



Tratamento de Queimaduras

Em Ambulatório

Os cuidados em regime ambulatorio, podem e devem ser, cada vez mais, solução para um grande número de pessoas vítimas de pequenas queimaduras. É economicamente rentável e suprime um vasto número de complicações inerentes a qualquer processo de hospitalização.

Contudo os doentes a tratar em ambulatório, têm de ser bem seleccionados, não podemos esquecer que este tipo de doentes evidenciam alterações fisiológicas de âmbito multissistémico, bem como psicossociais, que constituem um enorme desafio a toda uma equipa de saúde.

A consulta de queimados é habitualmente realizada por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, Fisioterapeuta, assistente social, e psicólogo – em que todos em conjunto tentam responder às necessidades do doente.



De uma forma geral, a gravidade das queimaduras é determinada pelos factores de profundidade, extensão, localização da queimadura, idade e antecedentes clínicos do doente, bem como o agente causal.

Mas quando se avalia a situação clínica do doente para possível tratamento ambulatorio, seria importante também, ter-se em conta a sua motivação para participar nos cuidados, a capacidade de compreender e executar as técnicas necessárias para tratar as feridas, e também a sua situação socio-económica.

Assim, em ambulatório, podemos tratar doentes com:

- Queimadura de espessura parcial superficial (1º grau) até 20% da SC
- Queimadura de espessura parcial profunda (2º grau) até 15 % da SC
- Queimadura de espessura total (3º grau) inferiores a 2 % da SC

Com a condição destas não serem queimaduras químicas, eléctricas ou inalatórias ou ainda envolverem a face, mãos, pés, área perineal ou genital, articulações, ou que sejam queimaduras circulares, pois estes são critérios de internamento tal como já foi referido anteriormente.

· E também doentes queimados após alta hospitalar



O tratamento depende obviamente do aspecto da ferida.

A lesão de espessura parcial superficial ou 1º grau envolve apenas a epiderme; tem aspecto avermelhado, com ligeiro edema que causa dor, podendo-se proporcionar alívio com o arrefecimento e aplicação de cremes hidratantes. Deve-se reforçar a hidratação oral. Esta lesão não é grave, pois uma parte das células epiteliais não foi destruída e há capacidade de regeneração. Apresenta uma recuperação rápida, cicatrizando em 2 a 7 dias, por descamação e sem deixar marcas.



Quando às queimaduras de espessura parcial profunda ou 2º grau, envolvem toda a camada da epiderme e parte da derme; têm uma aparência avermelhada ou marmoreada, com edema e exudato subcutâneo, formando as flictenas. Se não ocorrer infecção, forma-se uma cicatriz pequena;



mas se infectar, ou se o aporte sanguíneo diminuir, ou ainda se houver um traumatismo local à posteriori, então a lesão pode evoluir para a espessura total.

O tratamento consiste em lavar e desinfectar a ferida mantendo tanto quanto possível a epiderme, protegendo-a com um penso gordo fechado.

No caso de flictenas, o tratamento é uma área controversa. Cada uma das três abordagens seguintes é aceitável e é uma opção que cada equipa deve ter em consideração: (1) deixar a flictena intacta permitindo que a ferida subjacente cicatrize no meio líquido e estéril, (2) drenar o líquido da flictena, deixando a pele que a constitui, cobrir a ferida subjacente e fazer de penso biológico e (3) desbridar a flictena. Nos dois primeiros casos a flictena deve estar estéril, sem sinais de contaminação ou infecção, Caso contrário, deve ser desbridada.

Da nossa experiência, aconselhamos tanto quanto possível a prática referida em (2), é a menos dolorosa para o doente e de rápida evolução cicatricial.

Nas áreas com perda da epiderme deverá ser colocado gaze gorda e ou substituto temporário de pele se a área estiver limpa, e sulfadiazina de prata no caso da área apresentar fibrina.

Consoante o seu tamanho e espessura, a cicatrização dá-se entre 3 a 35 dias.

Este tipo de queimaduras deve ser vigiadas até à epitelização uma vez que sem tratamento específico, cicatrizam com epitélio instável, hipertrofias ou colóides e formação de contraturas acentuadas, o que leva à realização de pensos compressivos durante longos meses.

Finalmente, as queimaduras de espessura total ou de 3º grau incluem a destruição da epiderme e de toda a derme.

É possível que ocorra lesão da camada subcutânea, músculo e até osso; estruturas essas que ficam expostas se houver

solução de continuidade.

Têm aspecto de cor esbranquiçada, castanha ou carbonizada. Os terminais nervosos estão destruídos e a



ferida torna-se praticamente indolor e insensível. O tratamento destas lesões, pode durar vários meses e consiste na lavagem e desinfecção da área, remoção de escara e tecido desvitalizado, aplicação de sulfadiazina de prata para facilitar o desbridamento, e posteriormente penso gordo e ou aplicação de substituto temporário de pele até cicatrizar. Queimaduras de área inferior a 4 cm cicatrizam por granulação.

O tratamento em ambulatório não termina com a cicatrização da ferida, serve também de apoio a doentes queimados após alta hospitalar, uma vez que estes dão início a um longo caminho da recuperação, acompanhado por inúmeras e inevitáveis implicações para o futuro.

Os principais problemas, após alta, destes doentes são, dormência, compressão, prurido, sensação de calor e cansaço. Ainda que tais sensações sejam esperadas, podem tornar-se muito incómodas. É útil assegurar ao doente que tais sensações não são incapacitantes e que passaram com o tempo.

Após duas a seis semanas do encerramento da ferida é frequente surgir o problema da formação de pequenas flictenas, que normalmente rebentam e cicatrizam em 3 a 5 dias.

Estas áreas devem ser lavadas com um sabonete neutro e cobertas com um creme gordo suave.

As queimaduras de espessura parcial recentemente cicatrizadas tendem a ficar muito secas. Durante 6 a 8 semanas deve aplicar-se de 4 em 4 horas um creme hidratante à base de lanolina, até recuperar lubrificação natural.

O prurido é um problema muito frequente, pelo que poderá ser necessária administração de antipruriginosos.

Outra preocupação relativa, à cicatrização da ferida, é a



prevenção ou redução da cicatriz hipertrofica, o que depende da aplicação periódica de pressão uniforme, através de vestuário elástico compressivo. Vestuário esse feito por medida usado geralmente durante 6 meses a 1 ano após o enxerto.

Durante este tempo é importante

observar se se formam pontos de pressão à medida que a pessoa aumenta de peso ou de tamanho e vigiar a elasticidade da roupa, pois esta pode ir diminuindo com as lavagens ao longo do tempo.

É importante lembrar que a reabilitação é um factor primordial a ter em consideração durante o tratamento no ambulatório, uma vez que é um processo, iniciado no internamento, prossegue durante a hospitalização e percorre o quotidiano do doente até alguns meses após alta, e cujo objectivo principal é a integração funcional, social e familiar do doente queimado.

Também o impacto emocional de uma queimadura grave é enorme. O sofrimento que acompanha os doentes é muitas vezes o luto por perda de capacidades ou funções, temporárias ou definitivas.

São referidos distúrbios do sono, desorientação, e, por vezes, depressão, sobretudo quando o retorno ao mundo exterior gera no doente a sensação de perda de definição, o que conduz a contactos menos bem sucedidos com os outros e com o ambiente que o rodeia.

Ser diferente dos outros devido a uma cicatriz, pode conduzi-lo à perda da auto-estima e a sentimentos de inferioridade. É possível que o doente adopte uma forma apática de estar na vida.

O objectivo é devolver ao doente o seu lugar na sociedade. E para estabelecer o relacionamento através do qual o enfermeiro possa ajudar o doente, é necessário desenvolver competências ao nível da comunicação e entrevista, para que se possa actuar de forma positiva em situação de crise e a relação subsequente seja uma relação de ajuda.

É fundamental que estejamos desportos para esta relação de ajuda uma vez que exercemos considerável no psicológico do queimado. É fundamental desportos para ajuda uma vez que exercemos considerável no psicológico do queimado. É fundamental desportos para ajuda uma vez que exercemos considerável no psicológico do queimado.



Campo de Férias para Crianças Queimadas

Ano de 2005

Em Outubro passado, a Associação Amigos dos Queimados, realizou mais um campo de férias para crianças queimadas, ao longo de uma semana, no Olho Marinho de Lisboa. Cada campo é único, uma vez que estão envolvidas crianças com diferentes necessidades. É uma oportunidade de conhecer pormenorizadamente cada uma delas: a sua história individual, a sua personalidade, os seus sonhos, os seus medos, ...

Como objectivo principal, nestes campos pretende-se prevenir os efeitos secundários, tanto a nível físico, como a nível psicológico e emocional, que as queimaduras provocam nestas crianças e suas famílias, garantindo um ambiente de alegria e diversão.

Por essa razão, existe a colaboração de uma equipa multidisciplinar a trabalhar em rede, em regime de voluntariado (médico, fisioterapeuta, enfermeira, psicóloga, animadores de campo), na tentativa de dar a resposta adequada às necessidades de todas as crianças e de cada uma em particular.

Esta equipa é composta por elementos presentes 24 horas no campo e por outros que trabalhando na retaguarda, dão apoio e ajudam a resolver pormenores que poderão surgir ao longo da semana.

Assim, a equipa no terreno é composta por elementos fixos, que fazem parte da organização dos campos de férias desde o início e por outros que se vão substituindo nos diferentes campos. Neste Campo de férias a equipa foi a seguinte:

Cláudia Couceiro – Fisioterapeuta do Hospital de São José, em Lisboa;

Aldina Lucena – Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;

Catarina Severiano – Psicóloga do Centro Hospitalar de Torres Vedras;

Solange Fernandes – Psicóloga estagiária pós graduada, do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa;

Tânia Menezes – Enfermeira do Hospital de Dona Estefânia, em Lisboa;

Ana Lúcia Almeida – Aluna do curso de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do IPS;

Sandra Barreto – Animadora de Campo;

Pedro Oliveira – Animador Aventura;

Joaquim Mendes – Animador Aventura

O tema dos campos é: “Nós e o corpo, na relação com os outros.” A razão desta temática, prende-se com o facto do corpo ser o mais poderoso meio de comunicação de que dispomos. Viver é comunicar. A comunicação corporal, inicia-se antes mesmo da comunicação verbal, mantendo-se durante e após esta. Este aspecto é ainda mais relevante, uma vez que estamos a falar de crianças, estamos a falar de queimaduras, estamos a falar de pele.

A estas crianças, é necessário devolver e desenvolver a autoconfiança e autonomia, atribuindo-lhes responsabilidade e criando novas rotinas. Saber lidar com o corpo e com a imagem, na relação consigo próprios e com os outros. Fazer com que a actividade física aconteça sem medos, sem limitações ou sem restrições.

Para isso, são utilizadas diversas estratégias, associadas sempre a actividades lúdicas e divertidas, valorizando a comunicação. São actividades de grupo onde se aposta na relação com o outro e no movimento, como são exemplo: a dança, a colocação dos cremes (privilegia o toque), a piscina e a praia, um desfile de moda (desfile das cores), os jogos tradicionais, as actividades radicais, etc.

Pretende-se “brincar a sério”. Transformar o castigo e o desconforto, em algo aceitável, que até pode ser divertido.

Estes campos permitem uma relação privilegiada entre as crianças, entre os profissionais e entre profissionais e crianças. Este facto poderá ser uma grande vantagem para o conhecimento mútuo e consequentemente para modificar atitudes e comportamentos que possam comprometer o crescimento saudável destas crianças.

Este ano, e pela primeira vez, estiveram presentes dois profissionais de televisão (SIC), que ao acompanhar as actividades ao longo da semana, puderam sentir, tal como nós, o significado que o Campo tem para as nossas crianças. Esse sentimento está patente na grande reportagem que efectuaram sobre os campos de férias e que passou na televisão, em horário nobre.

A mensagem transmitida nesta reportagem, no nosso



Entende-se por ajudas técnicas os produtos e equipamentos que servem para prevenir ou atenuar as incapacidades e desvantagens do deficiente facilitando a sua integração. Existem diferentes tipos de Ajudas Técnicas e de entidades que as podem prescrever:

Entidade nível 1 – Centros de Saúde

Entidade nível 2 – Hospitais Distritais

Entidade nível 3 – Hospitais Centrais, Distritais e Centros

Especializados

Existe uma listagem oficial de Ajudas Técnicas comparticipadas pelo Sistema Nacional de Saúde – Lista Homologada.

Podem beneficiar:

Deficientes,

Idosos,

Utentes do S.N.S.

Desp. Conj. MS/MESS de 15/04/95 e Desp.20/SN/95 de 20/07/95.

Protecção na doença no âmbito da Segurança Social:

· Subsídio de doença

Esta prestação tem como objectivo compensar a perda de remuneração em consequência de incapacidade temporária para o trabalho por motivo de doença de causa não profissional, concedida aos beneficiários que reinam as condições de atribuição.

Para os beneficiários da Segurança Social, a situação de incapacidade temporária é certificada em impresso triplicado emitido pelos Serviços de Saúde competentes.

Pode usufruir deste subsídio no máximo de 1095 dias. Esgotado este período, o beneficiário passa para a protecção na Invalidez, caso preencha as condições de atribuição da pensão de invalidez.

Dec.-Lei n.º 132/88 de 20 de Abril; Dec.-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro com a redacção dada pelo Dec.-Lei n.º 146/2005, de 26 de Agosto (Regime jurídico de protecção na doença):

· Subsídio Familiar a crianças e jovens com bonificação por deficiência

Prestação mensal atribuída aos descendentes portadores de deficiência com idade inferior a 24 anos que se encontrem numa das seguintes situações:

Frequentem ou estejam internadas num estabelecimento especializado de reabilitação, ou se encontrem em condições de frequência ou de internamento;

Necessitem de apoio individualizado pedagógico e/ou terapêutico específico adequado à deficiência de que são portadores.

É actualizado periodicamente e varia em função da idade.

Dec.-Lei n.º 133- B/97, de 30 de Maio

· Subsídio Mensal Vitalício

Prestação mensal atribuída a descendentes maiores de 24 anos portadores de deficiência de natureza física, orgânica, sensorial, motora ou mental que os impossibilite de assegurar a sua subsistência através de uma actividade profissional. De valor fixo, actualizado periodicamente, igual ao montante

da Pensão Social.

Dec.-Lei n.º 133 – B/97, de 30 de Maio

· Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa

· Subsídio de valor fixo atribuído a descendentes titulares do subsídio familiar a crianças e jovens com bonificação por deficiência ou por subsídio Mensal Vitalício, que dependam ou tenham efectiva assistência de terceira pessoa, pelo menos 6 horas diárias, para assegurar as suas necessidades básicas.

A situação de dependência do apoio de terceira pessoa deve ser comprovada pelo SVI.

Dec.-Lei n.º 133-B/97, de 30 de Maio, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 341/99, de 25 de Agosto.

· Pensão de Invalidez

Esta prestação tem como objectivo proteger o beneficiário definitivamente incapacitado para o trabalho, de causa não profissional, confirmado pelo SVI.

Podem beneficiar desta prestação todos os beneficiários que tenham 5 anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remuneração.

Dec.-Lei n.º 329/93, de 25 de Setembro com a redacção dada pelo Dec.-Lei n.º 437/99, de 29 de Outubro; Dec. Regulamentar n.º 7/94, de 11 de Março; Portaria n.º 883/94, de 17 de Setembro; Dec.- Lei n.º 35/2002, de 19 de Fevereiro (Novas regras de cálculo da pensão de invalidez e de velhice)

· Complemento por dependência

Atribuído a pensionistas dos regimes de segurança social que se encontrem em situação de dependência.

Consideram-se em situação de dependência os pensionistas que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, precisando da assistência de outrem.

Para atribuição do complemento e determinação do respectivo montante consideram-se os seguintes graus de dependência:

1º grau – pessoas que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal.

2º grau – pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e se encontrem acamadas ou apresentem quadros de demência grave.

Os montantes do Complemento por dependência correspondem a uma percentagem do valor da Pensão Social e variam escalonados de acordo com o grau de dependência. O Complemento por Dependência deverá ser requerido nos serviços da segurança social da área da residência.

Dec.-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho; Dec.-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro

· Complemento de Pensão de cônjuge a Cargo

Atribuído aos pensionistas de invalidez com cônjuges a cargo, desde que o início da pensão seja anterior a 1 de

EDITORIAL

Caros Amigos e Associados:

O principal objectivo da Associação Amigos dos Queimados é a defesa intransigente dos direitos das vítimas das queimaduras, nomeadamente do direito a serem tratadas nas melhores condições e com as técnicas mais adequadas, com vista a minorar o seu sofrimento e obter a sua mais rápida e completa recuperação. Foi, por isso, com a maior consternação que nos chegou a informação do encerramento da Unidade de Queimados do Hospital Pediátrico de D. Estefânia, principal centro nacional de tratamento de queimaduras em crianças, devido à necessidade inadiável de obras de recuperação da sua estrutura física. Considerando que tais obras sejam imprescindíveis ao correcto funcionamento daquela Unidade, atendendo a que se encontrava algo degradada, o que teria já motivado o encerramento do seu Bloco Operatório próprio, não se compreende que as autoridades competentes não avancem desde já com uma data previsível para a sua reabertura, condenando, por tempo indeterminado, os doentes a serem tratados em enfermarias não adaptadas à sua patologia com todo o sofrimento físico e psicológico que daí advém. Parece que o problema principal se prende com a falta de verbas para a execução das referidas obras, o que sinceramente não nos parece que deva ser uma situação inultrapassável, se tivermos em conta que a Unidade do Hospital da D.^a Estefânia tem sido desde sempre o centro de referência nacional, frequentemente o único porto de abrigo ao dispor das crianças queimadas e seus familiares.

Entretanto, decorreu mais uma vez com grande sucesso o Campo de Férias da AAQ. Durante toda uma semana as “nossas” crianças puderam brincar e conviver sem inibições e aprender de uma forma lúdica a reocupar o seu lugar na sociedade, graças ao esforço conjugado de todo o grupo de fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, animadores e dirigentes da AAQ que ano a ano se tem empenhado na realização do Campo de Férias. O local escolhido desta vez foi Óbidos e, com o tempo a ajudar, a semana parece ter voado, tão rápida se passou. Durante estes dias, todo o grupo foi acompanhado por uma equipa da SIC, que preparou uma grande reportagem sobre as crianças queimadas, já exibida na televisão, e que funcionou como uma chamada de atenção para os seus problemas. Foram vários os contactos e ofertas de apoio que nos chegaram graças a esta reportagem, e expressamos à SIC os nossos mais sinceros parabéns pela forma cuidada e sensível com que abordou os problemas das crianças queimadas.

Uma boa notícia para todos os doentes queimados e profissionais de saúde ligados ao seu tratamento foi a inauguração da Unidade de Queimados do Hospital de S. João, no Porto. Dotada de 5 camas e das mais modernas tecnologias para o tratamento de queimados, esta Unidade, integrada no Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva daquele Hospital, proporcionará uma melhor cobertura da Zona Norte, garantindo as melhores condições de tratamento aos doentes queimados. A todos os elementos da Unidade de Queimados do S. João aproveitamos para desejar as maiores felicidades profissionais, expressando os nossos sinceros votos de um proficuo trabalho em prol das vítimas das queimaduras.

A Direcção

Ficha Técnica

Editor:

Luis Cabral

Director:

Vladimiro Andrade

Comissão Redactorial:

Lurdes Leal
Carlos Canais
Tânia Meneses

Composição:

Vladimiro Andrade

Impressão:

Tipografia Comercial
Taveiro

Quer ser Sócio da AAQ ? Preencha e envie-nos



**ASSOCIAÇÃO
AMIGOS dos QUEIMADOS**

Av. Bissaya Barreto, 3000-075 COIMBRA
Tel.: 239.481.087 - Telem.: 966.220.975 - FAX 239.482.061

FICHA DE INSCRIÇÃO DE SÓCIO

DADOS PESSOAIS

Nome	<input type="text"/>	Data de Nasc.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Morada	<input type="text"/>							
Localidade	<input type="text"/>	Cód. Postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
Profissão	<input type="text"/>							
Local de Trabalho	<input type="text"/>							
Telefone	<input type="text"/>	Extensão	<input type="text"/>	e-mail <input type="text"/>				
Inscrição de sócio com quota anual:								
<input type="checkbox"/> Mínima (€ 15,00)								
<input type="checkbox"/> Benfeitor (€ 30,00)								
<input type="checkbox"/> Benemérito (a partir de € 50,00)								

DADOS PARA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA

Data	
Autorização de Débito Directo	
N.º de Identidade	<input type="text"/>
Referência	<input type="text"/>
Por débito na minha/nossa conta abaixo indicada, queira proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas pela Associação Amigos dos Queimados	
NIB	<input type="text"/>
Assinatura (s)	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Data	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Inscrição de sócio com quota anual:	
<input type="checkbox"/> Mínima (€ 15,00)	
<input type="checkbox"/> Benfeitor (€ 30,00)	
<input type="checkbox"/> Benemérito (a partir de € 50,00)	