dos pacientes o diagnóstico de integridade tissular prejudicada foi firmado.

É importante considerar que, ao estabelecer os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro poderá ter uma lista de diagnósticos que poderiam ser identificados no seu paciente, mas ele deverá estar atento para firmar aqueles que atendam à situação específica com maior amplitude. Essas questões necessitam ser discutidas pelos enfermeiros da Unidade para que sejam esclarecidas.

A pele é também uma barreira de proteção contra agentes infecciosos. Nesse sentido, quanto maior a lesão pela queimadura, ou seja, quanto mais a integridade tissular estiver prejudicada, em profundidade e em extensão, maior o risco de infecção (DYER & ROBERTS, 1990). O diagnóstico de **potencial para infecção** foi encontrado em 97% dos prontuários levantados. Segundo esses autores, uma queimadura não tratada após 48 horas já terá sido invadida por microorganismos gram-positivos e, no quinto dia após a queimadura, os microorganismos gram-negativos estarão presentes. Uma queimadura de segundo grau, quando infectada, corre o risco de ter sua profundidade ampliada.

Em função da perda da integridade da pele em grande extensão de área corporal, e ainda das alterações metabólicas decorrentes dessa situação, o paciente portador de queimaduras apresenta freqüentemente um **potencial para alteração da temperatura corporal**, podendo apresentar aumento ou diminuição da temperatura. Tanto uma situação como a outra pode ser sinal indicativo de sépsis (DYER & ROBERTS, 1990). A

hipotermia pode se instalar nas primeiras horas após o trauma térmico devido a perda da função termorre-guladora da pele. Potencial para alteração da temperatura corporal foi um diagnóstico firmado em 76,4% dos pacientes.

Com a perda da integridade da pele o paciente apresentará também uma grande perda de fluídos. A lesão por queimadura foi classificada por Jackson como tendo três áreas distintas: coagulação, estase e hiperemia (TOCANTINS & GOMES, 1986).. Segundo DYER & ROBERTS (1990), a zona de coagulação é o centro da lesão, é a área que teve um maior contato com o agente térmico, caracterizada pela necrose dos tecidos. Na zona de estase, o fluxo sanguíneo está diminuído e há um grande risco de necrose. A zona de hiperemia é composta por pele normal que apresenta um aumento do fluxo sanguíneo como uma reação ao trauma.

Quando a queimadura ocorre, há uma reação imediata do organismo que tenta manter a volemia, iniciando um processo de contração, retração e coagulação dos vasos sanguíneos na zona de coagulação. Essa fase está caracterizada por uma instabilidade hemodinâmica que resulta da perda da integridade e do aumento da permeabilidade capilar e do subsequente desvio de líquidos do espaço intravascular para o espaço intersticial, perda essa, que é proporcional a extensão e profundidade da lesão (KING, 1982).

Essa situação ocorre em função do aumento da permeabilidade capilar, da diminuição da pressão coloido-osmótica vascular, e de uma alteração na pressão hidrostática capilar. Após a dilatação os capilares tornam-se porosos permitindo a saída de eletrólitos, água, plasma para fora do vaso (DYER & ROBERTS, 1990).

Assim, dependendo da extensão da queimadura, nas primeiras horas após o trauma térmico o paciente poderá apresentar o diagnóstico de potencial para déficit de volume de líquidos ou de **déficit de volume de líquidos**, sendo o débito urinário o mais

fidedigno indicador desta alteração. Em um estudo realizado por DALRI (1993), constatou-se que 82,4% dos pacientes portadores de queimaduras apresentaram o diagnóstico de déficit de volume de líquidos, enquanto que, neste estudo, esse diagnóstico foi firmado para 64,7% dos pacientes.

É importante considerar que esses diagnósticos foram firmados na Unidade de Queimados, ou seja, após o paciente ter sido submetido ao primeiro atendimento e, desse modo, o déficit de volume de líquidos possivelmente já teria sido corrigido com a hidratação imediata do paciente. Entretanto, nas primeiras vinte quatro horas após o trauma, o paciente continua perdendo uma grande quantidade de fluídos, por isso o paciente apresenta um **potencial para déficit de volume de líquidos** que, no nosso estudo, foi firmado em 24,5% dos casos. O diagnóstico de **potencial para excesso de volume de líquidos** também pode ser apresentado pelo paciente portador de queimaduras, segundo autores como IGNATAVICIUS *et al.* (1995), MONAHAN *et al.* (1994) e DOENGE *et al.* (1993), mas não foi firmado pelos enfermeiros desta Unidade para nenhum dos pacientes.

Dependendo da localização da extensão e profundidade das lesões, o paciente pode ainda apresentar o diagnóstico de **alteração da perfusão tissular periférica**. Queimaduras de terceiro grau, em extremidades do corpo, comprometendo a extensão de forma circular podem provocar a alteração na perfusão. Esse diagnóstico foi estabelecido pelos enfermeiros para 21% dos pacientes.

Alterações pulmonares podem ocorrer nas primeiras horas após a queimadura quando o paciente aspirou fumaça, quando apresenta queimaduras completas de terceiro grau no tórax ou na face. A lesão direta pelo calor não ocorre abaixo dos brônquios em razão do efeito refrigerador, pela rápida vaporização do trato pulmonar. A lesão por inalação de fumaça é resultado da irritação química dos tecidos pulmonares a nível dos alvéolos, pela ação do monóxido

de carbono. A inalação de fumaça leva a perda da atividade ciliar, severo edema da mucosa e redução da atividade surfactante e conseqüente atelectasias. Além disso, é importante lembrar que o monóxido de carbono aspirado compete com o oxigênio nos sítios de captação da hemoglobina, formando a carboxihemoglobina e impedindo, assim, a captação do oxigênio. São sinais de que o paciente pode ter aspirado fumaça: queimadura de vibríças e de face, voz rouca, presença de escarro com fuligem, presença de bolhas na mucosa oral e nasal, tosse seca, respiração laboriosa e história de queimaduras em local fechado.

A queimadura completa do tórax provoca uma restrição física da respiração. Assim, outros diagnósticos de enfermagem podem ser identificados como o padrão respiratório ineficaz, troca gasosa prejudicada, limpeza ineficaz das vias aéreas, risco de aspiração, dificuldade de desobstruir as vias aéreas. Em nosso estudo foram apontados os seguintes diagnósticos relacionados mais diretamente com a função respiratória: **potencial para aspiração (31%)**, **troca de gases prejudicada (14%)**, **padrão respiratório ineficaz (15%)**, **limpeza ineficaz das vias aéreas (24%)**.

No paciente queimado, a dor está presente nas 24 horas do dia, como afirmam MONAHAN *et al.* (1994). A dor ocorre devido à exposição das terminações nervosas, agravada pelos curativos e cirurgias freqüentemente realizados. A experiência da dor é um fenômeno complexo envolvendo aspectos fisiológicos, psicológicos e processos cognitivos. A dor psicológica pode ser influenciada pela ansiedade, medo em função da aparência das lesões e dos procedimentos, pela cultura e pela história de vida. Esse diagnóstico foi realizado com uma freqüência de 41,1%. Já DALRI (1993) identificou o diagnóstico de dor em 76,5% dos pacientes portadores de queimaduras.

Nesse estudo o diagnóstico de ansiedade foi firmado para 58,8% dos pacientes. O paciente portador de queimadura freqüentemente apresenta-se ansioso, sendo que esta

é uma manifestação do paciente frente à experiência do trauma, que é particular para cada um. Nas primeiras horas após o acidente, a interrupção brusca das atividades diárias, a expectativa de enfrentar situações desconhecidas como a visão das lesões e a própria hospitalização, são situações que poderão provocar ansiedade. Através do levantamento de dados do paciente queimado e da sua família a enfermeira, usando estratégias terapêuticas de relacionamento interpessoal será capaz de identificar as respostas iniciais do paciente para firmar o diagnóstico de ansiedade.

O diagnóstico de **ansiedade** é definido pela NANDA(1994) como um "estado subjetivo no qual o indivíduo experimenta um sentimento incômodo de inquietação, cuja fonte é, freqüentemente, inespecífica ou desconhecida por ele."

A **mobilidade física prejudicada** foi constatada em 70,5% dos pacientes e, geralmente, esteve relacionada à presença de dor devido à queimadura em áreas como tórax e membros superiores e inferiores. Como consequência da mobilidade física prejudicada o paciente poderá apresentar os diagnósticos de déficit de auto cuidado para banho e higiene, e para vestir-se e/ou arrumar-se Esses diagnósticos foram estabelecidos, respectivamente para 63,7% e 44,1% dos pacientes .

As alterações músculo-esqueléticas geralmente ocorrem algum tempo depois da queimadura, haja vista a presença de lesões nos tendões e nos tecidos musculares, particularmente em pequenas articulações como mãos, dedos e outras, sabendo-se que as contraturas são passíveis de prevenção (ARTZ *et al.*, 1980).

O medo da dor e o desconforto são fatores que dificultarão a movimentação e o posicionamento anatômico de articulações e extremidades do paciente com trauma térmico. A dor descrita pelo paciente pode ser variável como, por exemplo, inquietante, irritante, tipo queimação, intensa, entre outras. Portanto, a avaliação da enfermeira tem que ser individualizada. No entanto, é essencial

que a enfermeira e sua equipe empenhem esforços no cuidado para reposicionamento apropriado do membro afetado, imediatamente após o trauma assim evitando seqüelas futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Unidade de Queimados do HCFMRP, os diagnósticos mais freqüentemente firmados para os pacientes foram integridade da pele prejudicada; potencial para infecção; potencial para alteração da temperatura corporal; déficit de volume de líquidos; mobilidade física prejudicada; déficit de autocuidado: banho e/ou higiene; déficit de auto cuidado: vestir-se e/ou arrumar-se; ansiedade; e dor aguda. Esses diagnósticos são também apontados por IGNATAVICIUS *et al.* (1995) e DOENGENS *et al.* (1993) como sendo os mais freqüentes em paciente portador de queimaduras.

As respostas iniciais do paciente que sofreu trauma térmico podem ser individualizadas, pois dependem de mecanismos compensatórios e de estratégias de resolução frente ao trauma. Entretanto, algumas dessas manifestações são comuns a todos os pacientes, principalmente nas primeiras horas após a ocorrência do acidente.

O paciente queimado terá que realizar ajustes comportamentais para suportar vários problemas advindos do acidente, da ameaça à sobrevivência, dos procedimentos médico-cirúrgicos e do longo período de hospitalização e convalescença, como medo de desfiguramento, dor e desconforto físico prolongado. Nesse sentido, o enfermeiro deverá estar apto para identificar as respostas do indivíduo ao trauma térmico, para estabelecer os diagnósticos de enfermagem, e para planejar e avaliar a assistência de enfermagem.

A identificação do perfil diagnósticos dos pacientes poderá constituir uma base importante para o planejamento de recursos humanos e materiais visando a melhora da qualidade da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANA - American Nurses' Association: standards of nursing practice, Kansas City, Mo: American Nurses' Association, 1973. In: Iyer, P. W.; Taptich, B. J. ; BERNOCCHI-LOSEY, D. Nursing process and nursing diagnosis. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1986, 302 p.
- ARTZ, C. P.; MONCRIEF, J. A.; PRUITT, B. A. Queimaduras. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
- DALRI, M. C. Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e a Taxionomia I Revisada da NANDA. Ribeirão Preto, 1993. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. Nursing care plan: guidelines for planning and documenting patient care. Philadelphia, FA. Davis, 1993.
- GORDON, M. ; HILTUNEN, E. High Frequency. Treatment priority Nursing diagnosis in Critical Care. Nursing Diagnosis, 6(4):143-152. 1995.
- IGNATAVICIUS, D. D. ; WORKIMAN, M. L.; MSHLER, M. A. Medical surgical nursing: a nursing process approach. 2 ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1995.
- IYER, C. ; ROBERTS, D. Thermal trauma. Nurs. Clin. North Am. 25(1):85-117. 1990.
- KING, M. W. Nursing consideration of the burned patient during the emergent period. Heart Lung, 11:353-61. 1982.
- MONAHAN, F.; DRAKE, T.; NEIGHBORDS, M. Nursing care of adults. Philadelphia, Saunders Co, 1994.
- NANDA Nursing Diagnosis: definitions & classification. Philadelphia, North American Nursing diagnosis Association, 1996.
- ROSSI, L. A. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: análise e reformulação fundamentadas na pedagogia da problematização. Ribeirão Preto, 1992. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.
- TOCATINS, R. GOMES, D. R. Grande queimado. Prát. Hosp. 1(4):6-10. 1986.