



## QUEIMADURAS E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

JUREMA BELTE LINKOSKI<sup>1</sup>  
LUIZ CARLOS DAMIAN PREVE<sup>2</sup>  
THAYLA R. P. POSSAMAI<sup>3</sup>

**RESUMO:** As queimaduras são lesões causadas sobre a pele ou outros tecidos corpóreos. Essas queimaduras são lesões decorrentes de agentes como a energia térmica, química ou elétrica que são capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular, dependendo do grau pode chegar a acometer nervos, vasos sanguíneos e ossos. A gravidade da lesão causada pela queimadura precisa ser analisada e incluem também a idade da vítima, a espessura do prejuízo na pele, o agente que causou a queimadura, a região do corpo queimado, a existência de lesão por inalação, se a vítima tem histórico médico anterior e se possui lesão na face, períneo, mãos e pés, tudo isso precisa ser avaliado para que se classifique corretamente o tipo de queimadura que o paciente tem e que será tratada, bem como os cuidados necessários que serão dispensados em todo o processo. Estima-se que no Brasil acontecem um milhão de casos de queimaduras a cada ano, 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandaram hospitalização. Sendo que 50% dos casos são crianças. Portanto, percebe-se que o enfermeiro possui um papel muito importante na vida desses pacientes. É ele quem promove as ações, visando proporcionar conforto, segurança, bem-estar ao paciente, bem como fornece as informações cabíveis a respeito do assunto mencionado. O objetivo principal que norteia o presente estudo é descrever os principais cuidados prestados pelo enfermeiro ao paciente vítima de queimaduras. O referido trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, utilizou-se artigos que datam do ano de 2008 até o ano de 2023.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistências; Enfermeiros; Queimadura

## BURNS AND NURSING CARE

**ABSTRACT:** Burns are lesions caused on the skin or other body tissues. These burns are injuries resulting from agents such as thermal, chemical or electrical energy that are capable of producing excessive heat that damages body tissues and leads to cell death, depending on the degree it can affect nerves, blood vessels and bones. The severity of the injury caused by the burn needs to be analyzed and also includes the victim's age, the thickness of the skin damage, the agent that caused the burn, the burnt body region, the existence of inhalation injury, if the victim has a history of previous doctor and if there is injury to the face, perineum, hands and feet, all of this needs to be evaluated in order to correctly classify the type of burn that the patient has and that will be treated, as well as the necessary care that will be given throughout the process. It is estimated that in Brazil one million cases of burns occur each year, 200,000 are treated in emergency services and 40,000 require hospitalization. 50% of cases are children. Therefore, it is clear that the nurse has a very important role in the lives of these patients. It is he who promotes the actions, aiming to provide comfort, safety, well-being to the patient, as

<sup>1</sup>Acadêmica de Graduação. Curso de Enfermagem, Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: jurema.linkoski@gmail.com

<sup>2</sup> Professor Mestre em Unidade de Terapia Intensiva, Curso de Enfermagem Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: prevedamianprofessor@gmail.com

<sup>3</sup> Professora Mestre em Ciências em Saúde. Curso de Enfermagem Centro Universitário Fasipe – UNIFASIFE. Endereço eletrônico: thaylageorete@hotmail.com



well as providing the appropriate information regarding the mentioned subject. The main objective that guides the present study is to describe the main care provided by nurses to patients who are victims of degree. This work is exploratory bibliographical research, articles dating from the year 2008 to the year 2023 were used.

**Keywords:** Assists. Nurse. Burns.

## 1. INTRODUÇÃO

Queimaduras são lesões invasivas na pele, podendo causar comprometimentos físicos e psicológicos. Uma pessoa vítima de queimadura tem seu metabolismo alterado, uma vez que ocorre perda de líquidos, risco de infecções, sentem dor, angústias geradas pela separação do convívio familiar, corpo deformado em decorrência das queimaduras e ainda o fato de depender de alguém para seu cuidado (SANTOS, 2010).

As queimaduras têm sido a causa importante de morbimortalidade da população, podendo gerar limitações funcionais (BISCEGLI et al., 2014). No Brasil, atualmente, as queimaduras constituem um problema sério de saúde pública. Aproximadamente um milhão de acidentes com queimaduras ocorrem por ano e apenas 10% procuram o serviço de saúde, sendo que 2.500 irão ao óbito, direta ou indiretamente, em decorrência das lesões causadas por queimaduras (BRASIL, 2012).

As queimaduras são causadas no corpo humano por fatores térmicos, podendo ser direta ou indiretamente. Essas lesões no corpo humano são geradas pela passagem de energia de uma fonte de calor de um corpo para outro e pode ter origem química, térmica e elétrica (COELHO; ARAÚJO, 2010). Essas lesões no tecido de revestimento do corpo humano podem acometer a pele e seus anexos parcial ou total, sendo capaz de se estender às partes mais profundas e atingir tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos (PINTO et al., 2010).

Desta forma a classificação das queimaduras são de acordo com o agente que causou a lesão. Os agentes causadores são agrupados em: térmicos, químicos e elétricos (SILVA et al., 2013). Entre os fatores térmicos o fogo ganha destaque com chama de fogo, os químicos que são ocasionados por álcool e ácidos e por último a corrente elétrica, que se transforma em calor quando em contato com o corpo humano (CARVALHO, 2010).

As queimaduras de acordo com a profundidade são, de primeiro grau quando a lesão ocorre apenas na pele mais externa, a epiderme e provoca eritema e algia; as queimaduras de segundo grau além de causar lesão na epiderme, existe o comprometimento também da derme, causando a formação de bolhas; e as queimaduras de terceiro grau são lesões que agredem todas as camadas da pele. As queimaduras de quarto grau chegam aos tendões, músculos e ossos (SILVA et al., 2013). O estado de saúde da vítima de queimadura é determinado de acordo com a espessura e comprometimento dos órgãos atingidos (PINTO et al., 2010).

COSTA et al., (2013) afirmam que a equipe de enfermagem precisa estar alerta para o controlar a dor, administrando sedativos e analgésicos, e também proporcionando conforto físico e suporte emocional para o paciente. O indivíduo vítima de queimadura necessita de uma assistência complexa, esta por sua vez deverá abranger conhecimentos técnicos e científicos, bem como a habilidade para lidar com questões psicológicas do paciente queimado e de sua família, podendo gerar contribuição na reabilitação da vítima.

É de extrema complexidade o tratamento da vítima de queimaduras. As primeiras horas depois do acidente, as dores que seguem o tratamento diário requerendo extenso tempo de internamento, por isso, é necessário um cuidado especializado e humanizado (NOBLE et al., 2016). A assistência ao indivíduo queimado exige que toda a equipe multidisciplinar atue



em união, e de um moderno centro de queimaduras (DUARTE et al., 2010).

Justifica-se a importância deste estudo, pois a assistência correta pode fazer a diferença na vida do paciente vítima de queimaduras, buscando o conhecimento para que este seja empregado no uso do processo de cicatrização, assim como os curativos a serem realizados, condutas a serem tomadas em emergências e trabalho com a equipe multidisciplinar. Diante dessa problemática, o estudo busca responder o seguinte questionamento: Quais são os cuidados de enfermagem às vítimas de queimaduras. Assim seu objetivo tem o intuito de descrever os principais cuidados prestados pelo enfermeiro ao paciente vítima de queimaduras. Sua maneira específica é apresentar as estruturas anatômicas do sistema tegumentar, bem como o processo de cicatrização; identificar os fundamentais tipos de agentes causadores de queimaduras; abordar as principais complicações em consequência das queimaduras.

O referido trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. A pesquisa bibliográfica embasa-se em um levantamento de materiais bibliográficos, tais como artigos, livros, revistas, que contenham conteúdos de relevância para elucidar os problemas elencados. Seu principal objetivo é alavancar ou adquirir conhecimento a respeito da temática, criação e definições de teorias. É ainda o fator que auxilia na definição dos problemas a serem resolvidos e os objetivos a serem alcançados que a este se propôs (MURTA, 2012).

A pesquisa de caráter exploratório é aquela que busca explorar um determinado assunto, a fim de abranger os seus conhecimentos específicos a respeito de determinado assunto, que é o foco central de sua pesquisa. Busca responder suas proposições através da busca de afirmações de outros autores (GIL, 2010).

A abordagem definida no trabalho, a qualitativa facilita delinear as informações não exigindo cálculos, levantamento de gráficos, exige apenas a sistematização e ordem das informações e conhecimentos adquiridos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Para o levantamento do material para o estudo, realizou-se busca em portais confiáveis como Ministério da Saúde, bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana), SCIELO (Scientific Library On Line).

Após classificação do material, foram realizadas as leituras e a escolha de capítulos de livros e artigos científicos que contribuíram para a pesquisa, os artigos datam do ano de 2008 até o ano de 2023. Foram excluídos os artigos que não apresentaram relevância e/ou não se relacionaram ao objetivo desta pesquisa. A pesquisa iniciou-se em agosto de 2022 e será concluída em junho de 2023.

As palavras-chave, utilizadas durante toda a construção do trabalho foram: queimaduras, cuidados de enfermagem e complicações em consequência das queimaduras, na busca de trabalhos cujos títulos abordem a temática do trabalho: queimaduras e os cuidados de enfermagem.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Anatomia da pele

Segundo MURTA (2012), a pele é o maior órgão do corpo humano, e serve de barreira para a proteção do meio externo, e ao mesmo tempo também funciona como uma interconexão em que há trocas de temperatura e de umidade com o meio ambiente. Ela tem continuação nas membranas mucosas, a mesma que recobre os sistemas digestório, respiratório e o sistema urogenital, naqueles locais onde estes ligam-se diretamente à superfície. A pele pode ser



dividida em diferentes camadas que se apresentam unidas entre si. A pele e seus anexos são fundamentais na composição do corpo humano, qualquer dano em sua estrutura, o paciente pode vir a ter prejuízo com lesões no organismo. Dentre suas funções confere um alto poder de elasticidade.

Assim, a regulação da temperatura é de responsabilidade da pele, bem como a proteção contra impactos, contra microrganismos patógenos e é a comunicação entre o meio interno e externo. A pele desempenha distintas funções como a de proteção, como das estruturas internas do organismo, impedindo que agentes físicos por exemplo, o frio, calor, a radiação, acometam a estrutura do ser humano (VIEIRA, 2011).

Ainda segundo o autor supracitado a pele realiza a proteção contra a agressão e colonização de microrganismos, como fungos, bactérias e vírus, agindo na manutenção do organismo, em que trabalha para conservar a homeostase do corpo humano, que pelo meio das glândulas sudoríparas ajusta a temperatura e conserva a estabilização hidroeletrólítica através da excreção de secreções como suor.

O princípio de impermeabilidade da pele promove uma barreira que regula a entrada e a saída de água do organismo, na pele, também estão presentes os receptores neurais, que captam estímulos que acontecem na pele e induzem ao cérebro para que o organismo venha a reagir para sua proteção. A pele, ajuda na identificação de agravos ao organismo, sendo local ou ainda sistêmica, como resposta a processos inflamatórios, que podem levar a vermelhidão, calor, infiltração, palidez, icterícia ou outros (SILVERTON, 2010).

Constitui o tecido tegumentar a pele, os pelos, as glândulas sebáceas, as glândulas sudoríparas, e os receptores sensitivos. A pele humana mede perto 2m<sup>2</sup>, pesando entre 4,5 kg e 5 kg e sua espessura podendo variar de 0,5 a 4 mm de acordo com o local no corpo em que está localizada. A epiderme é a camada superior da pele, sendo composta por tecido epitelial, a mesma está justaposta a derme, camada mais espessa e mais profunda que a epiderme, constituída por tecido conjuntivo, e logo abaixo, se encontra a hipoderme, constituída em sua quase totalidade por tecido adiposo (TORTORA; DERRICKSON, 2013).

## 2.2 Fisiologia da pele

A fisiologia no seu fundamento básico busca conhecer o corpo humano e as suas funções, tem por objetivo determinar os melhores meios para se conseguir corrigir suas falhas, curar doenças, avarias, e tem sido de fundamental importância para se estabelecer meios para que a medicina evolua e que o corpo médico mundial se especialize (YUE, 2009).

Segundo Viana (2010), o estudo e o desenvolvimento da fisiologia desde os primórdios são de suma importância, e Leonardo da Vinci, conhecido como o pai da anatomia, foi quem mais se esforçou para conseguir determinar um sentido funcional as estruturas do corpo, o que mais lutou para determinar cada estrutura e órgão do corpo humano, com suas particularidades, funções, variações e peculiaridades específicas.

A pele exerce várias funções, podendo ser citado como exemplo, impedimento da perda de líquido em excesso, a pele forma uma barreira protetora contra agentes químico, físico, elétrico, as terminações nervosas sensitivas estão sempre recebendo informações do ambiente externo e enviando ao sistema nervoso central (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2017).

Sabe-se que a pele e seus anexos fazem parte fundamental na constituição do corpo humano, é formada por três camadas; a epiderme, a derme e a hipoderme e qualquer perda no seu funcionamento pode causar avarias no organismo do paciente. É o maior órgão do corpo humano e exerce função principal de proteção, possuindo um alto poder de elasticidade (MURTA, 2012).

Portanto, a pele promove a regulação da temperatura corpórea, a proteção contra impactos, contra microrganismos patógenos do meio extrínseco e etc. É um meio de comunicação entre os meios interno e externo. A pele exerce diversas funções, entre elas a



de proteção, onde seu papel fundamental é a proteção as estruturas internas do organismo bem como realizam proteção contra a agressão e invasão de microrganismos como fungos, bactérias e vírus em geral (VIEIRA, 2011).

### 2.3 Fisiologia da cicatrização

Após lesões na pele que são causadas por agentes diversos, podendo ser físico, químico ou ainda elétrico, ocorre o reparo tecidual, esta é a solução para que aconteça a restauração do tecido, logo é o esforço que o tecido faz para voltar ao normal (MURTA, 2012). O processo de cicatrização é um evento complexo que se exhibe convenientemente e é dividido em três fases que se sobrepõem de forma contínua e temporal: inflamatória, proliferativa e de remodelagem (MENDONÇA; NETO, 2009).

A cicatrização é o procedimento pelo qual um tecido lesado é trocado por tecido conjuntivo vascularizado, independente se o dano tenha sido traumático ou necrótico. Dessa forma, o processo de cicatrização tem como finalidade restaurar a homeostasia tecidual. Assim, faz-se necessário o conhecimento a respeito de tal processo, com o objetivo que se possa intervir no mesmo para auxiliar na assistência e acelerar a cicatrização, a fim de causar homeostasia do organismo e o bem-estar do paciente (OLIVEIRA; DIAS, 2012).

De acordo com Pires (2015), a vítima de queimaduras pode apresentar dificuldades de aceitação de seu corpo, bem como de identidade, uma vez que as áreas afetadas pelas queimaduras na maioria das vezes atingem o corpo em locais de maior exposição. Quando as cicatrizes não ficam expostas, e podem ser cobertas por roupas, causam menos desconforto ao indivíduo. Até que aconteça por completo o processo de cicatrização, a evidência do desfiguramento na vida da vítima, pode ou não, ser incorporada. Todavia, grande parte das vítimas se mostram contrariadas com a aparência física, e preocupam-se em escondê-las, evitando a indiscrição de outras pessoas, em decorrência das cicatrizes

Quando ocorre ruptura da vascularização, desencadeia de imediato o processo de hemostasia, tornando a ferida aguda. Na reação inflamatória aguda, as alterações anatômicas predominantes são vasculares e exsudativas, podendo originar manifestações situadas no ponto de agressão ou ser seguida de modificações sistêmicas. Na ferida crônica existe uma irregularidade na fisiologia do processo cicatricial, com respostas mais proliferativa (fibroblásticas) do que exsudativa. A inflamação crônica pode ser gerada de um processo agudo, ou iniciar insidiosamente e evoluir com resposta distinta das manifestações clássicas da inflamação aguda (BRASIL, 2012).

#### 2.3.1 Tipos de cicatrização

Conforme Silva, Figueiredo e Meireles (2011) ocorre o processo de cicatrização para todas as lesões, quer dizer que independentemente de sua classificação, a questão é a quantidade de tecido que sofreu a lesão, sobretudo a quantidade pela perda tecidual, e a existência do processo infeccioso. A cicatrização da pele pode acontecer de três formas distintas: primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção.

A cicatrização de primeira intenção envolve a reepitelização, cuja camada externa da pele cresce fechada. O crescimento das células são a partir das margens da ferida e de fora das células epiteliais, enfileiradas aos folículos e as glândulas sudoríparas. A cicatrização de feridas superficiais, como queimaduras de primeiro grau e cirurgias na qual a cicatriz é menor ocorrem todas por primeira intenção, por não apresentarem perda de tecido. O tecido de granulação não é visível, e o fechamento da ferida leva 4 a 14 dias (TAZIMA et al., 2008).

De acordo com Oliveira Dias (2012), o processo de cicatrização por segunda intenção, ocorre perda excessiva de tecido, havendo ou não a presença de infecção. Não é possível haver



a aproximação das bordas primárias, porque as feridas abertas só se fecham por meio de epitelização e contração, isso significa que a ferida apresenta perda de tecido, podendo atingir o tecido subcutâneo, o músculo e os ossos, quase sempre são feridas crônicas como as úlceras, aumentando o risco de infecção e a lentidão na cicatrização que ocorre de dentro para fora da ferida. Existe maior índice de complicações nessas feridas, e apresentam formação de cicatriz.

Segundo Tazima et al., (2008), o processo de cicatrização por terceira intenção indica a aproximação das bordas da ferida (pele e subcutâneo) em seguida o tratamento inicial aberto. Isto acontece principalmente quando há apresentação de infecção na ferida, que precisa ser primeiramente tratada, e posteriormente suturada.

As queimaduras são definidas como traumas causados por fatores térmicos, químicos, elétricos e radioativos, que atuam de maneira direta ou indiretamente sobre o organismo, gerando acidentes na maioria das vezes graves. Geralmente, essas lesões acontecem por meio da transmissão de energia por meio de um gerador de calor de um corpo para o outro, sendo de natureza diversas, como química, térmica ou elétrica. Desse modo, essas lesões afetam o tecido de revestimento e podem agredir de maneira parcial ou total a pele bem como, seus anexos e pode estender-se até as partes mais profundas da pele, atingindo o tecido subcutâneo, os músculos, os tendões e os ossos (LIMA et al., 2013).

Conforme o agente causador é possível classificar o tipo de queimaduras ou dependendo da dimensão da superfície do corpo que foi lesionado e ainda a gravidade do comprometimento do tecido ou da sua profundidade. Entre os fatores térmicos destacam-se o fogo e o contato com líquidos e objetos que estejam aquecidos, os químicos são aqueles causados por álcool e por ácidos e as menos frequentes são as queimaduras causadas por corrente elétrica (DUARTE et al., 2012).

Então, de acordo com a sua profundidade as lesões podem ser de primeiro grau, quando a lesão atinge somente a epiderme, camada mais externa da pele, provocando vermelhidão e dor; as lesões de segundo grau acontecem quando há o comprometimento da epiderme e de parte da derme, há a formação de flictenas (bolhas); e as lesões de terceiro ocorrem quando a lesão agride todas as estruturas da pele e ultrapassa a estrutura dela, chegando aos tendões, músculos e até aos ossos. Dessa forma, quanto maior for a profundidade e o comprometimento dos órgãos, mais crítico será o estado de saúde do paciente (SANTOS; SANTOS, 2017).

Os riscos gerais que envolvem o paciente vítima de queimaduras nas primeiras horas de exposição à lesão, dependerá principalmente da extensão da queimadura e sua profundidade. A extensão da lesão é calculada em porcentagem, sendo consideradas apenas as regiões que apresentem lesões de segundo e terceiro graus, em que se utiliza o método da regra dos nove para determinar-se a área queimada (PRUDENTE; GENTIL, 2008).

Todas as lesões tissulares formam-se e iniciam por meio de alterações moleculares ou estruturais nas células, que se encontrava em estado de equilíbrio homeostático, capaz de lidar com as demandas fisiológicas, a dor local é relativa, em razão da destruição dos tecidos nervosos, vasos sanguíneos e ossos (SILVA et al., 2008).

Entretanto, estímulos patológicos em excesso podem induzir a célula a desenvolver estados de acomodação, que resultará em alterações estruturais, porém, com preservação da viabilidade celular. Se esses estímulos apresentarem mais agressividades, os limites da capacidade de adaptação podem ser extrapolados, o que procederá em uma sequência de eventos que culminarão na lesão celular (PRUDENTE; GENTIL, 2008).

A lesão cutânea devido à queimadura é comumente definida em termos das camadas da pele envolvidas, elas podem ser de espessura parcial ou até mesmo total. As queimaduras



de espessura parcial podem considerar-se também como superficiais ou de primeiro grau e parcial profunda ou de segundo grau. As queimaduras de terceiro grau ou de espessura total destroem todas as camadas da pele e podem danificar músculos, nervos, ossos e vasos sanguíneos (HUDDSON; FERGUSON, 2008).

Os agravamentos das lesões por queimaduras são causados por diversos fatores, que quando são medidos, auxiliam a equipe de tratamento de queimados avaliar se há a possibilidade de que um paciente venha a sobreviver e projetar o cuidado de cada paciente. Esses fatores abrangem a idade do paciente, a espessura da queimadura, o número de área corporal 18% queimada, a presença de lesão por inalação, a apresentação de outras lesões, a localização da lesão em áreas de cuidado especial como face, períneo, mão ou pés; e a presença de uma história médica pregressa (SMELTZER et al., 2012).

Assim sendo, a assistência ao cliente portador de lesão de pele provocada por queimaduras, o manejo e o tratamento específico das lesões, são dever do enfermeiro e de toda a equipe multidisciplinar envolvida, apresentar um conjunto de estratégias que possibilitem a identificação de possíveis caminhos para o alcance precoce dos objetivos propostos na assistência (SILVA et al., 2008).

Um atendimento emergencial torna-se prioridade, no momento inicial, que é prevenir danos adicionais à vítima, afastando o acidentado da fonte e do agente causador da lesão. Em seguida inicia-se um trabalho para a retirada das roupas chamuscadas ou ainda em brasa. Logo após, resfriar a vítima com um emprego de água limpa e temperatura ambiente. Verificar cuidadosamente se existe corrente elétrica no local do acidente, pois o seu contato com a água gera uma fórmula fatal e coloca em risco a vítima e todos os socorristas presentes (LOMBA, 2010).

Ainda de acordo com o autor supracitado, deve-se retirar do corpo do acidentado objeto como: anéis, alianças, cordões, pulseiras e similares, objetivando prevenir prejuízos à circulação sanguínea. Fazer a elevação da área atingida em relação ao corpo, a fim de eliminar a causa da queimadura: apagar o fogo, lavar as substâncias químicas, lavar a queimadura por escaldadura ou por óleos imergindo a parte afetada em água fria, para interromper o processo que queima.

Por conseguinte, em casos de queimaduras com destruição da pele, em grande extensão do corpo, o socorrista deve ter o cuidado de cobrir o corpo da vítima com cobertor, para assim evitar a hipotermia e a perda de líquidos ainda maiores, em condições extremas de temperatura, queimadura e frio intenso, choque elétrico e irradiação, entre outros. Há relatos de inúmeros agentes químicos que podem produzir lesão celular (SILVA et al., 2008).

Com isso, a mobilidade, coordenação, força e sensibilidade reduzidas e as alterações visuais colocam as pessoas idosas em risco mais elevado para a lesão por queimadura. As 31 dificuldades para cozinhar e tomar banho e em outras atividades de vida diária estão associadas a essas lesões. Assim, as crianças menores de 5 anos representam um grave risco, porque elas têm dificuldades para apagar fogo e se afastar da fonte da queimadura e isso pode ser fatal (FALCÃO, 2010).

#### **2.4 Cuidados de enfermagem ao paciente queimado**

Quando um paciente queimado precisa de atendimento hospitalar, o enfermeiro que será responsável por sua assistência, necessita conhecer as especificidades a respeito das alterações fisiológicas que o organismo sofre depois da queimadura. Dentre as atribuições do enfermeiro, a coleta de informações por meio da anamnese é muito importante, para que seja traçada uma assistência de enfermagem direcionada para as necessidades do paciente vítima de queimaduras. Realizar o exame físico é indispensável para avaliar o indivíduo queimado, e



deve se levar em consideração todas as limitações determinadas pelas lesões, atentar-se para os sinais vitais, pulsos periféricos, uma vez que não seja possível verificar convencionalmente pela apresentação de edema (OLIVEIRA et al., 2012).

O enfermeiro precisa fazer a avaliação da dor, bem como conhecer a respeito das possibilidades terapêuticas. Para a equipe, o manejo da dor em indivíduos queimados é um desafio, o que requer o uso de uma terapêutica combinada com medicações analgésicas e medidas não farmacológicas para conseguir sucesso no controle analgésico. O paciente queimado tem dor intensa durante e depois de operações cirúrgicas e não cirúrgicas, assim, o emprego de fármacos se torna fundamental e efetivo no controle da dor (COSTA et al., 2013). O enfermeiro em sua conduta com uma vítima queimada, inicia pela retirada da vestimenta, depois precisa escovar a pele, caso as queimaduras sejam provenientes por pó químico, lava-se abundantemente a região lesionada e posteriormente tratará as lesões associadas (PARANHOS, 2010).

Na etapa de reabilitação do indivíduo queimado, as intervenções de enfermagem necessitam ser direcionadas para reduzir a ansiedade e tornar mínimo o sofrimento perante a hospitalização, distúrbios do sono, administração de medicamentos e a dor (CARLUCCI et al., 2017). Dentre os cuidados da enfermagem, o banho e o curativo pesam diretamente nas reações da equipe, o que direciona à uma atitude de firmeza por meio da responsabilidade de uma assistência “bem realizada” e de compaixão perante o sofrimento causado por esses procedimentos (COSTA et al., 2013).

É necessário proteger os pacientes de fontes de contaminação cruzada, até mesmo de outros pacientes, de profissionais da saúde, visitantes e até aparelhamentos do hospital. O procedimento de higienização de mãos é fundamental, antes e após todo contato com o paciente, durante a efetivação dos cuidados de enfermagem (CHAVES, 2013).

A enfermagem precisa ficar atenta aos sinais de infecção na área da queimadura, os quais incluem: tonalidade enegrecida da região queimada, desenvolvimento de uma necrose parcial ou total, cor esverdeada do tecido subcutâneo, revelação de vesículas em lesões cicatrizadas, deslocamento do tecido necrosado e manifestação de sinais flogísticos em lugares próximos as queimaduras (CHAVES, 2013).

As vias aéreas e a circulação, são prioridade no atendimento inicial de um paciente queimado, em seguida examina-se a coluna cervical, buscando possíveis lesões ou traumas cranianos, caso o paciente for vítima de explosão, queda, salto ou lesão por eletricidade, ele precisa ser avaliado inicialmente e só em seguida depois de estável, os cuidados deverão ser voltados para as lesões das queimaduras (SMELTZER et al., 2014).

Os curativos oclusivos são os mais usados em todo o mundo, atualmente há várias marcas de curativos absorventes, estes precisarão ser satisfatoriamente grossos para que não ocorra extravasamento de secreção da ferida, aquecendo e proporcionando umidade no leito da ferida que ajude no crescimento das células epiteliais, impedindo a penetração de germes e dos raios ultravioletas. Curativos úmidos são usados na região genital e facial mantendo uma analgesia eficaz, as gazes são embebidas em solução fisiológica que são trocadas a cada duas horas (BOLGIANI et al., 2010).

Os curativos recobertos por elevadas concentrações de antimicrobianos representam um grande suporte nos núcleos de tratamento de queimadura. A prata é a mais usada, pois por vários dias, em contato com a ferida aberta é liberada lentamente (TAKEJIMA, 2011). O acesso venoso no indivíduo precisa ser realizado, ou trocá-lo se ficar em más condições, caso seja usado substâncias hiperosmolares em sua ressuscitação. Em pacientes de UTI, com mais de 30% de superfície corporal queimada e 20% se o paciente for criança é imprescindível o cateterismo vesical para monitorar o débito urinário (GOMES et al., 2011). O



paciente queimado, necessita receber uma grande quantidade de líquido por via intravenosa, pós-queimadura, para prevenir que ele evolua para um quadro de choque hipovolêmico (BOLGIANI et al., 2010).

As queimaduras são motivos de morbidade e mortalidade, estabelecendo um problema de saúde pública no Brasil. Mesmo com a melhoria no tratamento das lesões ocasionadas pelas queimaduras, prevenir constitui-se a melhor abordagem contra queimaduras. A divulgação de medidas que previnam e orientem a população a respeito dos cuidados contra as queimaduras, é de responsabilidade do poder público e das equipes de saúde (TAKEJIMA, 2011).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As queimaduras apresentam uma taxa de morbimortalidade e permanecem em alta, provocando sequelas permanentes que interferem na qualidade de vida das vítimas de queimaduras. Os acidentes por queimaduras apresentam um índice muito alto perdendo apenas para acidente de transporte e homicídio. Nesse sentido foi observado o papel do enfermeiro na assistência aos pacientes vítimas de queimaduras.

Para que o enfermeiro proporcione o primeiro acolhimento a vítima queimada, são necessários conhecimentos fundamentais; tais como, anatomia e fisiopatologias das queimaduras, atendimento de urgência e emergência e as técnicas específicas empregadas para todos os tipos de queimaduras. Com todo esse conhecimento, o enfermeiro tem competência para coordenar o agente causador, analisar a profundidade, avaliar o grau de extensão e complexidade e realizar o cálculo da área queimada.

Além de conhecimentos teóricos e práticos, o enfermeiro precisa de um perfil que incide em autocontrole, equilíbrio emocional, saber trabalhar em equipe, ação, rapidez e tomada de decisões, sempre embasados em protocolos de atendimentos. Ele também é de extrema importância no tratamento das queimaduras, devendo proteger estas contra agentes externos, mecânicos ou biológicos, realizar a assepsia, fazer a manutenção do curativo, aplicação de medicamentos, destacando que toda a ação do enfermeiro é baseada em avaliações realizadas previamente.

Diante do tratamento da queimadura o profissional não tem autonomia para prescrever medicações, mas pode prescrever utilização de colchões especiais, aplicação de hidratante dentre outros produtos que contribuam com o tratamento da enfermidade, desde que ele esteja capacitado para realizar tais prescrições.

Diante do exposto, o enfermeiro exerce um papel vital em relação à identificação das pessoas que apresentam risco para desenvolver infecção, competindo a ele e a equipe multiprofissional a responsabilidade de aplicar as ações preventivas.

As queimaduras deixam consequências graves e incapacitantes, dependendo de sua extensão e profundidade que podem levar à morte. Vítimas de danos térmicos são susceptíveis a contaminações, alterações hormonais e metabólicas, solicitando uma assistência de enfermagem intensiva e qualificada, com informações técnico-científicas.

Compete ao enfermeiro a responsabilidade de compor diariamente planos de cuidados que atendam às necessidades físicas, sociais e psicológicas de cada paciente. De modo que ele não venha a sofrer nenhum tipo de desconforto físico e emocional.



## REFERÊNCIAS

BISCEGLI, Terezinha Soares et al. Perfil de pacientes internados em Unidade de Tratamento de Queimados do interior do estado de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 3, p. 177-182, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Manual de Condutas para Úlceras Neurotrópicas e traumáticas. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Dermatologia Sanitária**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_feridas\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf) Acesso em: 29 maio 2023.

CARVALHO, F.L. Significados da reabilitação: perspectiva de um grupo de pacientes que sofreu queimaduras e de seus familiares. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2010.

COELHO, J.A.B; ARAÚJO, S.T.C. Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. *Acta Paul enferm*. 2010.

COSTA, E.C.F.B; ROSSI, L.A. As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.37, n.3, 2013.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; et al; Percepção da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre-RS;; v.33, n.1, p.77-84, 2012.

FALCÃO, Luiz Fernando dos reis. **Primeiros socorros**. Editora Martinari; São Paulo:2010.

HUDDSON. Sandra Smith, FERGUSON, Sondra G. **Emergências Clínicas Abordagem, Intervenções e Autoavaliação**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanadara Koongan 2008.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. **Biologia celular e molecular**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

LIMA, Odinéia Batista Arantes; et al. A enfermagem e o cuidado a vítima de queimaduras:revisão integrativa; **Revista de Enfermagem REUOL**; Recife:2013; 7(esp):4944-50.

LOMBA, Marcos; LOMBA, André. **Objetivo Saúde: Emergências e Atendimento PréHospitalares**. 2. Ed., Olinda: Grupo Universitário, 2010.

MENDONÇA, Ricardo José; NETTO, Joaquim Coutinho. **Aspectos Celulares da Cicatrização**, 2009.



MURTA; Genilda Ferreira. Saberes e Práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 7.ed. São Caetano do Sul-SP: Difusão editora, 2012 no paciente adulto hospitalizado. **Rev. Enferm. UNISA**, v.6, 2015.

NOBLE, J; GOMEZ. M; FISH, J.S. Quality of life and return to work following electrical burns. *Burns*, 2016; 32(2).

OLIVEIRA, Ilanna Vanessa Pristo de M.; DIAS, Regina Valéria da Cunha. **Cicatrização de Feridas: Fases e Fatores de Influência** 2012.

PIRES, Marco Túlio Baccarini; STARLING, Sizenando Vieira. **Manual de urgências em pronto socorro**; 9º ed.; Guanabara Koogan; Rio de Janeiro:2010.

PINTO, J.M; MONTINHO, L.M.S; GONÇALVES, P.R.C. O indivíduo e a queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. *Rev. Enferm. Referência*. 2010.

PRUDENTE, Patrícia Mascagni; GENTIL, RosanaChami; Atuação do enfermeiro durante o atendimento pré-hospitalar a vítimas de queimaduras; **Revista de Enfermagem UNISA**, v.6, p:74-9, 2006.

SANTOS, Carlos Alves; SANTOS, Ariele Alves. Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao paciente queimado. **Rev Bras Queimaduras**, v.16, n.1, p.28-33, 2017.

SILVA, H.T.S. et al. Queimaduras: um estudo de caso na unidade de tratamento de queimados do Hospital Público do Oeste, em Barreiras-BA. **Revista Digital de Pesquisa CONQUER da Faculdade São Francisco de Barreiras (on-line)**, v3, 2008.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3.ed. São Caetano do sul-SP: Yendis Editora, 2011.

SILVERTHORN, DeeUnglaub. Fisiologia Humana: uma abordagem **integrada**; 5.ed. Porto Alegre: Arthmed, 2010.

SMETLZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. In: Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TAZIMA, Maria de Fatima G S; VICENTE, Yvone Avalloni de Moraes de Andrade; MORIYA, Takachi: **Biologia da Ferida e Cicatrização**, 2008.

YUE, Anna. **Atlas de Fisiologia Humana**. Barueri, SP: Yendis, 2009.