



Abordagem global do paciente queimado: uma revisão de literatura

Global approach to the burned patient: a literature review

Abordaje global del paciente quemado: revisión de la literatura

Maria Eduarda Ferreira Felga Morais¹, Bernardo Silva Bullos¹, Bruno Silva Bullos¹, Maria Isabel Ferreira Felga Morais¹, Lucineide Martins de Oliveira Maia¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar de forma global, os aspectos inerentes ao paciente com grandes queimaduras, bem como os principais equívocos de condução emergencial do tratamento desses enfermos. **Revisão Bibliográfica:** Ao longo deste artigo, verificou-se que para que haja um tratamento efetivo, alguns fatores devem ser individualizados como o diagnóstico precoce caracterizado pela identificação da etiologia, extensão, gravidade e profundidade das lesões causadas por queimaduras. A partir desses aspectos torna-se imprescindível disseminar a informação quanto ao tratamento da equipe multiprofissional em prol da retomada da qualidade de vida do paciente assolado com tal condição clínica. **Considerações finais:** Diante do exposto, visando aumentar a contribuição para a comunidade médica, a presente revisão de literatura resumiu-se na elucidação dos principais erros frente ao paciente queimado. Em uma análise epidemiológica dos casos, infere-se que apenas o tratamento multidirecionado é capaz de proporcionar a resolubilidade do quadro, aspecto este que não é visualizado em grandes centros de emergência em atendimento de pacientes traumatizados.

Palavras-chave: Queimaduras, Desenvolvimentos cutâneos, Choque.

ABSTRACT

Objective: To globally evaluate the aspects inherent to the patient with major burns, as well as the main misconceptions of emergency management of the treatment of these patients. **Bibliographic Review:** Throughout this article, it was found that in order to have an effective treatment, some factors must be individualized, such as early diagnosis characterized by the identification of the etiology, extent, severity and depth of injuries caused by burns. Based on these aspects, it is essential to disseminate information regarding the treatment of the multidisciplinary team in order to restore the quality of life of patients affected by this clinical condition. **Final considerations:** In view of the above, in order to increase the contribution to the medical community, this literature review is summarized in the elucidation of the main errors facing the burned patient. In an epidemiological analysis of the cases, it is inferred that only multi-directed treatment is able to provide the resolution of the condition, an aspect that is not seen in large emergency centers in the care of trauma patients.

Key words: Burns, Degloving injuries, Shock.

¹ Universidade de Vassouras (UV), Vassouras – RJ.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar de forma global los aspectos inherentes al paciente con grandes quemaduras, así como los principales malentendidos del manejo de urgencias del tratamiento de estos pacientes. **Revisión bibliográfica:** A lo largo de este artículo se encontró que para tener un tratamiento efectivo se deben individualizar algunos factores, como el diagnóstico precoz caracterizado por la identificación de la etiología, extensión, severidad y profundidad de las lesiones producidas por quemaduras. Con base en estos aspectos, es fundamental difundir información sobre el tratamiento del equipo multidisciplinario para restaurar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta condición clínica. **Consideraciones finales:** En vista de lo anterior, con el fin de aumentar el aporte a la comunidad médica, esta revisión bibliográfica se resume en la elucidación de los principales errores que enfrenta el paciente quemado. Del análisis epidemiológico de los casos se infiere que sólo el tratamiento multidireccional es capaz de brindar la resolución del cuadro, aspecto que no se observa en los grandes centros de urgencias en la atención de pacientes traumatizados.

Palabras clave: Quemaduras, Lesiones por desenguantamiento, Choque.

INTRODUÇÃO

A queimadura origina-se a partir de um fator causal externo, podendo ser desencadeada por conseguinte a um trauma térmico, químico, radioativo, elétrico ou por atrito. Tal fatalidade culmina em destruição total ou parcial da pele e tecidos orgânicos, de caráter doloroso, que pode progredir com infecções e perda de eletrólitos, fato que aumenta o tempo de permanência em âmbito hospitalar. Além disso, nos casos potencialmente mais graves, o enfermo pode evoluir para óbito (LIMA MG, 2019).

As lesões produzidas por queimaduras, são classificadas de acordo com a profundidade, variando entre uma escala de primeiro a quarto grau. Quanto a extensão, avalia-se o cálculo da área de Superfície Corporal Queimada (SCQ) por três possíveis formas: a Regra de Wallace, também conhecida como “Regra dos Nove”, o método da palma da mão e o gráfico de Lund Browder. O doente ainda será estratificado quanto a complexidade do ferimento como pequeno, médio e grande queimado (SMELTZER SC e BARE BG, 2015).

Destaca-se que grande parte das queimaduras ocorrem em ambientes domésticos ou laborais, por muitas vezes não apresentarem equipamentos ou medidas de segurança para proteger de tal eventualidade, podendo, portanto atingir qualquer pessoa, independente dos idosos e crianças apresentarem maior frequência por serem mais vulneráveis. Sendo assim, há uma variação dos grupos acometidos que necessitam de cuidados especiais e individualizados para cada caso, diversificando o atendimento desde o ambulatorial até o específico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando requerem tratamento de alta complexidade (GRAGNANI A e FERREIRA LM, 2009).

Os pacientes vítimas de queimaduras apresentam grandes impactos emocionais, como reflexo das sequelas físicas e funcionais, além de tratar-se de um processo doloroso, aspectos que influenciam na recuperação (NISHI PK e COSTA ECF, 2013). Por isso, ao cuidar deste enfermo deve-se ter em mente a necessidade de realizar simultâneo aos cuidados físicos, apoio emocional. Dessa maneira, as ações dos profissionais responsáveis não devem se restringir a técnicas terapêuticas acertivas, mas principalmente de esclarecer todas as etapas do tratamento e promover suporte para melhor aceitação das alterações e possíveis sequelas que possuem e poderão vir a ter como consequência deste trauma (LIMA VX, et al., 2018).

Diversas são as complicações desta injúria, variam de abalos psíquicos a danos orgânicos dependendo do local, extensão e etiologia dessas queimaduras. Destaca-se o choque hipovolêmico como repercussão grave, surgindo em muitos casos a partir de equívocos no manejo deste paciente. Nesse sentido, o que anteriormente ficava limitado a assistência do médico dermatologista, emergencista, cirurgião geral ou plástico, na atualidade, percebe-se ser necessária uma abordagem multidisciplinar, devido a gravidade e complexidade de tais agravos, englobando atendimento de profissionais médicos e não médicos (GUANILO MEE, et al., 2016; HERIQUE DM, et al., 2017).

Diante da grande prevalência dos casos de queimadura, o presente artigo objetivou revisar na literatura sobre a exposição das terapias de doco individual, fundamentais para traçar a terapêutica adequada. Em uma

análise global, fica evidente que o somatório de fatores inerentes a abordagem do trauma, como anamnese rigorosa, exame físico detalhado, ressuscitação volêmica agressiva, administração de vasoativos em casos de choque hipovolêmico, bem como a análise psicossocial intrínseca ao paciente com queimaduras extensas, são cruciais na evolução de um tratamento efetivo e longitudinal.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Conceitos e classificações

As queimaduras podem ocorrer a partir de agentes térmicos, químicos, radioativos, elétricos ou por atrito. Dentre estas, a elétrica é a mais preocupante, pois pode causar extensas lesões viscerais e possível descompasso cardíaco, tornando indispensável a realização de Eletrocardiograma (ECG) impreterivelmente em todos os indivíduos que sejam acometidos por tal etiologia. As térmicas podem ser tanto frias quanto quentes e são as de maior recorrência. Em relação a gravidade de queimaduras químicas, ao contrário do que muitos pensam, as ácidas não se apresentam como mais graves pois invadem pouco do tecido subcutâneo quando comparadas com as de origem alcalina. As de etiologia radioativa são normalmente resultado de exposição a raios Ultravioleta (UV), ou alternativas terapêuticas e diagnósticas como o Raio X e a radioterapia. Por fim, o mecanismo da queimadura por atrito se dá a partir da fricção da pele com alguma superfície, geralmente áspera resultando em abrasões cutâneas (HERIQUE DM, et al., 2017; SCHAEFER TJ e SZYMANSKI KD, 2019).

De acordo com a profundidade é possível categorizar os traumas que se restringem a epiderme e manifestam eritema, dor e ausência de formação bolhosa como sendo de primeiro grau. As de segundo grau se subdividem em superficiais, quando atingem epiderme e derme, associadas a dor, vermelhidão, bolhas e possibilidade de formação cicatricial leve e profundas são de característica dolorosa, sua extensão abrange a derme reticular e causam perda total da derme, dando lugar a um tecido fibroso cicatricial. Na presença de queimadura de terceiro grau toda derme e tecido subcutâneo são atingidos, com natureza indolor pelo acometimento de estruturas nervosas. Por conseguinte, as de quarto grau são lesões profundas que se estendem por todos os tecidos, a exemplo: ossos, tendões e músculo, configuram alta susceptibilidade a infecções sendo potencialmente fatais (CARBONI RM, et al., 2019).

O cálculo para definição da área de Superfície Corporal Queimada (SCQ) determina a extensão da queimadura, para tal têm-se a Regra de Wallace ou “regra dos nove”, que pontua nos adultos a partir dos segmentos corpóreos, valendo a cabeça 9%, tronco e abdome anterior 18%, tronco e abdome posterior 18%, cada membro superior 9%, cada membro inferior 18%, área genital, palma da mão ou pescoço 1%. Em pacientes pediátricos muda a porcentagem referente ao crânio, que equivale a 21% e membros inferiores representam 12%. A partir deste panorama surgiu a possibilidade da medição baseada na palma da mão do paciente, que vale 1%, caso o indivíduo tenha acometido apenas parte dos segmentos corporais (PAN R, et al., 2018). Há ainda o Gráfico de Lund Browder, mais utilizado em crianças por ser mais preciso, neste cada membro superior é representado por 10% e tórax com abdome anterior ou posterior contabilizam 13% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; SCHAEFER TJ e SZYMANSKI KD, 2019).

Diante desta definição adjunta a idade, causa e ao local de acometimento podemos estratificar o enfermo como sendo de alta gravidade quando envolvem alguma das seguintes características, vítimas menores de três ou maiores de sessenta e cinco anos, uma SCP com extensão maior de 20% em adultos, ou maior de 10% em crianças, as de etiologia elétrica ou química, as que culminam em repercussão inalatória ou em áreas que comprometam a vitalidade por desempenharem funções essenciais como a face, pescoço e tórax (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Assistência multidisciplinar

O tratamento de pacientes queimados deve englobar profissionais de diversas áreas da saúde, sendo eles, cirurgiões plásticos, emergencistas, dermatologistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e psicólogos. É dever do psicólogo auxiliar o doente na trajetória de superação da experiência traumática, bem como tentar alinhar as expectativas em relação a todos as terapêuticas empregadas, sendo seu atendimento,

portanto, de suma importância para um bom desfecho clínico (CARBONI RM, et al., 2019; GONÇALVES N, et al., 2011; MOLINA VANA LP, et al., 2020).

Simultâneo a isso, o terapeuta ocupacional cumpre papel indispensável no manejo pré e pós-operatório. No período que antecede a cirurgia, este profissional atua na reabilitação do indivíduo para exercer suas funções diárias de forma satisfatória. Logo após o procedimento, os terapeutas são encarregados de confeccionar órteses e aparelhos que possam auxiliar no posicionamento das partes ou membros que foram acometidas evitando que após o período de recuperação apresentem deformidades ou insuficiências funcionais (MOLINA VANA LP, et al., 2020).

No que tange as terapias propostas ao paciente queimado, a cosmiatria é um tratamento extra realizado por médicos dermatologistas a fim de corroborar com a melhora do aspecto da pele e do tecido cicatricial. Recurso este que pode ser proporcionado por cremes, lasers e luz pulsada, podendo ser iniciado durante o tratamento cirúrgico ou logo após seu término, no pós-operatório. Atualmente, apesar do alto custo implementado em sua terapêutica, a terapia com Laser de érbio tem se mostrado muito eficaz e cada vez mais requisitada para realizar o tratamento estético que almeja a redução significativa das lesões e contracturas causadas pela queimadura (RODRIGUES LA, et al., 2019).

Aspectos Psicossociais inerentes ao paciente queimado

Diante de um contexto geral, uma das vivências mais traumáticas e dolorosas passíveis de serem experimentadas são as lesões por queimadura. Normalmente ocorre de maneira acidental e inesperada, inviabilizando frequentemente o andamento de suas atividades biopsicossociais e laborais. A depender da gravidade do acidente pode haver a necessidade de intervir cirurgicamente com procedimentos como desbridamento cirúrgico e escaratomia descompressiva, de característica dolorosa, factíveis de gerar cicatrizes inestéticas, acrescido da possibilidade de deixar sequelas que gerarão dúvidas acerca do retorno ao desempenho ocupacional (CARBONI RM, et al., 2019).

Em estudo, realizado, em 2016, tornou-se evidente que os aspectos psíquicos e físicos apresentam maior comprometimento após seis meses da alta hospitalar, levando este grupo de enfermos a desenvolverem ansiedade, temor e constrangimento. O paciente vítima de queimadura sofre com manifestações de caráter sistêmico, funcional, laboral, físicas e emocionais, destacando como principais responsáveis o comprometimento do tônus muscular e de movimentações articulares, o impedimento de se expor ao sol e a presença de cicatrizes, impactando diretamente na qualidade de vida e interações sociais (RODRIGUES LA, et al., 2019; SILVA JAC, et al., 2018).

As repercussões englobam, muitas vezes, dificuldade em executar tarefas diárias simples, além de alterações da imagem, o que, trazem consequências psicológicas negativas a longo prazo. Em detrimento dessas manifestações fica evidente que a abordagem a deste doente requer cuidados integrais não sendo eficaz restringir os cuidados apenas a reabilitação funcional (RODRIGUES LA, et al., 2019; SILVEIRA RC, et al., 2017).

Torna-se notório, a partir de análise em estudos da literatura, que os pacientes que sofreram esse trauma necessitam de um cuidado multidisciplinar, especializado e individual para seu tratamento, a proposta em questão permite dessa forma uma recuperação adequada que busca minimizar as sequelas do enfermo. Em uma análise quantitativa dos casos, tem-se que as etapas de recuperação e reabilitação de vítimas com extensa SCQ demanda tempo e cuidado direcionado caso a caso. A terapêutica multidisciplinar deve propor apoio psicossocial e disciplina quanto a realização contínua de curativos, objetivando promover o mais breve possível um retorno às atividades laborais, sociais e familiares (ROCHA JLFN, et al., 2016; VANA LPM, et al., 2020).

Somado a esta condição, a rotina intensa de cuidados e a distancia de entes queridos, o paciente desenvolve sensação de impotência no período de pós hospitalização. À vista disso, a atuação da equipe de saúde deve dar assistência individual as necessidades deste enfermo através da promoção de apoio concomitante com a requisição de familiares a participar do processo de cuidado otimizando a evolução e melhora no quadro deste doente (RODRIGUES LA, et al., 2019; SOUZA MT, et al., 2018).

Abordagem terapêutica: atentimentos iniciais e manejo cirúrgico

O primeiro passo da abordagem deste grupo de pacientes se dá pelo A,B,C,D,E do trauma adaptado a ocorrência de queimaduras, sendo o A, avaliação quanto ao estado das vias aéreas, podendo ser prévias ou não; o B, avalia a ventilação, aspecto inerente a capacidade de expandir e retrair o tórax para realizar uma eficiente troca gasosa; o C, avalia diretamente a circulação do paciente, fundamental principalmente em casos de trauma associado a queimaduras de diferente etiologias e prognósticos; o D, avalia se o estado neurológico se encontra preservado ou não através da Escala de Coma de Glasgow; e por fim, a etapa E, consiste em expor toda a superfície corporal do enfermo para buscar possíveis lesões, sejam elas de caráter traumático ou as próprias queimaduras em si, vale ressaltar a importância de conduzir o paciente ao centro cirúrgico com intuito de desbridar possíveis focos, os quais, não podem ser retirados no momento da primeira avaliação (MOLA R, et al., 2018; PESSOA LMB, et al., 2018).

A ressuscitação volêmica é uma medida fundamental, visto que o choque hipovolêmico é uma das principais complicações a título de prevalência em pacientes grandes queimados. Mediante ao exposto, torna-se imprescindível a punção de ao menos dois acessos venosos periféricos, preferencialmente em áreas cuja pele esteja íntegra a fim de evitar infecções associadas a grande exposição dos tecidos subcutâneos. Porém, na inviabilidade de realizar acesso em sítio periférico, por incapacidade de fixação, recomenda-se fixar o acesso através da realização de sutura. Ao grande queimado, preconiza-se um acesso profundo e outro periférico, com o objetivo de administrar drogas vasoativas adjunto a reposição volêmica agressiva para reversão do quadro de choque hipovolêmico (MOLA R, et al., 2018).

Para realizar o cálculo adequado da reposição volêmica maciça a ser administrada no paciente vítima de queimadura, utiliza-se a Fórmula de Parkland, calculada a partir da equação $(2-4\text{ml} \times \text{SCQ}\% \times \text{peso estimado em Kg})$. Sua infusão deve ser específica para ser efetiva na reversão em quadros de choque hipovolêmico, onde 50% do volume calculado deverá ser infundido em acesso periférico nas primeiras oito horas, contando a partir do momento em que o incidente ocorreu, e os 50% de volume restantes deverão ser administrados nas dezesseis horas seguintes. Para confirmar a efetividade dessa terapêutica, preconiza-se avaliar constantemente a diurese horária do doente, com o intuito de evitar uma hiperhidratação indesejada (PAN R, et al., 2018).

Em estudo epidemiológico, foi constatado que grande parte dos profissionais de saúde que atuam em cenários de emergências, apresentam dificuldade e cometem erros grosseiros no cálculo e administração de soluções balanceadas, tal como Ringer Lactato (RL), utilizado para ressuscitação agressiva da volêmia. Ressalta-se que a infusão de metade da solução total deve ser administrada nas primeiras oito horas subsequentes ao acidente, e não a partir do instante admissional em âmbito intra-hospitalar (MOLA R, et al., 2018).

A título farmacológico, convencionou-se o uso de opióides potentes para promover analgesia em pacientes com dor de moderada a alta. Com finalidade de promover uma analgesia eficaz e potencializada, faz-se uso da combinação de medicamentos, aspecto esse que diminui doses individuais e efeitos indesejáveis na terapêutica instituída. Torna-se imprescindível levar em consideração a profundidade da queimadura. Em queimaduras de terceiro grau, grande parte da superfície cutânea e tecidos nervosos são perdidos, aspecto este que proporciona ausência de dor ao paciente. Todavia, em casos de queimaduras muito profundas, como o caso relatado anteriormente, destaca-se a importância de levar em consideração outras profundidades que circundam a queimadura de terceiro grau, onde essas percutem no paciente com cargas elevadas de dor e alta necessidade de administrar fármacos analgésicos para reiteirar a qualidade de vida deste doente (LIMA VX, et al., 2018)

Desbridamento cirúrgico

O procedimento de desbridamento deve ser realizado no centro cirúrgico, apresentando como objetivo principal a remoção de tecidos necróticos, bem como de secreções, aderidas entre a lesão e as roupas do paciente. Sua indicação, majoritariamente, deve ocorrer em casos de segundo e terceiro grau. Ao avaliar a ferida desbridada deve-se promover a cobertura com gaze embebida de soro fisiológico 0,9% ou RL

aquecidos com a intenção de evitar perdas hidroeletrólíticas, proliferação microbiana e infecções oportunistas de pele (SANTOS ICRV, et al., 2013; POSSAMAI L, et al., 2018).

Escarotomia descompressiva

Na abordagem inicial do paciente queimado, ao realizar o cálculo da SCQ através da regra Wallace ou “regra dos 9”, devemos analisar diretamente o tórax do paciente na etapa E, do ABCDE do trauma direcionado ao paciente vítima de queimadura. Perante avaliação da gravidade do caso, infere-se que paciente cuja lesão predomina em tronco e membros superiores, a evolução para descompensação respiratória deve ser considerada (MOLA R, et al., 2018).

Em um primeiro momento, subsequente ao paciente com queimadura extensa em tórax, a lesão formada proporciona o extravasamento de líquidos do meio intracelular para o meio extracelular, aspecto este, responsável por desencadear uma característica úmida à injúria. Tal aspecto retarda o diagnóstico de insuficiência respiratória, pois apenas em segundo plano a lesão apresentar drenagem das secreções com posterior ressecamento cutâneo (RODRIGUES LA, et al., 2019; SILVEIRA RC, et al., 2017).

Ao atingir esse nível, o paciente apresenta dificuldade em expandir e retrain a caixa torácica, evoluindo a partir desse ponto para injúria respiratória aguda, com alteração agressiva dos parâmetros de gasometria arterial e, possivelmente, alteração do nível de consciência, devendo ser avaliado através da escala de Glasgow, a partir da qual a necessidade de intubação será individualizada. Caso o paciente necessite de intubação orotraqueal, apenas a correção dos parâmetros respiratórios é suficiente para a correção dos distúrbios ácido-base. Em caso de associação com incapacidade de ampliar e retrain a caixa, deve-se prosseguir com a escarotomia descompressiva, promovendo então a reintegração da relação ventilação/oxigenação. Ao implementar tal terapêutica, devemos seguir as linhas de tensão da pele com a prerrogativa de evitar cicatrizes pouco estéticas e/ou expansão insuficiente (NOVAES FN, et al., 2008; BOLGIANI AN e SERRA MCVF, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todas as informações relatadas, fica evidente que a avaliação inicial ao paciente queimado, implica diretamente no prognóstico desse doente. Preconiza-se que o atendimento deve ser multidisciplinar para propor uma terapêutica congruente sendo aplicada sempre levando em consideração aspectos inerentes à lesão inicial, tal como profundidade, extensão, gravidade, além de distúrbios psicossociais subsequentes ao trauma. Para efetividade do tratamento, nenhuma terapêutica deverá ser instalada sem avaliar todos os aspectos deste enfermo, sendo, dessa forma, indispensável realizar uma anamnese detalhada, exame físico rigoroso e ABCDE direcionado ao atendimento de pacientes queimados.

REFERÊNCIAS

1. BOLGIANI AN, SERRA MCVF. Updating in the local treatment of the burns. *Rev Bras Queimaduras*, 2010; 9(2): 38-44.
2. CARBONI RM, et al. Therapy for patients with burns-an integrating review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2019; 65(11): 1405-1412.
3. EVERS LH, et al. A biologia das queimaduras. *Dermatologia experimental*, 2010; 19(9): 777-783.
4. GONÇALVES N, et al. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2011; 19(3): 09.
5. GRAGNANI A, FERREIRA LM. Pesquisa em queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2009;8(3): 91-6.
6. GUANILO MEE, et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. *Escola Anna Nery*, 2016; 20 (1): 155-166.
7. HERIQUE DM, et al. Aprazamento seguro da terapia analgésica com opioides no paciente queimado: um estudo transversal. *Revista de Enfermagem UERJ*, 2017; 25: e28082.
8. LIMA MG, et al. Análise do perfil dos casos de queimaduras em Sergipe nos anos de 2013-2018. *Brazilian Journal of Health Review*, 2019; 2(3): 1555-1561.
9. LIMA VX, BRITO MEM. Percepções da equipe de enfermagem acerca da prática da educação em saúde em um centro de tratamento de queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2018; 17 (1): 2-7.

10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Série F: Comunicação e Educação em Saúde. Brasília - DF: Brasil, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.
11. MOLA R, et al. Características e complicações associadas às queimaduras de pacientes em unidade de queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2018; 17(1):8-13.
12. MOLINA VANA LP, et al. Atualização e sistematização de sequelas em queimaduras. *Cirurgia Plástica Ibero-Latinoamericana*, 2020; 46: 97-106.
13. NISHI PK, COSTA ECF. Cuidados de enfermagem à paciente vítimas de queimaduras: identificação e características clínicas/Nursing care to victims of burns patients: identification and clinical features. *Revista UNINGÁ*, 2013, n.36, p. 181-192.
14. NOVAES FN, et al. Queimaduras—parte II: Tratamento da Lesão. 2008. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331321259083a.pdf>. Acessado em: 31 mar.2021.
15. PAN R, et al. Conhecimento de profissionais de saúde acerca do atendimento inicial intra-hospitalar ao paciente vítima de queimaduras. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2018; 39: e2017-0279.
16. PESSOA LMB, et al. Internações hospitalares de pacientes queimados em hospital de referência do estado de Alagoas. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2018; 17 (2): 1-6.
17. POSSAMAI L, et al. Queimaduras-manejo cirúrgico. *Acta méd.*, 2012; 33(1): 7.
18. ROCHA JLFN, et al. Qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras atendidos no ambulatório da unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2016; 15(1): 3-7.
19. RODRIGUES LA, et al. O profissional de saúde na Unidade de Tratamento de Queimados: Atenção e cuidado com os aspectos psicológicos dos paciente. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2019; 18 (1): 16-22.
20. SANTOS ICRV, et al. Desbridamentocirúrgicoeacompetêncialegaldoenfermeiro.Texto&Contexto-Enfermagem, 2013; 22(1): 184-192.
21. SCHAEFER TJ, SZYMANSKI KD. Burn Evaluation and Management. *Stat Pearls*, 2019.
22. SILVA JAC, et al. Epidemiologia, principais complicações e mortalidade dos pacientes atendidos em um Centro de Tratamento de Queimados na Amazônia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 2018; 33 (1): 104-109.
23. SILVEIRA RC, 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*, 2017; 16(3): 150-156.
24. SMELTZER SC, BARE BG. Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015; 62: 1809-1810.
25. SOUZA MT, et al. Fluxos assistenciais de médios e grandes queimados nas regiões e redes de atenção à saúde de Minas Gerais. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2018; 26 (3): 327-335.
26. VANA LPM, et al. Atualização e sistematização de sequelas em queimaduras. *Cirurgia Plástica Ibero-Latino-americana*, 2020; 46 (supl.1): 97-106.