

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**JULIANA COSTA GARCIA**

**A ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE ADULTO QUEIMADO: REVISÃO  
NARRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado no formato de artigo científico, ao Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES) – UniCEUB como requisito parcial para conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem, sob orientação do Prof. MSe. Samuel Rios Teixeira.

*Dedico este trabalho à Deus, aos meus pais, à minha filha e à minha família que sempre me apoiaram no decorrer da minha vida acadêmica.*

## **Agradecimentos**

Primeiramente à Deus, por ser o pilar da minha vida. E pela minha fé, pois através dela consegui ter coragem para superar os desafios dessa jornada incessante em busca de conhecimento.

À minha família e principalmente à minha mãe, por acreditar em mim, e por toda a dedicação e ensinamentos, pois graças a isso, me tornei quem sou hoje.

À minha prima Dayane, por todo incentivo e ajuda.

Agradeço também ao meu namorado, pela compreensão e carinho nos momentos difíceis.

Sou grata às minhas amigas Thayanne e Wanessa, pelo companheirismo nos momentos bons e ruins e por terem tornado essa caminhada um pouco mais leve e alegre.

Ao meu querido orientador Prof. MSe. Samuel Rios Teixeira, por aceitar me conduzir neste trabalho de pesquisa, e por todos os ensinamentos e paciência.

*“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”.*

*(Platão)*

## A Enfermagem no cuidado ao paciente adulto queimado: revisão de literatura

Juliana Costa Garcia<sup>1</sup>  
Samuel Rios Teixeira<sup>2</sup>

**Resumo:** A queimadura é um importante problema de saúde pública, pois acomete pessoas de qualquer idade, provocando dor, sofrimento, sequelas funcionais, psicológicas e estéticas, além de gerar altos custos para o sistema de saúde. Nesse cenário, a assistência de enfermagem torna-se fundamental para melhorar a qualidade de vida (QV) e o estado clínico do paciente queimado. O presente estudo tem como objetivo discorrer acerca do fenômeno da queimadura e da assistência de enfermagem ao paciente adulto queimado. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, por meio de pesquisa nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Google Acadêmico, LILACS e SciELO, com artigos publicados entre 2010 a 2020. Conclui-se que as queimaduras são lesões debilitantes e trazem implicações clínicas e psicológicas importantes e que a assistência de enfermagem abrange importantes intervenções como limpeza e desbridamento das lesões, aplicação do curativo, monitorização hemodinâmica, hidratação e apoio psicológico ao adulto queimado.

**Palavras chave:** Queimaduras; Cuidados de Enfermagem; Adulto.

### **Nursing in the care of burned adult patients: literature review**

**Abstract:** Burns are an important public health problem, as they affect people of any age, causing pain, suffering, functional, psychological and aesthetic sequelae, in addition to generating high costs for the health system. In this scenario, nursing care becomes essential to improve the quality of life and health status of burn patients. This study aims to discuss the phenomenon of burns and nursing care for adult burn patients. This is a narrative review of the literature, through a search in the Virtual Health Library (VHL) databases of Academic Google, LILACS and SciELO, with articles published between 2010 and 2020. It is concluded that burns are injuries debilitating and bring important clinical and psychological implications and that nursing care encompasses important interventions such as cleaning and debridement of lesions, dressing application, hemodynamic monitoring, hydration and psychological support to burn adults.

**Keywords:** Burns; Nursing Care; Adult.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília-UNICEUB.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Docente em Enfermagem do UNICEUB.

## 1. INTRODUÇÃO

A lesão por queimadura é um dos principais tipos de trauma do mundo, com estimativa de pelo menos 265 mil mortes ocorram anualmente, que tende a ser mais grave e com maiores complicações em países em desenvolvimento se comparados aos desenvolvidos. Medidas de prevenção de complicações e tratamento são necessários para melhorar a sobrevivência dos pacientes com queimaduras e os trabalhadores da enfermagem são essenciais para a restauração da função orgânica desses pacientes, devendo prestar assistência com técnicas assépticas, impedindo a proliferação bacteriana e a consequente piora do quadro, que ocasiona dor categórica e sofrimento aos pacientes (PEREIRA *et al.*, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera essa lesão como o quarto tipo mais comum de trauma no mundo, ficando atrás somente de acidentes de trânsito, quedas e violência interpessoal. Conforme a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), no Brasil ocorrem cerca de 1 milhão de acidentes por queimaduras a cada ano e, dados da SBQ afirmam que entre os anos de 1996 e 2008 foram registradas 13.735 mortes causadas por este problema (BARROS *et al.*, 2017; MOURA; SCHRAMM, 2018).

As consequências dos milhares de acidentes envolvendo trauma por queimadura são diversas, desde simples lesões cutâneas até a ocorrência de sequelas físicas e psicológicas, podendo chegar ao óbito. Entre os casos notificados, a maioria ocorre nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve crianças. Os idosos também compreendem um grupo de risco alto devido à sua menor capacidade de reação e às limitações físicas peculiares à sua idade avançada. No que tange às mulheres adultas, os casos são mais frequentes e estão relacionados às várias situações domésticas (SILVA; TAVEIRA, 2019; BRASIL, 2012).

As queimaduras são lesões ocasionadas, comumente, por exposição térmica, radioativa, elétrica ou química e esses danos ao organismo são decorrentes da transferência de energia de uma fonte de calor para o corpo, podendo destruir de forma parcial ou total as camadas da pele e seus anexos. Podem ser classificadas progressivamente, conforme a profundidade de destruição tecidual e complexidade da lesão, em queimaduras de primeiro, segundo ou terceiro grau, e a avaliação da extensão em conjunto com a profundidade, a eventual lesão inalatória, o politrauma e outros fatores determinarão a gravidade do paciente (SILVA; TAVEIRA, 2019; CARVALHO *et al.*, 2019; BRASIL, 2012).

Quanto aos graus da queimadura, as lesões são avaliadas conforme a profundidade do trauma nos tecidos. São classificadas em 1º grau quando só há comprometimento da epiderme, apresentando eritema, calor, dor e surgimento de descamação. Nas de 2º grau, o

comprometimento envolve a epiderme e parte da derme, sendo diferenciadas como superficial ou profunda, tendo como principal característica a presença de flictenas, além de erosão e ulceração. Nas de 3º grau, há uma lesão completa com destruição da epiderme e derme, podendo atingir o tecido subcutâneo. Não há presença de dor nem retorno capilar, devido à destruição das terminações nervosas (MOURA; SCHRAMM, 2018).

A resposta a essa injúria é intensa, atingindo a maioria dos órgãos e sistemas da vítima, podendo deixar sequelas permanentes ou causar a morte. A pele, composta por camadas denominadas derme e epiderme, forma uma barreira protetora contra a atuação de agentes bacterianos, físicos ou químicos, sobre os tecidos mais profundos do organismo e com o acometimento da pele, que é o órgão primordial para a defesa do organismo na entrada de microrganismos, o trauma por queimadura acaba sendo o ambiente ideal para a instalação de uma possível infecção (PINHO *et al.*, 2017; BRASIL, 2012; SILVA; TAVEIRA, 2019).

O fenômeno doloroso nas queimaduras está presente em todas as etapas do tratamento, na etapa inicial de emergência ou ressuscitação, que é considerada até 72 horas após a lesão, na etapa de desbridamento e limpeza de feridas, geralmente entre duas e três semanas, na etapa de cicatrização, de três a cinco semanas, e na etapa de reabilitação, até a maturação da cicatriz. A dor é considerada uma das experiências mais marcantes para a vítima de queimadura, tanto por sua intensidade quanto por sua persistência, desde o momento da lesão até a regeneração dos tecidos, ainda podendo permanecer após saída hospitalar (HENRIQUE; SILVA, 2014; CARVALHO *et al.*, 2019).

O queimado é um politraumatizado grave, que requer tratamento especializado e uma equipe interdisciplinar especialmente treinada e integrada. A assistência de enfermagem prestada ao paciente queimado exige que o enfermeiro tenha um nível elevado de instrução científica sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no organismo após a lesão por queimadura. Isso possibilitará a identificação e prevenção de alterações sutis que possam originar outras complicações maiores em decorrência das lesões teciduais e sistêmicas (MASSOLI, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

No tratamento da queimadura envolve-se cuidados locais e sistêmicos que variam conforme a localização, profundidade e extensão da lesão. Também são utilizados curativos contendo substâncias cicatrizantes e anti-infecciosas, como sulfadiazina de prata, alginato de prata, hidrogéis e curativos úmidos. Após uma queimadura de grave extensão, é obrigatória a reposição hídrica, pois minimiza a possibilidade de hipovolemia e insuficiência renal, sendo o ringer com lactato o fluido que mais se assemelha aos fluidos corporais e é bastante utilizado na reposição de líquidos. Para a reposição hídrica, o enfermeiro deverá realizar uma avaliação

critérioria, utilizando a fórmula de Parkland, pois o excesso de líquidos pode agravar a situação do paciente. Em relação ao tratamento da dor, a enfermagem atua na administração de medicamentos e dentre os fármacos mais utilizados, os opioides assumem papel principal (TAVARES; SILVA, 2015; FARINA *et al.*, 2014; CUNHA *et al.*, 2016; CASTRO *et al.*, 2012).

O enfermeiro é agente fundamental para o tratamento do grande queimado, devendo possuir pensamento crítico que promova a decisão e ajude a identificar as necessidades do paciente e as melhores medidas a serem tomadas. Diante desse cenário, os profissionais de enfermagem possuem a responsabilidade de administrar e gerenciar a prestação de cuidados, para proporcionar a eficácia, o alívio da dor e o tratamento da queimadura (PINHO *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2019).

A questão norteadora desta pesquisa é explicitada, portanto com o seguinte questionamento: quais as implicações das queimaduras e como a assistência de enfermagem atua no tratamento de pacientes adultos queimados?

Diante do contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de literatura científica, o fenômeno da queimadura na pele de pacientes adultos, suas implicações clínicas e a atuação da equipe de enfermagem na assistência a esses pacientes.

## 2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. Segundo Vosgerau e Romanowsk (2014), revisão narrativa é considerada uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas.

O presente estudo foi constituído através da análise de artigos e livros acerca da temática, por meio de pesquisa de literatura on-line em periódicos nacionais e internacionais relacionados com o tema. Foram realizadas buscas junto às bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Google Acadêmico, da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), obtendo artigos científicos, manuais oficiais, dentre outras literaturas, nos meses de outubro de 2020 a maio de 2021.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos completos em língua portuguesa, disponíveis on-line, publicados entre os anos de 2010 a 2020 que retratassem a temática e o objetivo do estudo. Foram excluídos do estudo: artigos pagos, resumos de congresso, relatos de caso e demais publicações que não atendiam aos objetivos da pesquisa.



### 3. DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 Etiologia e Epidemiologia

Desde a antiguidade, a história das queimaduras acompanha o homem, sendo que as causas mais frequentes eram derivadas das constantes alterações de temperatura, como a exposição ao calor e ao frio, porém, conforme as civilizações evoluíram, a quantidade dessas lesões aumentou, e juntamente com outros agentes etiológicos, resultaram em queimaduras causadas por substâncias químicas, correntes elétricas e radiações (ARAGÃO *et al.*, 2019).

Queimadura é consequência da exposição, direta ou indireta, ao frio extremo ou ao calor excessivo sobre qualquer porção do corpo de uma pessoa. Os agentes que provocam queimaduras podem ser de origem térmica, que é a mais frequente e é resultado da condução eletromagnética de calor para o organismo, como água quente e fogo, de origem química, que é provocado por ácidos ou bases, de origem elétrica, que é causada por disparos elétricos ou pela passagem direta de corrente elétrica através do corpo, de origem pela radiação, que é ocasionada pela transferência de radiação infravermelha ou ultravioleta, e, por fim, de origem inalatória, que é a lesão causada por calor, pela inalação de monóxido de carbono ou fumo (COMINI *et al.*, 2017; BRUXEL *et al.*, 2012).

Os maiores números das causas de queimaduras são ocasionados pela chama direta, pelo contato com água fervente e outros líquidos quentes e por objetos aquecidos e, em menores números, pelas queimaduras elétricas e químicas. Acidentes com água, café e sopa aquecidos, sugerem que a cozinha doméstica seja o local com maior incidência de acidentes, tendo como os principais fatores de risco o nível socioeconômico baixo, moradias pequenas para o número de residentes e equipamentos de cozinha precários (JUNIOR *et al.*, 2016; CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012).

Nos adultos do sexo masculino, as queimaduras mais frequentes ocorrem em situações de trabalho. Em contrapartida, os eventos com mulheres adultas estão relacionados às várias situações domésticas, consideradas acidentais, como o preparo de refeições, acidentes com botijão de gás e, ocasionalmente, como tentativa de suicídio. No entanto, neste último caso, as mulheres que realizaram essa prática, não reconheciam a gravidade do trauma e o viam como uma possibilidade de saída de seus conflitos. Contudo, conforme estudos desenvolvidos no Brasil, tanto hospitais gerais quanto centros especializados, apontam o sexo masculino como o mais atingido de modo geral por queimaduras (BRASIL, 2012; SALAMONI; MASSA, 2017;

CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012).

Os determinantes da mortalidade por queimadura grave são idade, tamanho da lesão, atrasos na ressuscitação volêmica e a presença de lesão por inalação (LI), complicação grave no queimado que está presente em um terço da totalidade das lesões por queimaduras. A LI corresponde a cerca de 90% de toda mortalidade relacionada à queimadura, principalmente naquelas ocasionadas por chama. Sua ocorrência vem aumentando ao passo que se torna mais comum a utilização de plásticos e outros materiais sintéticos (SIMÕES *et al.*, 2019; SILVEIRA *et al.*, 2017).

### 3.2 Fisiopatologia e Classificação das Queimaduras

A lesão por queimadura resulta em respostas inflamatórias a depender da intensidade do agravo no organismo, bem como da profundidade e da região atingida. As alterações fisiológicas podem ser observadas em cinco períodos. No primeiro, há a formação de edema local, aumento da pressão osmótica intersticial pela degradação das fibras de colágeno e hialuronato e pela permeabilidade vascular alterada. O segundo período é caracterizado pela redução da perfusão do tecido que cursa com isquemia tecidual, resultando em necrose. No terceiro período ocorre adesão de plaquetas e leucócitos à superfície das células endoteliais lesadas, percorrendo com hemostasia e trombose local. No quarto período ocorre o aumento da perfusão tecidual para a manutenção das necessidades metabólicas e defesa do local e, por último, o quinto período é caracterizado por colonização e infecção da superfície queimada (YODA; LEONARDI; FEIJÓ, 2013).

Após a fase inicial, pacientes com queimaduras graves entram em um período alongado de hipermetabolismo, inflamação crônica e aumento da suscetibilidade à infecção, desencadeado pela desordem sistêmica (ANAMI, 2019).

Quando ocorre queimadura, as funções normais da pele ficam prejudicadas, provocando alterações fisiológicas como perda da barreira protetora contra infecções, perda de líquidos corporais e destruição de glândulas, havendo exposição do colágeno, provocando a ativação e a liberação de histamina pelos mastócitos. Essas alterações levarão ao aumento da permeabilidade capilar, evoluindo para edema tecidual, resultando em hipovolemia, fase que tem início nas primeiras 24 horas após a lesão, podendo prolongar-se até 72 horas (ANDRADE *et al.*, 2013).

Alterações como venodilatação e hemoconcentração, que resultam na perda de líquido,

também estão presentes. Após essa fase, ocorre a volta dos poros capilares ao tamanho normal, prendendo todo o coloide existente na área queimada e sustentando o edema tecidual. As queimaduras também provocam desnaturação de proteínas e, portanto, necrose por coagulação e ao redor do tecido queimado coagulado, agregam-se plaquetas, vasos se contraem e a zona de estase pode necrosar (ANDRADE *et al.*, 2013; WOLF, 2018).

A queimadura ocasiona ainda respostas metabólicas e inflamatórias intensas que se estendem com o tecido queimado. As queimaduras podem ser classificadas em 3 graus: primeiro, segundo e terceiro grau. As de primeiro grau acometem a epiderme e resultam em uma resposta inflamatória simples e a cicatrização ocorre em uma semana, não tendo repercussões sistêmicas. As de segundo grau ou de espessura parcial, são lesões que ultrapassam a epiderme, atingindo a derme, não evoluindo para a destruição dos elementos da pele. As características principais neste caso são a presença de sensibilidade tátil, e o aumento de umidade pelo aumento local da permeabilidade vascular, tanto pela lesão em si quanto pela ativação da cascata de mediadores imunes e inflamatórios, com consequente formação de edema e flictenas (bolhas). Nas queimaduras de terceiro grau ou de espessura total, são lesões que acometem todos os elementos da pele, incluindo epiderme, derme, tecido celular subcutâneo, com destruição de folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas, receptores de dor e de coagulação do plexo vascular, tendo como resultado feridas que não se regeneram, pois os anexos dérmicos e sua reserva epitelial estão destruídos, portanto, requerem excisão e enxerto de pele (MOSER; PEREIMA, R.; PEREIMA, M., 2013; WOLF, 2018).

### **3.3 O Paciente Queimado**

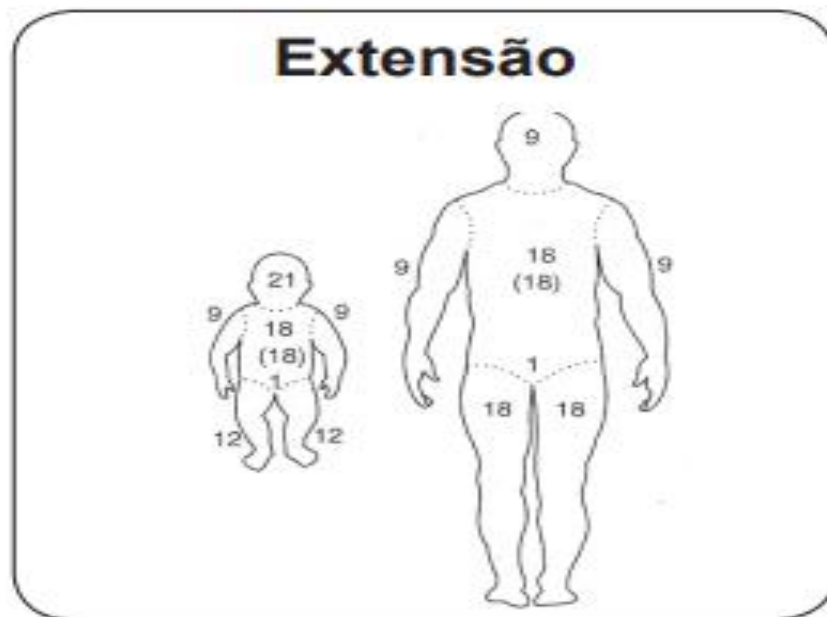
Conforme a classificação supracitada e através da análise da extensão da área queimada, o paciente terá diferentes manifestações clínicas e, portanto, necessidades de cuidado diferentes. O tipo de assistência e o tratamento adotado, serão estabelecidos levando em consideração a legítima necessidade do paciente avaliado, com a finalidade de estabilização, melhora e diminuição do tempo de internação. O enfermeiro deve elencar as prioridades de ações, planejando uma assistência adequada de acordo com as necessidades afetadas do queimado, além de avaliar e acompanhar exames com regularidade (NISHI; COSTA, 2013; OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012).

A extensão da queimadura é calculada através da Regra dos Nove, que considera a idade e a superfície corpórea, denominada Superfície Corporal Queimada (SCQ). O paciente pode ser classificado como pequeno, médio ou grande queimado, considerando a extensão e a pro-

fundidade e em tipos específicos de lesão (ARAGÃO *et al.*, 2019).

A cada segmento corporal é atribuído o valor de 9% ou múltiplos dele. No adulto, a cabeça corresponde a 9%, tronco anterior e posterior correspondem a 18% cada, membros superiores (MMSS) 9% cada, membros inferiores (MMII) 18% cada, e períneo 1%, totalizando 100% da SCQ. Na criança, serão utilizados os mesmos valores do adulto e nas mesmas localidades, com exceção da cabeça, que corresponderá a 21% e MMII, que corresponderá a 12% cada. Essa regra não é a mais indicada para determinar queimaduras em crianças, pela chance de indução de erros (CAMPOS *et al.*, 2016; OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012).

**Figura 1** – Regra dos Nove

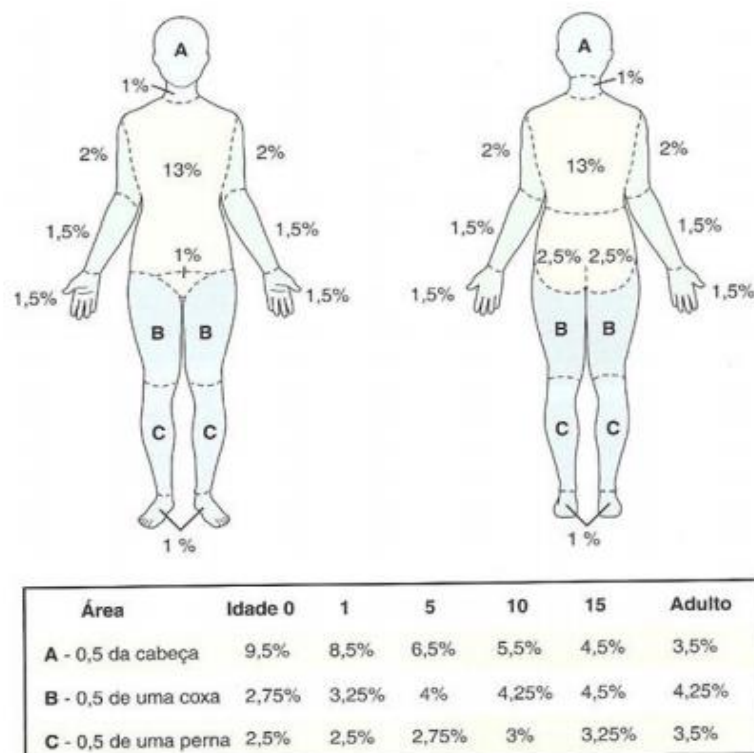


Fonte: Brasil (2012).

Além da Regra dos Nove, também são utilizados o método de Lund Browder e o método da Palma. O método de Lund Browder é o mais preciso, por considerar variações em áreas corporais fixas, de acordo com a faixa etária, sendo o mais usado em crianças e adolescentes. Nesse caso, considera-se a superfície corpórea da criança equivalente à do adulto, a partir da puberdade. Em todas idades, as seguintes regiões corpóreas apresentarão a mesma percentagem, o pescoço 2%, tronco anterior e tronco posterior 13% cada, nádegas 2,5% cada, genitais 1%, braço 4% cada, antebraço 3% cada, mão 2,5% cada e pé 3,5% cada. As regiões da cabeça, da coxa e da perna sofrem alterações de acordo com a idade. A cabeça corresponde a 19% com a

idade de 0-1, de 1-4 corresponde a 17%, 5-9 corresponde a 13%, 10-14 corresponde a 11%, com 15 corresponde a 9%, e o adulto corresponde a 7%. A região da coxa com a idade de 0-1 corresponde a 5,5% cada, de 1-4 corresponde a 6,5% cada, de 5-9 corresponde a 8% cada, de 10-14 corresponde a 8,5% cada, com 15 corresponde a 9% cada, e o adulto corresponde a 9,5% cada. Por fim, a perna com a idade de 0-4 corresponde a 5% cada, de 5-9 corresponde a 5,5% cada, de 10-14 corresponde a 6% cada, com 15 corresponde a 6,5% cada, e o adulto corresponde a 7% cada (CAMPOS *et al.*, 2016; OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012).

**Figura 2-** Tabela de Lund & Browder



Fonte: PHTLS, 2011.

O método da palma é indicado para superfícies queimadas de pequena extensão, sendo correspondente a 1% da SCQ. Pode-se acometer áreas nobres como olhos, orelhas, face, pescoço, mãos, pés, região inguinal e grandes articulações (CAMPOS *et al.*, 2016).

Após a aplicação dessas regras, os pacientes queimados podem ser classificados conforme a gravidade das queimaduras em pequeno, médio e grande queimado. O pequeno queimado é o paciente que apresenta queimaduras de 1° e 2° graus com até 10% da área corporal atingida. O médio queimado apresenta queimaduras de 1° e 2° graus, com a área corporal atingida entre 10% e 25% ou queimaduras de 3° grau com até 10% da superfície corporal

atingida ou ainda queimadura de mão e/ou pé. O paciente grande queimado é aquele que apresenta queimaduras de 1º e 2º graus com área corporal atingida maior que 26% ou queimaduras de 3º grau, com mais de 10% SCQ, ou ainda queimadura de períneo (SANTOS *et al.*, 2017).

Pacientes que sofreram algum tipo de queimadura, possuem como características principais a dor intensa e o impacto emocional, que interferem no resultado da recuperação. Grande parte das alterações metabólicas ocorre devido às citocinas que estimulam o hipotálamo no aumento da termorregulação e na produção dos hormônios do estresse, como as catecolaminas, o cortisol e o glucagon, ocasionando a lipólise e a proteólise. A glicose é diminuída, há a aceleração da gliconeogênese e da oxidação da glicose, que resulta na degradação do músculo esquelético e na produção de substrato de aminoácidos para a gliconeogênese hepática. A restauração dos tecidos danificados e o acionamento de defesas imunológicas são sucedidas por uma série de reações adaptativas. As citocinas ocasionam glicogenólise hepática, hipertrigliceridemia, proteólise muscular periférica, neoglicogênese e redução da formação de albumina. Os queimados são acompanhados por uma imunodeficiência acentuada, causada principalmente pelos componentes de supressão de uma ligação de imunidade celular e pela diminuição da atividade fagocítica de neutrófilos (NISHI; COSTA, 2013; BRAGA *et al.*, 2015).

A instabilidade hemodinâmica desencadeada pela perda da integridade capilar promove edema, que poderá estar totalmente resolvido em 7 a 10 dias, através de reposição volêmica adequada. A hipovolemia resulta em perfusão e aporte de oxigênio insuficiente para a manutenção do débito cardíaco, tornando-o muito diminuído. A perda de líquidos ocasiona alterações nos eletrólitos, visto que a hipercalemia poderá ocorrer imediatamente após a lesão, e a hipocalemia como evento tardio, resultado do deslocamento de líquidos e da reposição inadequada deste íon. Os níveis séricos de sódio poderão ser alterados em resposta à reanimação de líquidos, sendo mais comum a hiponatremia. Poderá haver anemia, decorrente da lesão ou da destruição dos eritrócitos, e o hematócrito pode estar elevado, resultância da perda do plasma. Os rins poderão ter sua função alterada em consequência do volume sanguíneo diminuído (CANELA *et al.*, 2011).

A perda da integridade da pele resulta na incapacidade de regulação da temperatura corporal e apresentando baixas temperaturas nas primeiras horas e hipertermia na maior parte do tempo, mesmo sem a presença de infecção. Complicações gastrointestinais, como o íleo paralítico e a úlcera de Curling, poderão ser evidenciadas. As complicações são potencializadas pela inalação de fumaça, que ocasiona hipóxia tecidual, resultante da inalação de monóxido de

carbono. Todo o paciente com possível Lesão Inalatória, deverá ser observado por, no mínimo, 24 horas, devido às complicações relacionadas à obstrução de vias aéreas, níveis arteriais de oxigênio diminuídos, alcalose respiratória e complacência pulmonar diminuída. Pacientes com queimaduras acima de 20% da SCQ apresentam um estado crônico de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS), que incluem temperatura acima de 38°C ou abaixo de 36°C, frequência cardíaca maior que 90 batimentos por minuto (bpm), frequência respiratória maior que 20/min ou pressão arterial de gás carbônico (PaCO<sub>2</sub>) acima de 32 mmHg, e leucócitos acima de 12.000/mm<sup>3</sup> ou menor que 4.000/mm<sup>3</sup> (CANELA *et al.*, 2011; MOTA *et al.*, 2014).

### **3.4 Assistência da Enfermagem ao Paciente Queimado**

A enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano e lhe proporcionar uma recuperação segura. Contudo, essa assistência exige que o enfermeiro tenha alto nível de embasamento sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no organismo após uma queimadura e esteja preparado para lidar com o paciente, pois este enfrenta intenso sofrimento físico e psicológico. A sistematização da assistência da enfermagem (SAE) implica no desempenho do profissional enfermeiro de maneira sistemática por meio de uma atividade deliberada, lógica e racional, o uso de um conhecimento compreensivo essencial para avaliação do estado de saúde do paciente, e ainda, da realização de julgamentos, diagnósticos, planejamento e avaliação das ações de enfermagem de modo apropriado (NISHI; COSTA, 2013; BARICHELLO *et al.*, 2010).

O método mais eficaz e adequado de interrupção da progressão das lesões provocadas pela queimadura é a irrigação com grandes volumes de água em temperatura ambiente, sendo contraindicado o uso de água fria ou gelo, porque, embora interrompa a queimadura e tenha efeito analgésico, aumenta a extensão do dano tecidual na zona de estase. Portanto, no atendimento inicial da vítima, deve-se eliminar a fonte de calor para não ocasionar o aumento do trauma e da lesão tecidual, remover roupas cortando-as com tesoura, exceto o tecido aderido à pele, retirar adornos como cintos, brincos, anéis e piercings, e cobrir as lesões com tecido estéril, curativos estéreis e não aderentes, ou na falta deles, com tecidos limpos, para evitar a contaminação e a dor pelo fluxo de ar (SANTOS, C.; SANTOS, A., 2017; CAMPOS *et al.*, 2016).

A monitorização das condições hemodinâmicas do paciente é crucial para sistematizar a assistência e otimizar o tratamento, portanto, a avaliação das condições clínicas é feita pela equipe, em especial pelo enfermeiro e deve ser rigorosa. São considerados parâmetros

importantes a serem avaliados o padrão respiratório, a saturação da hemoglobina, com auxílio da oximetria, a produção de dióxido de carbono através da capnografia, aferição da pressão arterial com o manguito ou monitorização invasiva, diurese horária, com a instalação de sonda vesical de demora e a temperatura corporal através do termômetro ou monitorização invasiva (CANELA *et al.*, 2011).

Outros parâmetros tornam-se importantes nos cuidados à pacientes gravemente queimados como a monitorização da pressão venosa central e das pressões pulmonares com auxílio de Swan-Ganz, a avaliação do lactato pela gasometria arterial, a mensuração do débito cardíaco, o acompanhamento do eletrocardiograma com uso do eletrocardiógrafo ou do cardioscópio e a realização de exames seriados, como hemograma, coagulograma, função renal, glicemia, proteínas séricas e dosagem de eletrólitos (CANELA *et al.*, 2011).

Após a fase inicial, a intervenção mais importante é a reposição volêmica, onde se faz imprescindível uma mensuração precisa do débito urinário, bem como a administração de fluidos, ajustadas às necessidades de cada paciente. A reposição de líquidos é obrigatória nas primeiras 24 horas após o trauma extenso de queimadura, minimizando a possibilidade de hipovolemia e insuficiência renal. No entanto, a ressuscitação hídrica deve ser executada criteriosamente, pois o excesso de líquidos pode agravar o prognóstico de pacientes com queimaduras, sendo necessária, portanto, a utilização da fórmula de Parkland, um importante instrumento para calcular a reposição de volume em pessoas queimadas (ANAMI, 2019; FARINA JR *et al.*, 2014).

Ela indica que a pessoa deve receber de 2 a 4ml de fluidos nas primeiras 24 horas após a queimadura, para cada 1% de SCQ de segundo ou terceiro grau por quilo de peso do paciente. Em idosos e portadores de doenças subjacentes, deve-se utilizar o volume de 2 a 3ml/Kg/% SCQ ml de fluido na fórmula. Em adultos, jovens e crianças, 4 ml. A reposição de líquidos deve ser feita, preferencialmente, com cristaloides, como o ringer com lactato (CAMPOS *et al.*, 2016).

A cobertura da lesão é um aspecto indispensável no tratamento de feridas, pois favorece um ambiente adequado para a restauração dos tecidos, através da manutenção da umidade, do isolamento térmico, da proteção da ferida contra traumas e da inserção de bactérias exógenas, promovendo conforto do paciente através do controle da dor, odor e a redução de exsudato. É necessário que o enfermeiro siga critérios para realizar a cobertura ideal, sendo estes, a remoção do excesso de exsudato, manter umidade elevada, permitir trocas gasosas, promover isolamento térmico, proporcionar proteção contra infecção secundária, tornar possível a remoção não traumática e proporcionar conforto ao paciente (GAMBA; PETRI; COSTA, 2017).



No âmbito das medidas gerais imediatas no tratamento, é necessário realizar a higienização com água e clorexidina degermante, podendo ser substituída por sabão neutro quando não estiver disponível. A administração de toxoide tetânico para profilaxia/reforço contra o tétano também é necessária, e o uso de medicamentos como bloqueador de receptor de H<sub>2</sub> para profilaxia de úlcera de estresse, heparina subcutânea para profilaxia do tromboembolismo e sulfadiazina de prata a 1% como antimicrobiano tópico (BRASIL, 2012).

O tratamento local consiste em controlar o crescimento bacteriano, remoção de tecidos desvitalizados e estimular a epitelização, e é universalmente aceito que o tópico mais eficaz é a sulfadiazina de prata, que dependendo do laboratório, pode ser feita a associação com lidocaína 1% para alívio da dor e vitamina A para estimular a epitelização. Em casos de pacientes internados, pode-se realizar curativos úmidos, que são gazes embebidas com solução fisiológica, a cada 2 horas e normalmente, é utilizada nas regiões da face e genitais (BOLGIANI; SERRA, 2010).

O curativo deve ser oclusivo em quatro camadas, atadura de morim ou de tecido sintético (rayon) contendo o princípio ativo sulfadiazina de prata a 1%, gaze absorvente/gaze de queimado, algodão hidrófilo e atadura de crepe. A aplicação de curativos recobertos com altas concentrações de antimicrobianos é o pilar do cuidado em centros para tratamentos de queimados, e os produtos com prata, contendo as fórmulas mais utilizadas com o nitrato de prata ou sulfadiazina de prata, atuam com a ligação ao microrganismo e ao tecido lesionado, criando uma barreira antimicrobiana, porém pela formação de exsudato, se faz necessário a troca diária (BRASIL, 2012; SANTOS, C.; SANTOS, A., 2017; FILHO *et al.*, 2012).

A escolha da cobertura deve ser feita dando preferência às menos dolorosas e de fácil manuseio. Pode-se utilizar, a depender das características de cada lesão, sulfadiazina de prata associada ou não ao nitrato de cério, alginato de prata, hidrocoloides, hidrogel, AGE, gazes não aderentes, membranas sintéticas e biológicas, matriz de regeneração dérmica, o petrolato e a espuma de silicone. Todos os curativos devem ser oclusivos, exceto na região da face e na região genital (OLIVEIRA; PERIPATO, 2017).

Nesses curativos, também podem ser utilizados substitutos cutâneos temporários que são materiais eficazes no tratamento de lesões por queimaduras superficiais recentes e também na cobertura da pele, enquanto aguarda-se o enxerto definitivo, que podem ser trocados em intervalos regulares ou mantidos até a cicatrização ou enxerto, caso a aderência seja boa ou não haja infecção. Esses materiais têm alto custo e não são eficazes para o tratamento de queimaduras profundas. Atualmente, o curativo oclusivo é o tratamento mais utilizado, devendo ser suficientemente espesso para permitir a correta absorção das secreções da ferida, manter o

local aquecido e permitir um microclima de umidade que favoreça o crescimento de células epiteliais (LIMA JUNIOR *et al.*, 2017; BOLGIANI; SERRA, 2010).

Há que se mencionar ainda outra ação importante executada pelo enfermeiro no tratamento das lesões que é o desbridamento, técnica de remoção de tecidos desvitalizados para viabilizar o processo cicatricial. Conforme resíduos se acumulam na superfície da lesão, a migração dos queratinócitos, células produtoras de queratina, pode ser retardada, o que afeta a epitelização da lesão, e, em certos casos, demanda o desbridamento, com intenção de remover o tecido inviável e contaminado por bactérias e corpos estranhos. Como exemplos de tópicos desbridantes, temos a papaína, a colagenase e a bromelina (SILVA; TAVEIRA, 2019; BOLGIANI; SERRA, 2010).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após análise das literaturas, o presente estudo permitiu identificar e compreender os tratamentos disponíveis para o paciente adulto queimado, além de detectar possíveis intercorrências e reconhecer a relevância por parte da enfermagem na prestação de cuidados aos pacientes queimados. Foram apresentados cuidados e condutas adotados pela enfermagem, em especial pelo enfermeiro, com o propósito de amenizar possíveis complicações e sequelas, contribuindo no dinamismo de reabilitação e cura do paciente.

As queimaduras afetam não só o físico, mas também a condição psíquica da pessoa, podendo afetar sua autoestima e retardar a evolução do quadro clínico. Nesse sentido, é preciso uma avaliação criteriosa e a atuação de uma equipe multidisciplinar no cuidado do paciente queimado, para assegurar a integralidade do cuidado. Toda a equipe de enfermagem deve estar atenta às queixas do paciente, para promover conforto e um tratamento eficiente. É necessário atentar-se aos sinais vitais através da anamnese e do exame físico que devem ser criteriosos, de modo que se houver alterações, estas sejam descobertas e medidas sejam tomadas, pois com a avaliação desses parâmetros, é possível mensurar se o tratamento está sendo efetivo. O profissional enfermeiro deve planejar a assistência de acordo com as necessidades individuais do queimado priorizando as ações, analisando e acompanhando o tratamento das lesões, bem como exames correlatos com regularidade.

O estudo permitiu ainda reconhecer que a enfermagem se faz imprescindível no restabelecimento da saúde dos pacientes adultos queimados, pois administra diretamente o cuidado desde a admissão na emergência até a alta hospitalar com orientações pertinentes. Por meio dos diagnósticos de enfermagem, é possível identificar as necessidades do paciente,

facilitando a elaboração das intervenções. É importante salientar que esses cuidados não devem ser baseados apenas no procedimento técnico, mas também em um olhar humanizado voltado para o paciente e sua família.

## REFERÊNCIAS

- ANAMI, E. H. T. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente queimado. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.18, n.3, p.139, 2019. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n3.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- ANDRADE, M.G.L. *et al.* Evidências de alterações do processo de cicatrização de queimaduras em indivíduos diabéticos: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.12, n.1, p.42-48, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/content/imagebank/pdf/v12n1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.
- ARAGÃO, L. *et al.* Desempenho funcional no cuidado pessoal de adolescentes e adultos jovens com queimaduras segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.18, n.3, p.145-152, 2019. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n3.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- BARICHELLO, E. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por queimadura. **Enfermeria Global**. n.20, 2010. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt\\_revision3.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_revision3.pdf). Acesso em: 25 mar. 2021.
- BARROS *et al.* Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 18, n.2, p. 71-77, mai./ago. 2019. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n02.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.
- BOLGIANI, A. N.; SERRA, M. C. V. F. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.9, n.2, p.38-44, 2010. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v9n2.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.
- BRAGA, M. S. *et al.* Análise do consumo alimentar e das alterações bioquímicas de pacientes queimados internados em hospital de referência. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.14, n.2, p.125-132, 2015. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v14n2.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha Para Tratamento de Emergência das Queimaduras**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf). Acesso em: 12 out. 2020.
- BRUXEL, C. L. Manejo clínico do paciente queimado. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879480/manejo-clinico-do-paciente-queimado.pdf>.

Acesso em: 26 mar. 2021.

CAMPOS *et al.* **Feridas Complexas e Estomias: Aspectos preventivos e manejo clínico.** João Pessoa, p. 321-347, 2016. Disponível em: <http://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

CANELA, A. F. *et al.* Monitorização do paciente grande queimado e as implicações na assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Queimaduras.** v. 10, n.4, p. 133-137, 2011. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v10n4.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.

CARVALHO, R.R.S. *et al.* A dor da queimadura e suas singularidades: percepções de enfermeiras assistenciais. **Revista Brasileira de Queimaduras.** v. 18, n.2, p. 84-89, mai./ago. 2019. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n02.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

CASTRO, R.J.A. *et al.* Tratamento da dor em queimados. **Revista Brasileira de Anestesiologia.** v.63, n1, jan./fev. 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942013000100013#:~:text=Os%20mais%20apropriados%20para%20pacientes,sin%C3%A9rgica%20com%20os%20opioides%2029](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942013000100013#:~:text=Os%20mais%20apropriados%20para%20pacientes,sin%C3%A9rgica%20com%20os%20opioides%2029). Acesso em: 06 mar. 2021.

COMINI, A. C. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes idosos queimados internados em unidade de tratamento de queimados do Noroeste Paulista. **Revista Brasileira de Queimaduras.** v.16, n.2, p.76-80, 2017. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v16n2.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 7a. Elsevier. 2011. Disponível em: <https://document.onl/documents/atendimento-pre-hospitalar-ao-traumatizado-7e-phtls.html>. Acesso em: 27 mar. 2021.

CRUZ, B. F.; CORDOVIL, P. B. L.; BATISTA, K. N.M. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras.** v.11, n.4, p.246-250, 2012. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v11n4.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

CUNHA, L.V.T. *et al.* Atendimento inicial ao paciente queimado: avaliação do conhecimento de alunos do internato do curso de Medicina. **Revista Brasileira de Queimaduras.** v.15, n.2, p. 80-86, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v15n2.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

FARINA JR, *et al.* Redução da mortalidade em pacientes queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras.** v. 13, n.1, p. 2-5, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v13n1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

FILHO, M. A. R. C. *et al.* Tratamento ambulatorial de queimaduras com prata nanocristalina em malha flexível: uma alternativa terapêutica. **Revista Brasileira de Queimaduras.** v.11, n.4, p.226-229, 2012. Disponível em:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v11n4.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

GAMBA, M. A.; PETRI, V.; COSTA, M. T. F. **Feridas: prevenção, causas e tratamento**. 1ed. Rio de Janeiro: Santos Ed., 2016.

HENRIQUE, D.M; SILVA, L.D. O uso seguro de opioides em pacientes queimados: fundamentando o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 13, n.1, p. 6-10, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v13n1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

JUNIOR *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no Hospital de Urgências de Sergipe. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 15, n.4, p. 69, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v15n4.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

LIMA-JUNIOR *et al.* Uso da pele de tilápia (*Oreochromis niloticus*), como curativo biológico oclusivo, no tratamento de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 16, n.1, p.11, 2017. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/content/imagebank/pdf/v16n1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MASSOLI, Marilene. Fisioterapia no Tratamento de Queimaduras em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 18, n.2, p. 69. mai./ago. 2019. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n02.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

MOSER, H.; PEREIRA, R.; PEREIRA, M. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 12, n.2, p. 60-67, 2013. Disponível em: <http://rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v12n2.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.

MOTA, W. M. *et al.* Critérios diagnósticos de infecção no paciente queimado. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 13, n.3, p. 130-135, 2014. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/content/imagebank/pdf/v13n3.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.

MOURA, N. R.; SCHRAMM, S. M. Lesões por queimaduras em idosos em um hospital de referência. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 18, n.2, p. 78-83, mai./ago. 2019. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n02.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

NISHI, P. K.; COSTA, E. C. N. F. Cuidados de enfermagem à pacientes vítimas de queimaduras: identificação e características clínicas. **Revista UNINGÁ**. n.36, p. 181-192. abr./jun. 2013. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1095/720>. Acesso em: 04 abr. 2021.

OLIVEIRA, A. P. B. S.; PERIPATO, L. A. A cobertura ideal para tratamento em paciente queimado: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.16, n.3, p. 188-193, 2017. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v16n3.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K.F.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 11, n.1, p. 31-37, 2012. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v11n1.pdf>. Acesso

em: 01 abr. 2021.

PEREIMA *et al.* Internações hospitalares por queimaduras em pacientes pediátricos no Brasil: tendência temporal de 2008 a 2015. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 18, n.2, p. 113-119, mai./ago. 2019. Disponível em:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n02.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

PINHO *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente adulto: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 16, n.3, p. 181-187, out./dez. 2017. Disponível em:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v16n3.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

SALAMONI, S.S.; MASSA, L. D. B. Mulheres queimadas: uma revisão integrativa de publicações nacionais. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.16, n.1, p. 34-44, 2017.

Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.org.br/content/imagebank/pdf/v16n1.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SANTOS, C. A.; SANTOS, A. A. Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao paciente queimado: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.16, n.1, p. 28-33, 2017. Disponível em:

<http://www.rbqueimaduras.org.br/content/imagebank/pdf/v16n1.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SANTOS, G. P. *et al.* Perfil epidemiológico do adulto internado em um centro de referência em tratamento de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.16, n.2, p. 81-86, 2017. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v16n2.pdf>.

Acesso em: 28 mar. 2021.

SILVA, J. P.; TAVEIRA, L. M. Enfrentamento vivenciado pela equipe de enfermagem e a assistência ao paciente hospitalizado vítima de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 18, n.2, p. 129, mai./ago. 2019. Disponível em:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n02.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SILVEIRA *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com lesão inalatória que foram atendidos em uma Unidade de Queimados de um Hospital de Pronto-Socorro. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 16, n.3, p. 150-156, out./dez. 2017. Disponível em:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v16n3.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

SIMÕES *et al.* Principais complicações respiratórias no adulto queimado internado em um hospital de referência do estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v. 18, n.2, p. 96-101, mai./ago. 2019. Disponível em:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v18n02.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

TAVARES, W. S.; SILVA, R.S. Curativos utilizados no tratamento de queimaduras: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Queimaduras**. v.14, n.4, p. 300-306, 2015.

Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/content/imagebank/pdf/v14n4.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional*, v. 14, n. 41, p. 165-189,

jan./abr. 2014. Disponível em:  
<https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2317>. Acesso em: 09  
nov. 2020.

WOLF, S. E. **QUEIMADURAS**. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/les%C3%B5es-intoxica%C3%A7%C3%A3o/queimaduras/queimaduras>.  
Acesso em: 03 mar. 2021.

YODA, C. N.; LEONARDI, D. F.; FEIJÓ, R. Queimadura pediátrica: fatores associados a  
sequelas físicas em crianças queimadas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão.  
**Revista Brasileira de Queimaduras**. v.12, n.2, p. 112-117, 2013. Disponível em:  
<http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v12n2.pdf>. Acesso em: 28 mar.  
2021.