

AVALIAÇÃO DA MÍMICA FACIAL EM CRIANÇAS COM QUEIMADURA DE FACE

EVALUATION OF FACIAL MIMIC IN CHILDREN WITH FACE BURNING

Alice Carneiro Alcântara*, Fabrine Lago Ferreira Lima*, Cristina de S. Viana Falcão**, Denise Silva de Moura***

.....
Graduadas em Fisioterapia na UNIFOR, **Fisioterapeuta docente da UNIFOR e Mestranda em Saúde Coletiva na UNIFOR, *Fisioterapeuta e Mestre em Saúde da Criança e do adolescente pela UECE.*

Endereço para correspondência: *Endereço para correspondência: Cristina de Santiago Viana Falcão, Av. Washington Soares, 1321 60811-905, (Edson Queiroz), Fortaleza CE, Tel: (85) 9996-1633, E-mail: cristinasantiago@unifor.br*

RESUMO

As queimaduras acontecem quando agentes químicos, térmicos, elétricos ou radioativos causam feridas traumáticas, de forma parcial ou total na pele. Os pacientes apresentam graves alterações morfológicas por terem sofrido queimaduras de face e pescoço o que irá comprometer a realização de algumas funções do sistema estomatognático e, conseqüentemente, a mímica facial. As crianças são alvos freqüentes de queimaduras e a incidência é maior em acidentes ocorridos na cozinha, através de líquidos quentes de panelas que estão sobre o fogão. Esse estudo objetiva avaliar a mímica facial em crianças com queimadura de face. Trata-se de uma abordagem quantitativa e transversal que teve como cenário um centro de referência para tratamento de queimados no estado do Ceará. Foram identificados 5 crianças vítimas de queimaduras de face que cumpriram os critérios da pesquisa. Todas as crianças eram do sexo masculino e a idade variou de dois a dez anos, a principal causa foi térmica, sendo todas as lesões de segundo grau e a extensão variou de 10 a 35%. O agente térmico apresentou-se causando mais alterações na mímica facial. Discordando da literatura as crianças com queimadura de face não apresentaram alterações significativas da mímica facial, tendo em vista que a maior parte dos músculos avaliados mostraram-se íntegros, mas alguns apresentaram limitações. A escassez de estudos e informações relativas à mímica facial da criança queimada revela a necessidade de aprimoramento de métodos de promoção de saúde e alternativas de tratamento para esse grupo de pacientes.

Palavras chaves: Avaliação, Queimadura, Criança

Abstract

The burnings happen when chemical, thermal, electric or radioactive agents cause traumatic wounds, of partial or total form on the skin. The patients present serious morphologic alterations by having suffered face and neck burnings, what will go to compromise the accomplishment of some functions of estomatognatic system and, consequently, the facial mimic. The children are frequent target of burnings and the incidence is bigger in accidents occurred in the kitchen, through hot liquids that are in pans, which are on the stove. This study aims to evaluate the facial mimic in children with face burning. It is a quantitative and transversal boarding that had as scenery a center of reference for burning treatment in the state of Ceara. 5 children were identified as face burning victims that had fulfilled the criteria of the research.. All

children were of the masculine sex and varied from 2 to 10 years old, the main cause was thermal burning being all of second degree injuries and the extension varied from 10% to 35%. The thermal agent presented itself causing more alterations on facial mimic. Disagreeing with the literature the children do not presented significant alterations of facial mimic, in view of that the biggest part of the evaluated muscles had revealed integral, but some had presented limitations. The scarcity of studies and relative information about facial mimic of burning child discloses the necessity of improvement in health methods promotion and alternatives treatment treatment for this group of patients.

Key-words: Evaluation, Burning, Child

Introdução

As queimaduras acontecem quando agentes químicos, térmicos, elétricos ou radioativos causam feridas traumáticas, de forma parcial ou total na pele e esses agressores podem causar grande área de tecido desvitalizado, podendo destruir camadas mais profundas, músculos, tendões, ossos, nervos e vasos. Seu grau irá depender da profundidade da lesão térmica na pele, que é avaliada através do estudo histopatológico, já o grau de profundidade da queimadura irá ser influenciado pelo agente causador, tempo de exposição e das condições prévias do paciente [1].

Classificando-se em primeiro grau atinge a epiderme, tendo como quadro clínico eritema e, ocasionalmente, edema, dor leve ou moderada [2]. As lesões de segundo grau atingem a epiderme e espessuras razoáveis da derme, poupando parte da mesma [3]. É diferenciada em superficial e profunda[1]. Quando ocorre o comprometimento de toda a espessura da pele, alcançando o tecido subcutâneo e geralmente não há dor considera-se queimadura de terceiro grau [2]. Pode-se incluir também a de quarto grau, sendo por motivo elétrico e envolve a destruição completa de todos os tecidos moderada [3]. Para a avaliação da extensão da superfície corporal queimada é usada a regra dos nove, que foi desenvolvida por Polaski e Tennison [3] que estima valores iguais a nove ou seus múltiplos às regiões atingidas.

As queimaduras de face são consideradas as mais sérias, sendo necessário à internação em hospital. Esse tipo de lesão favorece a formação de edema, podendo ocasionar alterações significativas de estruturas anatômicas, levando uma dificuldade respiratória e ou na ingestão de alimentos, isso ocorre devido ser uma área rica em suprimento sanguíneo e tecido frouxo [1].

Os pacientes apresentam graves alterações morfológicas por terem sofrido queimaduras de face e pescoço o que irá comprometer a realização de algumas funções do sistema estomatognático e, conseqüentemente, a mímica facial. Devido à presença de cicatrizes haverá limitação das expressões faciais e da amplitude dos movimentos, dificultando o ato motor da fala e a ingestão de alimentos; acarretando também retração tecidual e perda de tecido [4].

A criança é mais susceptível a lesões profundas devido a sua pele ser mais fina do que de um adulto, tornando-se difícil a determinação do grau. Quando uma criança sofre uma lesão semelhante à de um adulto provavelmente será uma lesão mais profunda [1]. Elas são alvos freqüentes de queimaduras e a incidência é maior em acidentes ocorridos na cozinha, através de líquidos quentes de panelas que estão sobre o fogão [5].

Esse tipo de acidente pode deixar seqüelas irreversíveis, lesões traumáticas e estético-funcionais importantes pelo resto da vida dessas crianças, tornando-as mais fragilizadas e esse fato desestabiliza a família [6]. As seqüelas encontradas com maior freqüência em crianças com

queimadura de face são as cicatrizes hipertróficas e contraturas que provocam alterações motoras e do tônus muscular que interferem no cotidiano da criança e da família [7].

É necessário para restabelecimento do paciente queimado um atendimento especializado e multiprofissional. A Fisioterapia precoce é indicada, pois as queimaduras evoluem cicatricialmente de forma rápida, desordenada e com grande possibilidade de seqüelas. O atendimento fisioterapêutico objetiva evitar complicações da queimadura, manter a força muscular, evitar contraturas e deformidades, manter o posicionamento adequado, estimular a nutrição tecidual, manter a amplitude de movimentos articulares e manter uma adequada ventilação em todas as áreas pulmonares [2].

Durante uma aula da disciplina de Fisioterapia em Dermato-funcional surgiu o interesse de analisar a mímica facial nos casos de crianças que sofreram queimaduras na face, por ser um assunto pouco difundido pelos profissionais da fisioterapia e percebemos que estes casos apresentam incidência elevada, deixando muitas seqüelas, com isso mostrar a importância da fisioterapia atuando na redução desses comprometimentos. Dessa forma, o trabalho teve como objetivo analisar a mímica facial de crianças com queimadura de face internadas em um centro referencial de queimados do estado do Ceará.

Materiais e métodos

Para atender aos objetivos da pesquisa utilizou-se uma abordagem quantitativa e transversal e tendo como cenário um centro de referência para tratamento de queimados no estado do Ceará.

Foram incluídas 5 (cinco) crianças com queimaduras de face internadas por no mínimo 48 horas em um centro de referência de queimados do estado do Ceará, onde o estatuto da criança e do adolescente considera-se criança, para os efeitos da Lei Nº. 8.069 de 13 de julho de 1990, a pessoa até doze anos de idade incompletos. Foram excluídas crianças com seqüelas neurológicas tendo em vista a dificuldade para contribuir com as informações, proporcionando distorções na investigação por não entenderem aos comandos e também crianças que não responderam aos comandos verbais dados pelas pesquisadoras após a terceira tentativa de forma satisfatória por não compreenderem o que foi pedido.

Os dados foram coletados através de 3 visitas semanais pelas pesquisadoras no CTQ, onde foi feito a coleta de informações com uma consulta ao prontuário, uma avaliação da mímica facial a beira do leito do paciente e o registro fotográfico para observar a assimetria facial. A ficha de avaliação abrangeu os dados sobre as causas, grau e extensão da queimadura, idade, sexo, tempo de internação, aspectos socioeconômicos, avaliação da mímica facial e a foto para avaliar a assimetria facial.

A avaliação da mímica facial foi realizada através o teste dos treze músculos face, onde o grau de força muscular foi testado segundo os autores Hislop e Montegomery, onde os procedimentos gerais de graduação foram classificados em F: funcional, normal ou deterioração apenas ligeira; FF: funcional fraco, deterioração moderada que afeta o grau de movimento ativo; NF: não-funcional, deterioração severa e em 0: ausente [8].

A pesquisa seguiu os preceitos éticos que regem a beneficência, a não-maleficência e a justiça regulamentadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética do IJF através do protocolo nº 02231/08 [9].

Resultados

Foram identificados 5 crianças vítimas de queimaduras de face que cumpriram os critérios da pesquisa.

A principal causa da queimadura de faces dessas crianças foi térmica com 60% (n=3) e a química com 40% (n=2), sendo todas as lesões de segundo grau e a extensão variou de 10 a 35%.

Todas as crianças eram do sexo masculino e a idade variou de dois a dez anos, das quais 20% (n=1) tinham dois anos, 40% (n=2) três anos, 20% (n=1) nove anos e 20% (n=1) dez anos. Somente 40% (n=2) residiam no município de Fortaleza, e as demais se distribuíam em localidades diferentes, 20% (n=1) em Aquiraz, 20% (n=1) em General Sampaio e a 20% (n=1) em Pacajus.

Apenas 20% (n=1) não estudava, 40% (n=2) fazia jardim I e 40% (n=2) estavam cursando a quarta série do ensino fundamental. Seus responsáveis/cuidadores eram na maioria mães que tinham concluído somente o ensino fundamental 80% (n=4) e 20% (n=1) correspondia ao único pai responsável que já havia concluído o ensino médio. A renda média da população era de R\$ 690,00 [400,00-940,00 reais].

A avaliação da mímica facial teve como resultado, dentro dos parâmetros da funcionalidade, as seguintes alterações: occipitofrontal: 1 (20%) funcional, 2 (40%) funcional fraco e 2 (40%) não-funcional; corrugador do supercílio: 2 (40%) funcional, 2 (40%) funcional fraco e 1 (20%) não-funcional; orbicular das pálpebras 5 (100%) funcional; prócero 3 (60%) funcional, 1 (20%) funcional fraco e 1 (20%) ausente; levantador do lábio superior 4 (80%) funcional, 1 (20%) ausente; grande zigomático 3 (60%) funcional, 1 (20%) não-funcional e 1 (20%) ausente; orbicular da boca 2 (40%) funcional, 1 (20%) funcional fraco e 2 (40%) não-funcional; risório 3 (60%) funcional, 1 (20%) funcional fraco, 1 (20%) não-funcional; bucinador 1 (20%) funcional, 2 (40%) funcional fraco, 2 (40%) não-funcional e o platisma 1 (20%) funcional, 1 (20%) funcional fraco, 2 (40%) não-funcional. Em um questionário houve ausência de informação com relação ao músculo platisma, visto que o local onde o músculo se encontrava estava coberto, impossibilitando a avaliação do mesmo (Figura 1).

O agente térmico apresentou-se causando mais alterações na mímica facial, pois foi o único responsável pela ausência de movimentos, cujo os músculos atingidos foram: prócero, levantador do lábio superior e grande zigomático. Quando a criança se queima com agente químico ela apresenta menos alterações (Figura 2).

DISCUSSÃO

Todas as crianças que fizeram parte do estudo foram do sexo masculino, sendo observado em outras pesquisas a predominância desse mesmo sexo, podendo estar relacionado com as diferenças de comportamento de cada sexo e com fatores culturais, determinando maior liberdade aos meninos, pois estão mais expostos por exercerem atividades de maior risco e já as meninas são submetidas a uma maior vigilância [10].

Foram encontradas crianças com idade menor ou igual à 10 anos, onde a faixa etária mais acometida foram nos menores de 3 anos. Estudos mostraram a incidência de queimaduras de 0 a 5 anos tendo uma predominância no primeiro e segundo anos de vida, justificada por nesta idade a criança iniciar os primeiros passos, descobrindo o ambiente ao seu redor, tornando-se uma vítima mais susceptível a acidentes domésticos [11]. No período de janeiro a agosto de 2008, o centro de tratamento de queimado do estado do Ceará atendeu 2.577 vítimas de queimadura, entre as quais 577 são crianças na faixa etária de 0 a 10 anos [12].

Das 5 crianças participantes, apenas 1 não estudava e 2 faziam jardim 1 e 2 a quarta série. Em relação aos cuidadores 4 eram mães, que cursaram o ensino fundamental e o único pai

responsável concluiu o ensino médio. Carvalho, Rossi e Ciofi-Silva [13] salientaram que os 21 familiares participantes de um estudo realizado em Porto Alegre, o nível de escolaridade estava entre primeiro grau incompleto ao segundo grau e a maioria dos acompanhantes eram mulheres, mães, avós, irmã ou tia, o que está de acordo com a cultura, em que o cuidado a pessoas com algum problema de saúde constitui uma tarefa feminina.

Com relação ao município de residência 40% moravam em Fortaleza e 60% no interior do Ceará, estando de acordo com Oliveira, Penha e Macedo [14], onde observaram que 72,8% das vítimas eram da capital. As queimaduras registradas nas capitais têm incidência elevada, mas as que apresentam maiores seqüelas acontecem na zona rural, devido aos inadequados cuidados pré-hospitalares, pois são poucos os locais que oferecem atendimento especializado para estes pacientes [15,16,17].

As queimaduras por agentes térmicos representaram 60% seguidas pela exposição a substâncias químicas que compreenderam 40% das crianças que sofreram queimaduras de face. Semelhante aos resultados obtidos na presente pesquisa, outros estudos também encontraram maior frequência queimaduras provocadas por substância quente [10,18].

Quanto ao grau de queimaduras, foi identificado apenas lesões de 2º grau, não obtendo dados nos prontuários em relação a ser superficial ou profundo. A literatura é controversa, pois relata a ocorrência foi de 7 casos (33,3%) de queimadura de segundo grau superficial, 5 casos (23,8%) de segundo grau profundo e 9 casos (42,9%) de terceiro grau [19], havendo também um estudo que mostrou a incidência em cerca de 76% das crianças tiveram queimaduras de 2º grau, 12% de 3º grau, 3% com queimaduras de 1º e 2º grau e 9% com queimaduras de 2º e 3º grau [11].

Quanto à extensão da área corporal atingida variou de 10 a 35% e no estudo de Roch, Lira, Abreu, Xavier e Vieira [20] relataram a seguinte distribuição: 51 (82,3%) crianças apresentaram de 10 a 25% da superfície corporal queimada; 6 (9,7%) crianças acima de 25% e 5 (8,1%) crianças até 10%.

Em se tratando de um estudo realizado em Belo Horizonte, que foi relatada a dificuldade de realizar a higiene bucal em crianças com queimadura de face, tendo como causa em 8% dos casos a dificuldade em abrir a boca. Há inúmeras seqüelas encontradas em pacientes que sofreram queimaduras na face, podendo destacar as cicatrizes hipertróficas e contraturas, que promovem alterações do tônus muscular e alterações motoras, dessa forma interferindo nos hábitos diários da criança [7].

As cicatrizes das queimaduras promovem, em sua grande maioria, retração tecidual e mesmo a perda de tecido. Isto desencadeia limitações dos movimentos e expressões faciais. Conseqüentemente as estruturas anatômicas não conseguem desempenhar, com eficiência, as funções do sistema estomatognático, principalmente a mastigação e a articulação [21].

Discordando da literatura as crianças com queimadura de face não apresentaram alterações significativas da mímica facial, tendo em vista que a maior parte dos músculos avaliados mostraram-se íntegros, apesar de alguns apresentaram limitações.

Dados referentes à avaliação da mímica facial em pacientes pediátricos com queimadura de face não foram encontrados na literatura, não podendo ser estabelecidas comparações com outros estudos.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que as crianças que sofreram queimaduras na face não apresentaram alterações significativas da mímica facial, pois a maioria dos músculos continuaram

com a integralidade preservada, embora o levantador do lábio superior, grande zigomático e o orbicular da boca tenham sido totalmente acometidos, ou seja, não esboçaram nenhum movimento.

É importante salientar que os pacientes foram avaliados ainda durante a internação hospitalar, considerando que o surgimento de cicatrizes hipertróficas ou queloidianas é evidente após 6 meses a um ano após a queimadura. A finalidade da intervenção fisioterapêutica precoce visa o restabelecimento funcional através da manutenção da força e resistência muscular, do tônus para o retorno das funções orofaciais normais e reintegração social.

A escassez de estudos e informações relativas à mímica facial da criança queimada revela a necessidade de aprimoramento de métodos de promoção de saúde e alternativas de tratamento para esse grupo de pacientes. Acredita-se que a divulgação de estudos mais aprofundados sobre o tema contribua para sensibilização de profissionais interessados, promovendo uma melhor qualidade de vida para os indivíduos queimados.

REFERÊNCIAS

1. Maciel E, Serra MC. Tratado de Queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Rangel MF, Pereira APJT. Atendimento inicial e definitivo do grande queimado. *Jornal Brasileiro de Medicina*. 2007; 92(3):20-24.
3. Guirro EC, Guirro RRJ. Fisioterapia dermato-funcional. 3. ed. São Paulo: Manole; 2004.
4. Freitas VL, Souza LMB. A fonoaudiologia nas queimaduras de face e pescoço. *RBPS*, 2005; 18(2): 105-109.
5. Melo IP, Jayme HC. Queimaduras e crianças: a necessidade de prevenção. *FisioWeb*. 2007 abr. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/variedades/queimaduras_isabella.htm> Acesso em: 11 de set. de 2007.
6. Damasceno AKC, Barroso MGT. Diagnóstico epidemiológico de queimaduras em crianças. *Revista Nursing*. 2004; 7(68): 23-27.
7. Busato CA, Jorge MLR, Bosco VL, Marques LS. Conhecimento dos fatores envolvidos na higiene bucal de crianças queimadas. *Arquivos em Odontologia*. 2004 abr/jun; 40(2): 111-206.
8. Hislop HJ, Montgomery J. Provas de função muscular: técnicas de exame manual. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
9. Brasil. Resolução CNS nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*, n. 201, p. 21082, 16 out. 1996. Seção 1
10. Martins CBG, Andrade SM. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):464-9.
11. Damasceno AKC, Almeida PC, Barroso MGT. Dor em crianças vítimas de queimaduras - estudo epidemiológico. *Online braz. j. nurs*. 2007;6(2), ago. 2007
12. IJF e ONG de apoio ao queimado comemoram Dia da Criança. Prefeitura Municipal de Fortaleza Online, Fortaleza, 25 nov.2008. Disponível em: http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=9409&Itemid=239. Acesso em: 25 nov 2008.
13. Carvalho FL, Rossi LA, Ciofi-Silva CL. A queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):199-206.

14. Oliveira KC, Penha CM, Macedo JM. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras. *Arq Med ABC*. 2007; 32(2): S55-8.
15. Crisóstomo MR. Qual é a prevalência de cicatrizes hipertróficas após queimaduras. *Rev Bras Queimaduras* 2003;3(2):49-51.
16. Camargo C et al. Lesões por queimaduras: o reflexo da violência em crianças e adolescentes. *Rev Bras Crescimento e Desenvolv Hum* 2002;12(2):52-8.
17. Gomes DR, Serra MCVF, Macieira Júnior L. *Conduitas atuais em queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
18. Paschoal SRG, Nascimento ENN, Pereira DM, Carvalho FF. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. *Rev. paul. pediatr.* 2007; 25 (4): 331-6.
19. Júnior SP, Ely JB, Sakae TM, Nolla A, Mendes FD. Estudo de pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Nossa Senhora Da Conceição em Tubarão – SC. *Arq. catarin. med*; 2007; 36(2): 22-27.
20. Rocha HJS, Lira SVG, Abreu RNDC, Xavier EP, Vieira LJES. Perfil dos acidentes por líquidos aquecidos em crianças atendidas em um centro de referência de Fortaleza. *RBPS*, 2007; 20 (2) : 86-91
21. Melo PED. Atendimento Fonoaudiológico a Pacientes Queimados: Alguns Conceitos e Formas de Intervenção. In: Silvia Tavares. (Org.). *Fonoaudiologia Hospitalar*. 2003; 1.:253-65. Disponível em <http://www.fonoaudiologia.org.br/jornal/06/j6-3.htm>

FIGURA 1 - Alterações da musculatura facial quanto a funcionalidade

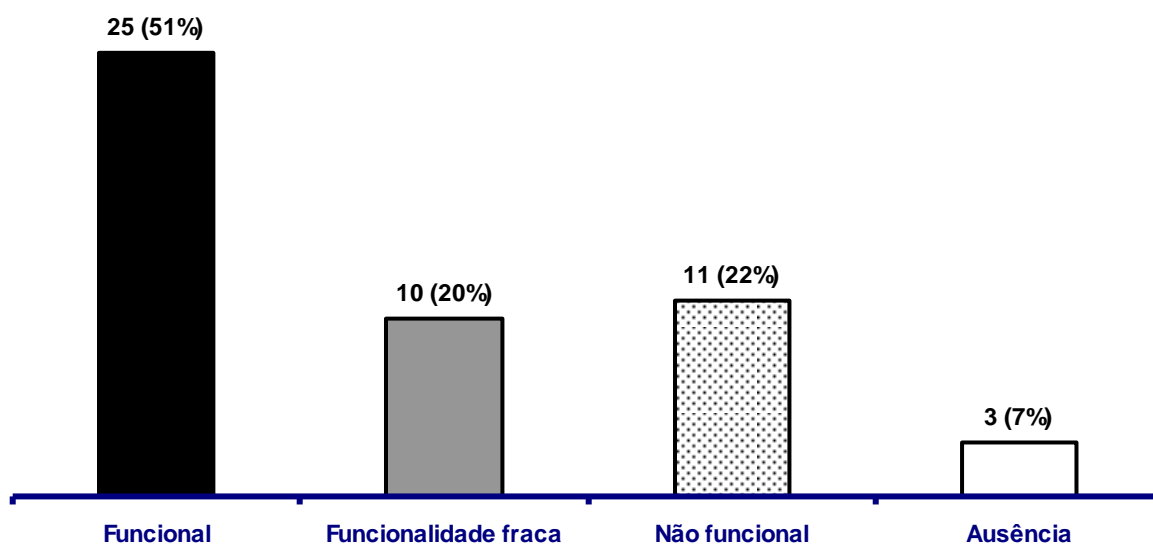


FIGURA 2 - Funcionalidade dos músculos faciais e agentes causadores das queimaduras

