

Todos os conteúdos apresentados são propriedade  
dos referidos autores

**Powered by Roten\_Boy**

[www.pmsoftware.pt.vu](http://www.pmsoftware.pt.vu)

**INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE VISEU  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU**

Ana Pereira  
António Cardoso  
Lúcia Cunha  
Paulo Loureiro  
Ricardo Lopes  
Susana Amaro  
Telmo Pereira

# **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE QUEIMADO**

Viseu, Março de 2003

**INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE VISEU**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU**

Ana Pereira n.º 785  
António Cardoso n.º 791  
Lúcia Cunha n.º 800  
Paulo Loureiro n.º 812  
Ricardo Lopes n.º 813  
Susana Amaro n.º 821  
Telmo Pereira n.º 823

# **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE QUEIMADO**

Trabalho realizado no âmbito  
da unidade curricular de Enfermagem  
Médico-Cirúrgica II, no 5º Curso  
de Licenciatura em Enfermagem,  
no 2º Ano, 1º Semestre.

Viseu, Março de 2003

## ÍNDICE

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>                                       | <b>05</b> |
| <b>2. CUIDADOS IMEDIATOS.....</b>                               | <b>06</b> |
| <b>3. FASE DE REANIMAÇÃO.....</b>                               | <b>07</b> |
| 3.1. AVALIAÇÃO.....                                             | 07        |
| 3.1.1. Dados subjectivos.....                                   | 07        |
| 3.1.2. Dados objectivos.....                                    | 08        |
| 3.2. PROBLEMAS/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....                 | 08        |
| 3.2.1. Alteração da permeabilidade das vias aéreas.....         | 08        |
| 3.2.2. Alteração do equilíbrio hídrico e electrolítico.....     | 08        |
| 3.2.3. Hipotermia.....                                          | 08        |
| 3.2.4. Risco de infecção.....                                   | 09        |
| 3.2.5. Distúrbios gastrointestinais.....                        | 09        |
| 3.2.6. Dor e ansiedade.....                                     | 10        |
| <b>4. FASE AGUDA.....</b>                                       | <b>11</b> |
| 4.1. LEVANTAMENTO DE DADOS.....                                 | 11        |
| 4.2. PROBLEMAS/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....                 | 12        |
| 4.2.1. Sobrecarga hídrica e insuficiência cardíaca congestiva.. | 12        |
| 4.2.2. Alterações da função respiratória.....                   | 13        |
| 4.2.3. Risco de infecção.....                                   | 13        |
| 4.2.4. Nutrição inadequada.....                                 | 14        |
| 4.2.5. Ferida resultante de queimadura.....                     | 15        |
| 4.2.6. Dor e desconforto.....                                   | 15        |
| 4.2.7. Alteração da mobilidade física.....                      | 16        |
| <b>5. FASE DE REABILITAÇÃO.....</b>                             | <b>17</b> |
| 5.1. AVALIAÇÃO.....                                             | 17        |
| 5.1.1. Dados subjectivos.....                                   | 17        |
| 5.1.2. Dados objectivos.....                                    | 17        |
| 5.2. PROBLEMAS/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....                 | 18        |
| 5.2.1. Depressão e isolamento psicológico.....                  | 18        |
| 5.2.2. Alteração do auto-conceito.....                          | 18        |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| 5.2.3. Alterações do sono e dificuldade de repouso.....          | 19 |
| 5.2.4. Falta de conhecimento acerca da nova situação.....        | 19 |
| 5.2.5. Intolerância à actividade e limitações de mobilidade..... | 19 |
| 6. PENSOS.....                                                   | 20 |
| 6.1. DOR INERENTE À MUDANÇA DE PENSOS.....                       | 20 |
| 7. TRATAMENTOS ESPECÍFICOS.....                                  | 21 |
| 7.1. ORELHAS E OLHOS.....                                        | 21 |
| 7.2. MÃOS.....                                                   | 21 |
| 7.3. FACE.....                                                   | 21 |
| 7.4 OUTROS.....                                                  | 22 |
| 8. INSTRUÇÕES PARA A ALTA.....                                   | 23 |
| 9. CONCLUSÃO.....                                                | 24 |
| 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                              | 25 |

## 1. INTRODUÇÃO

Podem ser identificadas três fases de tratamento, nos cuidados a prestar a uma pessoa gravemente queimada. São a fase de reanimação, a fase aguda e a de reabilitação.

A fase de reanimação refere-se às primeiras 48-72 horas após a queimadura, quando o doente é internado, a gravidade de lesão é determinada e prestam-se os primeiros cuidados.

A fase aguda de tratamento começa no final da fase de reanimação e prolonga-se até todas as lesões de espessura total terem sido cobertas com excertos ou lesões de espessura parcial terem cicatrizado.

A fase de reabilitação visa fazer a pessoa retomar um lugar útil na sociedade. Há duas áreas de preocupação durante essa fase: a restauração da função nas zonas articulares que estão cicatrizadas e a assistência emocional de que o doente e a sua família necessitam. A reabilitação do doente começa efectivamente desde o início do internamento e prossegue durante toda a hospitalização. Após a alta o doente poderá necessitar de assistência e conselhos e poderão vir a ser necessários novos internamentos para os procedimentos de reconstrução.

Assim, constituem-se como objectivos deste documento:

- Saber de que depende a gravidade das lesões e a consequente actuação;
- Descrever as reacções do organismo aquando a queimadura;
- Quais os cuidados de enfermagem perante o doente queimado e os pontos a focar no ensino para a alta.

O trabalho está estruturado em 4 partes: os cuidados inerentes à fase de reanimação, à fase aguda e à fase de reabilitação. Por fim focamos o tipo de actuação específica em determinadas partes do corpo.

## 2. CUIDADOS IMEDIATOS

- Afastar a vítima do agente da queimadura;
- Encharcá-la com água e extrair as roupas queimadas não aderentes;
- Se se tratar de uma queimadura química, retirar cuidadosamente as roupas e despejar grandes quantidades de água sobre a ferida;
- Se se tratar de uma queimadura eléctrica e a vítima ainda estiver em contacto com a corrente eléctrica, não tocar na vítima. Interromper o contacto com um objecto seco não condutor (ex.: uma corda);
- Estabelecer a permeabilidade das vias aéreas e avaliar as lesões provocadas por inalação. Administrar oxigénio se possível;
- Avaliar e iniciar o tratamento das lesões que requeiram atenção imediata;
- Retirar jóias ou roupas apertadas;
- Cobrir a queimadura com uma cobertura húmida esterilizada ou limpa;
- Cobrir a vítima com uma cobertura seca e quente, para evitar a perda de calor;
- Transportar a vítima para o centro hospitalar mais próximo.

### **3. FASE DE REANIMAÇÃO**

A fase de reanimação do tratamento consiste no período de tempo necessário para resolver os problemas imediatos resultantes das lesões provocadas pelas queimaduras. As medidas imediatas têm como objectivos tratar as consequentes alterações sistémicas, lesões concomitantes e as áreas que sofreram queimadura.

#### **3.1. AVALIAÇÃO**

##### **3.1.1. Dados subjectivos**

O conhecimento das circunstâncias que rodearam o acidente é extremamente importante no tratamento da vítima.

Essa informação poderá obter-se da própria vítima ou por testemunhos do acontecimento.

Os dados devem incluir:

- Como ocorreu o acidente;
- Quando ocorreu;
- Duração do contacto com o agente causal;
- Local (recinto fechado sugere a possibilidade de inalação de fumo e/ou envenenamento com monóxido de carbono);
- Se houve explosão (sugere a possibilidade de outras lesões).

O estado de saúde e a idade do queimado são factores importantes, que podem modificar o tratamento. Os idosos e as crianças têm uma maior taxa de mortalidade do que o jovem adulto com a mesma percentagem de queimadura. Uma doença endócrina, pulmonar, cardiovascular ou renal, pré-existente, ou a história de abuso de fármacos diminuem a capacidade da vítima de superar queimaduras graves.

Como a maioria dos doentes vai precisar de uma terapia tópica e sistémica com muitos fármacos, devem ser determinadas as alergias e as sensibilidades a estes, e devidamente documentadas.



### **3.1.2. Dados objectivos**

Os dados objectivos dizem respeito à extensão da queimadura, à área afectada e à presença de factores de complicação.

## **3.2. PROBLEMAS/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

### **3.2.1. Alteração da permeabilidade das vias aéreas**

As pessoas que estão queimadas na face e no pescoço ou as que inalaram vapor ou fumo devem ser cuidadosamente observadas, para verificar se há sinais de edema da laringe e obstrução das vias aéreas. Nesse sentido, é importante mudar o doente de decúbito no leito, fazê-lo tossir, insistir nas inspirações profundas e nas expirações periódicas forçadas com espirometria. Se necessário, realizar a aspiração endo ou naso-traqueal, registando as características das secreções.

Poder-se-á ventilar e oxigenar um doente só com o ar ambiente. Contudo, se tiver ocorrido qualquer lesão convém fornecer-lhe oxigénio. Se a vítima está com dificuldade respiratória ou há suspeita de lesões por inalação, torna-se necessária a entubação endotraqueal.

O posicionamento apropriado diminui o trabalho respiratório e promove uma adequada expansão torácica, que associado ao fornecimento de oxigénio pode diminuir ainda mais, o stress metabólico e assegurar uma oxigenação tecidual adequada.

A enfermeira também deve estar preparada para a realização de uma traqueostomia ou escarotomia em que a assépsia deve ser mantida para evitar a contaminação das vias respiratórias e infecção.

### **3.2.2. Alteração do equilíbrio hídrico e electrolítico<sup>1</sup>**

### **3.2.3. Hipotermia**

A manutenção da temperatura do corpo é um factor crítico durante a limpeza, porque a pessoa gravemente queimada perdeu parte da sua capacidade de

---

<sup>1</sup>. Tema a ser tratado por outro grupo.

regulação da temperatura corporal, o que obriga a que a temperatura central seja monitorizada de hora em hora.

A temperatura do ambiente deve ser ajustada de acordo com as necessidades do doente. Um ambiente muito quente pode causar uma perda de líquidos através da transpiração, além de facilitar o crescimento bacteriano.

Devem ser eliminadas as correntes de ar, utilizar lâmpadas ou luzes de aquecimento e evitar a prolongada exposição das feridas ao ar.

O ambiente da sala de procedimento e o quarto devem ser aquecidos e as áreas expostas do corpo cobertas com lençóis e cobertores esterilizados, enquanto as outras áreas de queimadura estão a ser limpas.

#### **3.2.4. Risco de infecção**

Um dos factores mais importantes a considerar ao cuidar de uma queimadura é a perda da capacidade do doente de resistir a uma infecção na área onde a pele está danificada ou destruída. Assim, é necessário a avaliação dos sinais clínicos de infecção nomeadamente a descoloração do ferimento, odor, cicatrização demorada, alteração dos sinais vitais, hiperglicémia, glicosúria, cefaleias.

Nos procedimentos com o doente é fundamental o uso da técnica asséptica e ter o cuidado de administrar os antibióticos e agentes tópicos antibacterianos conforme prescritos.

A nutrição adequada e uma higiene pessoal cuidada ajudam na diminuição do risco das infecções.

Devido aos episódios de bacteriémia e septicémia, a febre também é comum nos doentes queimados, daí a administração de antipiréticos.

#### **3.2.5. Distúrbios gastrointestinais**

A dilatação gástrica e a ausência de ruídos intestinais ocorrem frequentemente nos períodos iniciais pós-queimadura e são exteriorizados por náuseas e distensão do abdómen.

No âmbito de se evitar os vômitos e a aspiração dos conteúdos gástricos para os pulmões deve-se introduzir uma sonda nasogástrica. A sonda deve ser ligada a

um sistema de sucção baixa, intermitente, até que retornem os ruídos intestinais, que devem ser auscultados de quatro em quatro horas.

Quando for iniciada a alimentação oral após a fase imediata da queimadura, os líquidos por via oral devem ser dados lentamente. Deve ser anotada a tolerância do doente e, se não ocorrem vômitos ou distensão, os líquidos podem ser gradualmente aumentados e o doente passa a uma dieta normal.

Nos doentes gravemente queimados há uma tendência para a formação de úlceras gástricas ou duodenais. Assim sendo, o pH gástrico deve ser avaliado regularmente e mantido a um nível menos ácido do que o normal, através de um tratamento com anti-ácidos. Também é importante despistar a presença de sangue oculto nas fezes e conteúdo do aspirado gástrico.

### **3.2.6. Dor e ansiedade**

As dores das queimaduras extensas são melhor controladas com a manipulação mínima e suave, e com a aplicação de pensos, para afastar o ar das superfícies queimadas. O grau de dor é, geralmente, inversamente proporcional à profundidade da lesão; isto é, as queimaduras de espessura total são geralmente indolores, pois as terminações nervosas ficaram destruídas.

Em pequenas queimaduras de espessura parcial, as compressas frescas no local da queimadura poderão proporcionar algum alívio, desde que a vítima se conserve aquecida. Estão contra-indicados os sacos de gelo porque podem causar maiores lesões da pele e hipotermia.

A administração de analgésicos assim como, a introdução de técnicas de relaxamento, distração ou outros meios constituem-se como procedimentos anti-álgicos.

O apoio emocional e o conforto são essenciais para a redução do medo e da ansiedade excessivos resultantes da queimadura, do tratamento e dos resultados. As informações honestas sobre as condições e a intervenção médica favorecem a confiança necessária para o bem-estar emocional do doente e a aceitação dos tratamentos dolorosos. A explicação prévia dos procedimentos e o diálogo durante os mesmos reduz a ansiedade.

## 4. FASE AGUDA

A fase aguda do tratamento começa no final da fase de reanimação até à cicatrização das lesões, sendo a sua duração variável. Se se tratar de uma lesão de espessura parcial, a fase aguda prolonga-se por 10 a 20 dias; se a queimadura for uma lesão de espessura total, numa grande percentagem do corpo, exigindo enxertos de pele, a fase aguda poderá durar meses.

Durante a fase aguda, há dois princípios orientadores a respeitar: (1) tratamento das lesões da queimadura, e (2) evitar, detectar e tratar as complicações. As complicações mais comuns são: infecção (septicemia e pneumonia), doença renal e falência cardíaca.

### 4.1. LEVANTAMENTO DE DADOS

Os queimados estão, muitas vezes, assustados e ansiosos no que respeita às lesões e tratamentos associados. Estas reacções podem ser avolumadas pelo ambiente da unidade de cuidados intensivos.

Os queimados sofrem de dor física e psicológica. A dor física está, geralmente, centrada em actividades específicas como limpeza e desbridamento da ferida, mudança de pensos, e fisioterapia. O doente poderá reagir à dor física de três modos: (1) ignorando-a, (2) aceitando-a, ou (3) tendo uma reacção exagerada em relação a ela.

A dor psicológica poderá ser induzida ou exagerada devido à solidão. A queixa do doente poderá ser uma chamada de atenção que poderá ser satisfeita com a presença ou toque do enfermeiro que está a fazer o tratamento. A ansiedade em relação aos tratamentos que podem vir a ser ou não dolorosos poderá provocar um aumento progressivo das dores experimentadas. Sabe-se que a tensão muscular relacionada com o medo e a apreensão, baixam o limiar da dor. A privação do sono também pode tornar o doente menos tolerante à dor. Os exercícios de relaxamento poderão ser eficazes para alterar a percepção de desconforto real ou antecipado e devem ser constantemente reforçados pela equipa.

O enfermeiro não deve fazer juízos quando o doente refere dores; deve, antes, avaliar a reacção do doente à dor e intervir adequadamente.

O enfermeiro deve fazer, regularmente, uma cuidada avaliação do doente, da cabeça aos pés. Os dados incluem o estado mental, os sinais vitais, os sons respiratórios, os sons intestinais, a ingestão alimentar, a capacidade motora, o balanço hídrico, os padrões de peso, a avaliação circulatória e a observação das feridas de queimaduras, enxertos e zonas dolorosas. Observar se há exsudato purulento, cor anómala, odor fétido e sinais de inflamação na pele que circunda as lesões, ou se há sinais de cicatrização. Alterações nestes parâmetros, de um turno para o outro, ou de um dia para o outro, requerem ulterior investigação.

Há sempre uma elevação do metabolismo nos indivíduos que acabam de sofrer queimaduras entre moderadas a graves, devido a stress, perda de líquidos, febre, infecção, hipercatabolismo e imobilidade. A cicatrização das feridas pode ser demorada, se não for iniciado, aquando da admissão, o devido apoio nutricional. Para esse efeito deve-se fazer a respectiva avaliação nos primeiros dias após o acidente.

#### 4.2. PROBLEMAS DE ENFERMAGEM/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Os problemas de enfermagem são fixados a partir da avaliação dos dados do doente. Alguns dos problemas possíveis, para o doente com queimaduras, são os que se seguem, não estando a estes limitados.

##### 4.2.1. Sobrecarga hídrica e insuficiência cardíaca congestiva

Para reduzir o risco de sobrecarga hídrica e insuficiência cardíaca congestiva o enfermeiro deve controlar de perto a infusão intravenosa e a ingestão oral de líquidos pelo doente, usando bombas infusoras para diminuir o risco de uma perfusão acidentalmente muito rápida. Para controlar as alterações das condições hídricas devem ser feitos registos cuidadosos da ingestão e eliminação, e o doente deve ser pesado diariamente. As veias do pescoço devem ser avaliadas quanto ao seu enchimento e alterações nas pressões arterial, capilar pulmonar, venosa central, bem como a frequência do pulso devem ser relatadas ao médico assistente. A administração de cardiotónicos e diuréticos pode ser implementada, após prescrição

médica, para promover um maior débito urinário. O enfermeiro deverá avaliar e registar a resposta do doente aos medicamentos.

#### **4.2.2 Alterações da função respiratória**

As condições respiratórias do doente devem ser verificadas de perto quanto à presença de dificuldades maiores na respiração, alteração do padrão respiratório e surgimento de ruídos adventícios.

O levantamento das condições respiratórias do doente é importante pois é nesta fase que surgem os sinais e sintomas de lesão do aparelho respiratório. Como foi atrás citado o surgimento de ruídos respiratórios (sibilos, estridor), taquipneia e expectoração de coloração escura e em alguns casos contendo tecido traqueal descamado estão entre os muitos achados que podem ser detectados. Os pacientes submetidos à ventilação mecânica devem ser avaliados quanto à diminuição do volume respiratório e distensibilidade pulmonar.

#### **4.2.3 Risco de infecção**

A observação da ferida é uma actividade diária que exige olho, mão e nariz experimentados. Algumas das características da ferida que devem ser avaliadas incluem o tamanho, cor, odor, presença de escara ou exsudato, início de formação de abcesso sob a escara, presença de *brotos epiteliais* (pequenos agrupamentos piriformes de células sobre a superfície da ferida), sangramento, natureza do tecido de granulação, progresso dos enxertos e locais de doação e qualidade da pele circundante. Quaisquer alterações rápidas na ferida devem ser relatadas ao médico assistente, pois muitas vezes elas indicam infecção local ou sistémica e exigem intervenção imediata.

Para o cuidado da ferida, e para procedimentos invasivos (punção venosa periférica ou central, algaliação, aspiração de secreções) deve-se utilizar técnica asséptica cirúrgica rigorosa. O doente deve ser protegido de fontes de contaminação cruzada, inclusive de outros doentes, membros da equipa de saúde, visitantes e equipamentos. O simples acto de lavar as mãos antes e após cada contacto com o doente também é um componente essencial do cuidado de enfermagem. Os

antibióticos devem ser administrados de acordo com uma programação no sentido de manter níveis sanguíneos adequados.

#### **4.2.4. Nutrição inadequada**

Idealmente o enfermeiro deve trabalhar junto com a nutricionista no sentido de planejar uma dieta rica em proteínas e calorias além de aceitável para o doente. Os familiares podem ser estimulados a trazer alimentos nutritivos para o doente de acordo com o aconselhamento da nutricionista.

Se as necessidades nutritivas não forem satisfeitas pela alimentação oral, o enfermeiro deverá introduzir uma sonda nasogástrica, prestando os cuidados inerentes, para a satisfação dessas mesmas necessidades. O volume das secreções gástricas residuais deve ser verificado para se avaliar a absorção. A hiper-alimentação parenteral pode ser necessária, implicando um novo desafio para o enfermeiro quanto à realização de avaliações frequentes, relacionadas com os efeitos nocivos e efeitos esperados deste tratamento.

O enfermeiro deve avaliar e registrar diariamente o peso do doente. Este procedimento pode ser usado para ajudar os pacientes a estabelecer objectivos quanto à sua própria ingestão e quanto ao controlo do ganho ou perda de peso. De uma maneira ideal, o doente não deve perder mais de 5% do seu peso pré-queimadura, se utilizar um tratamento nutricional agressivo. Também poderá ser necessária a administração das vitaminas A e D, micro-nutrientes tais como cobre e zinco, além de suplementos de ácidos gordos, especialmente para os doentes submetidos à nutrição parenteral.

O doente com anorexia necessita de encorajamento e considerável apoio por parte do enfermeiro para aumentar a ingestão de alimentos. O ambiente à volta do doente deve ser tão agradável quanto possível durante as refeições. A consideração quanto às preferências alimentares do doente e a oferta de lanches com alto teor proteico e vitamínico são maneiras de incentivar o aumento gradual da ingestão de alimentos.

#### **4.2.5. Ferida resultante da queimadura**

O cuidado da ferida é muitas vezes o elemento isolado que mais consome tempo após ter passado o período de reanimação. O cirurgião poderá receitar agentes antibacterianos tópicos, curativos específicos biológicos, biossintéticos ou sintéticos, além de estabelecer um plano para excisão cirúrgica e enxerto. O enfermeiro tem aí uma oportunidade de fazer avaliações do estado da ferida, usar abordagens criativas nos seus cuidados e apoiar o doente durante esta experiência stressante e dolorosa.

As funções de enfermagem incluem a avaliação e registo das alterações, evolução da cicatrização da ferida e manter todos os membros da equipa informados acerca das mudanças nas feridas do doente e no regime do tratamento. O enfermeiro deverá fornecer informação e apoio psicológico ao doente e família para assumirem um papel activo nas alterações das actividades da vida diária e nos cuidados com a ferida.

#### **4.2.6. Dor e desconforto**

A dor é mais intensa nas queimaduras de segundo grau do que nas queimaduras de terceiro grau, pois as terminações nervosas são destruídas na queimadura de terceiro grau. As terminações nervosas expostas são sensíveis ao ar frio; portanto, um curativo estéril sobre a ferida poderá reduzir a dor.

As intervenções de enfermagem tais como o ensino ao doente de técnicas de relaxamento, fornecimento de algum controlo do cuidado da ferida e da analgesia e o conforto ajudam muito. Tem sido usado com eficácia a imaginação para moderar a percepção e a resposta dos doentes à dor. Tranquilizantes fracos podem ser administrados em conjunto com analgésicos conforme a prescrição. É essencial uma constante avaliação da dor e do desconforto.

O enfermeiro deve trabalhar rapidamente para completar os tratamentos e as trocas de curativos no sentido de reduzir a dor e o desconforto. Deve-se encorajar o doente a usar medicamentos analgésicos, antes de procedimentos dolorosos e deve também avaliar a sua eficácia em tornar mais toleráveis a dor e o desconforto.

Os doentes relatam que as queimaduras em processo de cicatrização são acompanhadas de prurido e sensação de aperto. O uso de agentes antipruriginosos,



o ambiente fresco, lubrificação frequente da pele com água ou uma solução à base de sílica, exercícios físicos para evitar contratura da pele e actividades recreativas ajudam muito na promoção do conforto nessa fase.

#### **4.2.7. Alteração da mobilidade física**

Uma prioridade inicial é evitar as complicações resultantes da imobilidade. A inspiração profunda, a mudança de decúbito e posicionamento adequado são práticas essenciais da enfermagem para evitar atelectasia e pneumonia, controlar o edema, prevenir úlceras de pressão e contraturas. Essas intervenções devem ser modificadas no sentido de preencher as necessidades individuais do doente. Os colchões de água e as camas rotativas podem ser úteis e também deve ser encorajada a deambulação precoce.

Sempre que as extremidades inferiores estiverem afectadas, devem-se usar ligaduras compressivas antes do doente ser colocado em posição ortostática.

A ferida da queimadura permanece num estado dinâmico por um ano ou mais após fechar. Durante esse tempo devem ser feitos esforços agressivos para evitar a contratura e a cicatrização hipertrófica da área da ferida. A partir do dia do internamento devem ser realizadas exercícios activos e passivos e estes devem ser mantidos após o enxerto dentro das limitações prescritas.

Também se utilizam talas moldáveis para evitar ou corrigir contraturas e para imobilizar as articulações.

## **5.FASE DE REABILITAÇÃO**

A reabilitação como 3ª fase inicia-se quando a queimadura está reduzida a menos de 20% da área da superfície corporal e o doente seja capaz de assumir uma parte dos cuidados.

No entanto é uma preocupação a ter desde o dia do internamento.

Os princípios do internamento visam a recuperação funcional e cosmética e a recuperação de um lugar produtivo na sociedade por parte do doente. A reabilitação prolonga-se até que o doente atinja um nível máximo de ajustamento emocional e físico.

### **5.1. AVALIAÇÃO**

#### **5.1.1 Dados subjectivos**

O doente deve ser ajudado a manter a mobilidade das articulações para evitar que a cicatrização das lesões se faça em posições que conduzam a deformidades. Deve-se atender às queixas de dor e pressão. É importante que os doentes entendam a razão da necessidade de deambulação ou movimentos, ainda que dolorosos.

O impacto emocional de uma queimadura leva a problemas psicológicos que permanecem por toda a vida, afectando a vida e seus familiares até ao fim dos seus dias.

#### **5.1.2. Dados objectivos**

O enfermeiro é responsável por avaliar a reacção do doente ao posicionamento, imobilizações, exercício e capacidade do doente e da sua família para executarem os cuidados que se impõem fazer, diariamente, às feridas após a alta.

É necessário uma avaliação cuidada quanto à circulação sanguínea, cianose de algum membro eventualmente apoiado (por talas ortoplasticas, por exemplo), e

temperatura. O exercício, as actividades da vida diária e a deambulação também são alvos de uma contínua avaliação quanto à tolerância física e emocional do doente.

## **5.2. PROBLEMAS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

### **5.2.1. Depressão e isolamento psicológico**

O doente, quando se apercebe da sua melhora, denuncia preocupações básicas como o medo de ficar defeituoso, os problemas no emprego e com a família e a nova situação económica. As queimaduras da face tornam o reajustamento particularmente difícil. A enfermeira terá que reservar um tempo para ouvir e encorajar o doente. Se possível, o doente só deverá ver as queimaduras faciais depois de estar preparado para a experiência. Serão necessários apoios e compreensão para o que a pessoa vê no espelho. O contacto com outros queimados em estado mais avançado de cura poderá ajudá-lo a sentir que a recuperação é possível.

Além de demonstrar medo, frequentemente o doente queimado dá vazão a sentimentos de raiva e de culpa. Uma forma de o auxiliar será proporcionar-lhe o apoio de alguém que o ajude a libertar as suas emoções sem que tenha medo de retaliação. Poderá ser alguém do clero, uma assistente social ou uma enfermeira que não estejam directamente envolvidos no processo.

A enfermeira está responsável pela contínua avaliação das reacções psicossociais do doente assim será capaz de dar apoio e ajudar os outros membros da equipa a desenvolver um plano que o ajude a lidar com estes sentimentos.

### **5.2.2 Alteração do auto-conceito**

Na sociedade actual existem preconceitos para com os que são “diferentes do normal”, que se encontram desfigurados. Está incluído no papel da enfermeira ajudar o doente a mostrar aos outros o que ele realmente é, e ensiná-lo a fazer com que as pessoas que com ele comunicam desviem a atenção para o seu íntimo e não para a sua lesão.

A enfermeira também pode promover a presença de psicólogos, assistentes sociais e conselheiros vocacionais.

### **5.2.3. Alterações do sono e dificuldade em repouso**

A dor acompanha cada movimento do doente queimado. Os cuidados devem ser planeados de forma a permitir períodos de sono sem interrupções.

Uma boa hora para o descanso é após o stress da mudança de pensos e do exercício, enquanto as intervenções sobre a dor ainda estão eficazes. Os hipnóticos dados ao deitar podem facilitar o sono à noite. O doente deve ser confortado em relação a pesadelos da situação em que ocorreu a queimadura, uma vez que podem ser a causa da insónia.

### **5.2.4. Falta de conhecimento acerca da nova situação**

Se os doentes estiverem conscientes das consequências da lesão, dos objectivos do tratamento planeado e do seu papel nos cuidados continuados, então poderão participar de forma mais activa nesses mesmos.

### **5.2.5 Intolerância à actividade e limitações da mobilidade**

A redução do stress metabólico através do alívio da dor, a prevenção dos tremores e a promoção da integridade física de todos os sistemas do corpo vão ajudar o doente a conseguir energias para as actividades terapêuticas e cicatrização da ferida. Isto traduzir-se-á num aumento gradual da tolerância do doente às actividades, da força e da resistência.

Os exercícios e a deambulação iniciam-se logo que o doente se apresente estável. Poderá ser feita hidroterapia. Estas actividades são supervisionadas por um fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. A mobilização do doente queimado requer uma abordagem progressiva.

## 6. PENSOS

A limpeza das queimaduras ou mudanças de pensos são executados por dois enfermeiros, sendo o tratamento sempre feito com material esterilizado e sem estabelecer contacto com as feridas. São usadas mascaras, batas e luvas esterilizadas, e o doente está coberto com lençóis esterilizados. Todas as queimaduras são limpas com uma solução antisséptica (*Betadine*), excepto as queimaduras da face, que são limpas com soro fisiológico. Devem ser feitas incisões nas vesículas e a pele solta deve ser removida.

Os pensos em queimaduras superficiais ou de segundo grau são feitos com gaze gorda e compressas fixas de modo seguro. Os pensos são removidos passados 5 a 7 dias e executados de novo. Os pensos em queimaduras de terceiro grau e queimaduras profundas da derme são feitos com creme de sulfadiazina de prata e compressas espessas, fixadas de modo seguro. Estes pensos são mudados de 48/48 horas, depois de um banho ou duche para que possam ser deslocados facilmente.

### 6.1. DOR INERENTE À MUDANÇA DE PENSOS

A mudança de pensos num queimado é sempre um momento extremamente doloroso e de grande stress. No entanto há determinadas intervenções que o poderão ajudar neste aspecto, intervenções que visem a diminuição da dor. São elas:

- Administrar analgésicos 30 minutos antes da mudança de pensos;
- Dar explicações claras para obter a cooperação do doente;
- Tratar cuidadosamente as áreas queimadas;
- Usar a técnica asséptica (a infecção provoca aumento de dor);
- Encorajar o doente a participar no tratamento, sempre que possível;
- Usar técnicas de distração (por exemplo: rádio, conversa) e técnicas de relaxamento quando apropriadas.

## 7 TRATAMENTOS ESPECÍFICOS

Algumas partes do corpo exigem um tratamento específico.

A maioria das extremidades beneficia do facto de serem elevadas para reduzir o inchaço.

### 7.1. ORELHAS E OLHOS

As orelhas que foram queimadas cicatrizam muitas vezes bem se forem pinceladas quer com sulfadiazina de prata, quer com parafina líquida.

Os olhos que foram afectados devem ser preferencialmente vistos por um oftalmologista mas, entretanto, devem ser mantidos limpos e humedecidos com compressas embebidas em soro fisiológico.

### 7.2. MÃOS

As mãos queimadas são geralmente colocadas primeiro em sacos de politeno que foram revestidos com parafina líquida ou sulfadiazina de prata. Este método permite recolher o exsudato e permite o movimento livre das mãos, o que beneficia o nível de independência do doente e impede a pele de secar e tornar-se demasiado dolorosa. Os sacos estão fixos por uma ligadura à volta do antebraço e são mudados pelo menos uma vez por dia. Algumas lesões das mãos exigem aplicações de talas para evitar contraturas.

### 7.3. FACE

As queimaduras da face são tratadas pelo método exposto. A face é mantida húmida através de limpeza frequente com soro fisiológico, seguida da aplicação de parafina líquida esterilizada. Isto humedece a crosta e permite o movimento mais fácil dos lábios e músculos da face. Este tratamento deve ser repetido de 4 em 4 horas. Os doentes com queimaduras na face são mantidos na posição de sentados para ajudar a reduzir o edema.

#### 7.4. OUTROS

Nas queimaduras em circunferência (quando a extensão da lesão rodeia completamente uma parte do corpo, por exemplo o pulso ou o tórax), o edema subsequente e a contracção da pele provocam constrição e grave diminuição do fornecimento de sangue a essa área. Nestes casos, é necessária uma escarotomia. Trata-se de uma incisão feita na pele que corta até atingir tecido que sangre e alivia a constrição. As escarotomias são geralmente cobertas com compressas embebidas em soro fisiológico. As pequenas áreas superficiais não precisam de pensos mas, se provocarem dor ou gotejarem, uma leve camada de parafina líquida pode aliviar a dor. Frequentemente, os doentes dirão que as suas queimaduras doem muito menos quando têm pensos ou estão cobertas com alguma loção.

## 8. INSTRUÇÕES PARA A ALTA

Quando um doente queimado tem alta, há determinados pontos que lhe deverão ser transmitidos pela enfermeira para que a recuperação continue agora no domicílio nas melhores condições.

Deve ligar para a unidade de queimados do hospital sempre que:

- Haja abertura da área cicatrizada;
- Haja formação de bolhas;
- A temperatura esteja acima de 37.2°C;
- Se houver rubor, dor, edema, rigidez ou calor na ferida ou em volta dela;
- Quando há aumento do exsudato ou quando este apresenta cheiro desagradável;
- Ou quando houver problemas com as ligaduras “Ace” ou fato “Jobst” (fato utilizado para evitar a formação de cicatrizes hipertróficas, ao proporcionar uma pressão exterior equivalente à pressão capilar, reduzindo assim o edema).

O doente deve tomar banho ou duche diariamente, lavando as feridas, sobretudo as que ainda estão abertas. Tem que ter em atenção a temperatura da água, uma vez que a pele está mais sensível e se lesiona mais facilmente. Os sabonetes adstringentes ou desodorizantes são para evitar. Depois do banho aplicar-se-á o penso conforme as instruções recebidas.

Na altura em que são prestados os cuidados à ferida há que observar as áreas envolvidas e verificar se há alterações dignas de serem comunicadas.



## 9. CONCLUSÃO

A prestação de cuidados de enfermagem a um doente queimado é uma parte integrante na sua recuperação, se não uma das partes mais importantes. Cabe ao enfermeiro fornecer o apoio tanto à parte física do doente (mobilizações, posicionamentos) como também à parte psicológica e emocional; o enfermeiro encara o doente como um todo.

Com a elaboração deste trabalho atingimos os objectivos a que nos propusemos. Sendo assim convém dar ênfase a determinados pontos.

A gravidade das lesões por queimadura depende da idade da vítima, da parte do corpo envolvida, do agente de queimadura, do tamanho e profundidade das lesões e da história médica da vítima.

Os cuidados imediatos a uma queimadura incluem a remoção da vítima do local da ocorrência e lançar água sobre a queimadura.

A primeira reacção do organismo a uma queimadura é a deslocação de líquidos do espaço intravascular para o espaço intersticial, provocando hipovolémia. Passado um período de 48-72 horas, os líquidos deslocam-se do espaço intersticial para o espaço intravascular e ocorre hipervolémia.

Um papel importante da parte dos enfermeiros, é o apoio emocional à vítima e à sua família e a avaliação diária da queimadura.

As imobilizações e o posicionamento correcto são os melhores métodos na prevenção de contraturas.

Não se pode prever o aspecto da cicatriz de uma lesão por queimadura.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLACK, Joyce M.; MATASSARIN-JACOBS, Esther – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica**. 4.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- BRUNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith – **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- COULL, Alison – **Tratamento inicial das Queimaduras**. Nursing. Lisboa. N.º 25 (Fevereiro de 1990).
- WILDING, Patrícia A. – **Queimaduras**. Nursing. Lisboa. N.º 8 (Setembro de 1998).