

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE QUEIMADURAS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**NURSING CARE FOR BURN VICTIMS IN URGENT AND EMERGENCY CARE
SERVICES**

Ciências da Saúde • 01/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790713588](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790713588)

Styng Raony Olanda Brandao¹

RESUMO

As queimaduras constituem agravos traumáticos capazes de produzir alterações locais e sistêmicas, com repercussões imediatas sobre a via aérea, a ventilação, a perfusão, a termorregulação, a integridade cutânea, o equilíbrio hidroeletrólítico e o controle da dor. Nos serviços de urgência e emergência, a qualidade do atendimento depende da identificação rápida da gravidade, da interrupção do processo de queimadura, da avaliação sistematizada e da instituição oportuna de medidas de suporte e encaminhamento. Este artigo teve como objetivo analisar, à luz da literatura científica, a assistência de enfermagem à vítima de queimaduras no contexto da urgência e emergência, com ênfase na avaliação inicial, estabilização, reposição volêmica, manejo da dor, cuidado da ferida, prevenção de infecções, identificação de lesão inalatória, monitorização e continuidade do cuidado. Trata-se de uma revisão qualitativa da literatura, construída a partir de publicações científicas, documentos técnicos e diretrizes de organizações reconhecidas, priorizando o período de 2016 a 2026 e incorporando referências anteriores quando necessárias à fundamentação de conceitos consolidados. A literatura evidencia que a atuação de enfermagem não se restringe à execução de procedimentos, envolvendo avaliação clínica contínua, priorização de riscos, registro, administração segura de terapias, vigilância de complicações e articulação multiprofissional. A análise também indica que a padronização dos processos assistenciais, a capacitação permanente e o uso criterioso de protocolos podem reduzir atrasos e falhas na abordagem inicial. Conclui-se que a assistência de enfermagem qualificada, sistematizada e baseada em evidências é componente essencial da resposta aos pacientes queimados, especialmente nas primeiras horas após o trauma, quando decisões relacionadas à via aérea, circulação, analgesia, conservação térmica e transferência podem modificar o curso clínico.

Palavras-chave: Queimaduras; Enfermagem; Urgência e emergência; Reanimação; Segurança do paciente.

ABSTRACT

Burns are traumatic injuries that may cause local and systemic alterations, with immediate consequences for the airway, ventilation, perfusion, thermoregulation, skin integrity, fluid balance, and pain control. In emergency services, high-quality care depends on rapid recognition of severity, interruption of the burning process, systematic assessment, timely supportive measures, and appropriate referral. This study aimed to critically analyze, based on the scientific literature, nursing care provided to burn victims in urgent and emergency settings, emphasizing initial assessment, stabilization, fluid resuscitation, pain management, wound care, infection prevention, recognition of inhalation injury, monitoring, and continuity of care. This is a qualitative literature review based on scientific publications, technical documents, and clinical guidelines, prioritizing the period from 2016 to 2026 and incorporating earlier references when necessary for established concepts. The literature indicates that nursing care goes beyond procedure performance and includes continuous clinical assessment, risk prioritization, safe administration of therapies, documentation, surveillance of complications, and multidisciplinary coordination. The analysis also highlights the importance of standardized care processes, continuing education, and evidence-based protocols. Qualified, systematic, and evidence-based nursing care is therefore an essential component of the management of burn patients, particularly during the first hours after injury, when decisions regarding airway protection, circulation, analgesia, temperature control, and referral may influence clinical outcomes.

Keywords: Burns; Nursing care; Emergency care; Resuscitation; Patient safety.

1. INTRODUÇÃO

As queimaduras são lesões provocadas pela transferência de energia para os tecidos, podendo decorrer de agentes térmicos, elétricos, químicos, radioativos ou de outras fontes. Embora a manifestação inicial mais evidente seja frequentemente cutânea, a extensão da resposta orgânica depende da profundidade e da superfície corporal acometida, da localização da lesão, do mecanismo do trauma, da idade e das condições clínicas preexistentes. Em situações extensas, a perda da barreira cutânea e a resposta inflamatória podem produzir alterações hemodinâmicas, metabólicas e imunológicas que ultrapassam o local da lesão. Por isso, o atendimento inicial exige uma abordagem organizada, capaz de distinguir rapidamente o paciente que pode receber tratamento local daquele que necessita de suporte avançado e avaliação em centro especializado.

No Brasil, a magnitude do problema pode ser observada tanto pela ocorrência de internações quanto pela mortalidade. Documento técnico do Ministério da Saúde, baseado no Sistema de Informações sobre Mortalidade, identificou 19.772 óbitos por queimaduras no período de 2015 a 2020. Desse total, 10.545 foram atribuídos a causas térmicas, 9.117 a causas elétricas e 110 a outras causas. Em 2020, foram registrados 3.454 óbitos por todas as causas de queimaduras, e a mortalidade apresentou maior risco entre pessoas com 60 anos ou mais. Esses dados se referem especificamente a óbitos e não representam o universo de pessoas que sofreram queimaduras, muitas das quais sobrevivem com limitações funcionais, cicatrizes, alterações psicossociais ou necessidade de reabilitação.

Dados mais recentes divulgados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), referentes a 2023, registraram 31.721 internações por queimaduras e corrosões e 887 mortes no país. A distribuição etária descrita no documento evidencia que crianças de zero a nove anos constituíram o grupo com maior frequência de acometimento, seguido por adultos jovens. A coexistência de diferentes padrões epidemiológicos reforça que a assistência de enfermagem precisa ser adaptável à idade, ao mecanismo do acidente, à profundidade da lesão e às condições clínicas do paciente.

No cenário da urgência e emergência, o enfermeiro ocupa posição estratégica. A avaliação inicial precisa ocorrer sem perder de vista que a aparência da lesão pode subestimar sua gravidade. Um paciente com queimadura facial e exposição à fumaça, por exemplo, pode desenvolver edema progressivo da via aérea. Da mesma forma, uma queimadura extensa pode desencadear hipovolemia relativa e choque, enquanto uma lesão circunferencial pode comprometer perfusão distal ou expansão torácica. Assim, a assistência requer raciocínio clínico e acompanhamento dinâmico, e não apenas uma sequência fixa de procedimentos.

A literatura contemporânea sobre cuidado ao paciente queimado destaca a importância da atuação integrada da equipe desde o primeiro contato. Revisão direcionada à assistência de enfermagem identificou, entre os principais cuidados hospitalares descritos, o controle de sinais vitais, a troca de curativos e coberturas, estratégias não farmacológicas para redução da dor e ações voltadas à segurança da terapia. Estudos de cuidados intensivos também ressaltam que o enfermeiro participa de maneira decisiva da estabilização inicial, do monitoramento da reposição volêmica, da

prevenção de hipotermia, do controle da dor e da identificação precoce de complicações.

Diante desse contexto, este artigo parte da seguinte questão norteadora: quais são os principais elementos da assistência de enfermagem à vítima de queimaduras nos serviços de urgência e emergência descritos na literatura contemporânea? O objetivo geral é analisar criticamente as evidências disponíveis sobre a atuação da enfermagem nesse cenário. Como objetivos específicos, busca-se discutir a avaliação inicial e a classificação da gravidade; abordar a estabilização da via aérea e a suspeita de lesão inalatória; analisar o papel da enfermagem na reposição volêmica e monitorização; examinar o controle da dor e os cuidados com a ferida; discutir prevenção de infecção, segurança, registro, transferência e continuidade do cuidado; e refletir sobre a necessidade de qualificação profissional e padronização assistencial.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão qualitativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, destinada a reunir e interpretar evidências relacionadas à assistência de enfermagem à vítima de queimaduras nos serviços de urgência e emergência. A opção pela abordagem qualitativa decorre da natureza do problema investigado, que envolve não apenas resultados clínicos, mas também processos de avaliação, tomada de decisão, organização do cuidado, comunicação e segurança do paciente.

A busca bibliográfica foi orientada por combinações dos descritores e termos relacionados a “burns”, “burn injury”, “nursing care”, “emergency care”, “burn resuscitation”, “inhalation injury”, “pain

management”, “burn wound” e “burn patient”. Foram priorizadas publicações localizadas em bases bibliográficas reconhecidas, especialmente PubMed/MEDLINE, além de documentos institucionais e diretrizes de organismos de referência. Também foram consultadas publicações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil para contextualização epidemiológica e normativa.

Foram considerados prioritariamente estudos publicados entre 2016 e 2026, com inclusão de trabalhos anteriores quando necessários para compreender conceitos, métodos ou princípios ainda utilizados na prática contemporânea. Foram valorizados artigos de revisão, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas, estudos de consenso e documentos oficiais. Foram excluídos textos sem relação direta com o atendimento inicial ou hospitalar do paciente queimado, materiais sem identificação bibliográfica suficiente e conteúdos opinativos não respaldados por referências verificáveis.

A análise foi organizada por eixos temáticos previamente definidos a partir da leitura dos materiais selecionados: (1) avaliação inicial e classificação da queimadura; (2) prioridades de estabilização; (3) lesão inalatória e via aérea; (4) reposição volêmica e monitorização; (5) controle da dor; (6) cuidados com a ferida e coberturas; (7) prevenção e reconhecimento de infecção; (8) aspectos nutricionais e termorregulação; (9) segurança do paciente, registros e comunicação; e (10) continuidade do cuidado e encaminhamento para serviços especializados.

Por se tratar de revisão de literatura, não houve coleta de dados diretamente com pacientes ou profissionais, nem utilização de informações individuais identificáveis. Os dados epidemiológicos apresentados foram mantidos vinculados ao período e à fonte de

origem, evitando a generalização de resultados de uma população para outra. A interpretação crítica foi desenvolvida pelo autor a partir da convergência e das limitações identificadas nas fontes consultadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Magnitude do Problema e Implicações para a Urgência e Emergência

As queimaduras devem ser compreendidas como um problema de saúde que combina acidente, trauma, risco de complicações agudas e possibilidade de sequelas prolongadas. A análise do Ministério da Saúde sobre mortalidade entre 2015 e 2020 mostrou 19.772 mortes, com participação expressiva das causas térmicas e elétricas. O mesmo documento demonstrou que o risco de morte aumenta com a idade, sendo particularmente elevado entre pessoas com 60 anos ou mais. Esse achado é clinicamente relevante porque idosos podem apresentar menor reserva fisiológica, maior prevalência de comorbidades e uso simultâneo de medicamentos, fatores que podem interferir na resposta ao trauma e na recuperação.

Em contraposição, os dados de internação mostram que crianças também constituem população importante no atendimento às queimaduras. O relatório da CONITEC referente a 2023 registrou 31.721 internações por queimaduras e corrosões no Brasil e apontou a faixa de zero a nove anos como a mais atingida. Essa diferença entre frequência e mortalidade demonstra que o perfil epidemiológico não pode ser interpretado por um único indicador. A equipe de enfermagem deve considerar simultaneamente a probabilidade de

ocorrência, a gravidade, o risco de deterioração e as necessidades específicas de cada faixa etária.

A distribuição das causas também interfere no atendimento. As queimaduras térmicas tendem a estar associadas ao ambiente doméstico, enquanto as elétricas apresentam importante relação com atividades produtivas e podem provocar lesões profundas, arritmias, rabdomiólise e outras complicações. As queimaduras químicas, por sua vez, exigem atenção especial à identificação do agente e à descontaminação. O mecanismo do acidente, portanto, deve fazer parte da anamnese inicial e da comunicação entre a equipe.

Do ponto de vista da organização da urgência, esses elementos indicam que a classificação de risco não deve depender exclusivamente da porcentagem de superfície corporal queimada. Localização, profundidade, mecanismo, suspeita de lesão inalatória, idade, comorbidades, trauma associado e capacidade de controle da dor também influenciam a necessidade de avaliação especializada. As diretrizes da American Burn Association recomendam consulta imediata e consideração de transferência em situações como queimaduras de espessura total, queimaduras profundas em áreas anatômicas críticas, lesões por inalação suspeita, todas as queimaduras químicas e lesões elétricas de alta voltagem.

3.2. Avaliação Inicial e Prioridades Assistenciais

A avaliação inicial da vítima de queimadura deve seguir uma lógica semelhante à utilizada em outros pacientes traumatizados, priorizando ameaças imediatas à vida. A abordagem sistematizada da via aérea, respiração e circulação permite identificar problemas

que não podem aguardar a avaliação detalhada da ferida. Na prática de enfermagem, isso significa observar nível de consciência, permeabilidade da via aérea, padrão respiratório, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, pressão arterial, perfusão periférica e temperatura, ao mesmo tempo em que se coleta a história do evento.

A interrupção do processo de queimadura é uma das primeiras medidas. A fonte térmica, elétrica ou química deve ser afastada de maneira segura, evitando nova exposição da vítima e da equipe. Roupas e acessórios que possam manter calor ou provocar compressão devem ser avaliados e retirados quando indicado, especialmente anéis, pulseiras e outros objetos que possam se tornar constritivos à medida que o edema aumenta. Em queimaduras químicas, a prioridade é interromper a exposição e realizar descontaminação conforme o agente e os protocolos institucionais.

Outro aspecto relevante é a prevenção da hipotermia. A perda da barreira cutânea reduz a capacidade de conservar calor, e intervenções prolongadas com exposição do corpo podem agravar o resfriamento. A equipe deve equilibrar a necessidade de limpeza e avaliação da lesão com medidas de conservação térmica. O cuidado com temperatura ambiente, cobertores, fluidos aquecidos quando indicados e redução da exposição corporal integra a segurança do atendimento.

A avaliação da extensão da queimadura é necessária para orientar condutas, especialmente a reposição volêmica e a decisão sobre transferência. A regra dos nove pode ser utilizada em adultos, enquanto métodos ajustados à idade, como a tabela de Lund-

Browder, são mais apropriados para crianças. Para áreas pequenas ou irregulares, a superfície palmar pode funcionar como estimativa rápida. É importante destacar que queimaduras superficiais não devem ser contabilizadas da mesma forma que lesões de espessura parcial ou total para fins de cálculo da superfície corporal queimada.

A profundidade também deve ser analisada. Queimaduras superficiais tendem a ser eritematosas, dolorosas e com branqueamento à pressão. Lesões de espessura parcial superficial costumam apresentar umidade, bolhas e dor intensa, enquanto as mais profundas podem apresentar menor branqueamento e sensibilidade reduzida. Nas queimaduras de espessura total, a pele pode adquirir aspecto seco e coriáceo, com alteração variável da coloração e perda da sensibilidade dolorosa local. A avaliação deve ser documentada e reavaliada, porque a aparência da lesão pode mudar ao longo do tempo.

3.3. Lesão Inalatória e Proteção da Via Aérea

A lesão inalatória representa uma das principais situações de risco na abordagem do paciente queimado. A exposição à fumaça pode causar dano térmico ou químico às vias aéreas e também toxicidade sistêmica por gases. Revisões recentes descrevem a associação entre lesão inalatória e maior risco de complicações respiratórias, necessidade de suporte ventilatório e mortalidade. A apresentação clínica pode ser inicialmente discreta, o que torna a vigilância de enfermagem especialmente importante.

Na avaliação inicial, devem ser valorizados história de exposição à fumaça em ambiente fechado, queimadura facial, pelos nasais chamuscados, fuligem em face ou secreções, alteração da voz, tosse,

dispneia, estridor, dificuldade respiratória e alteração do nível de consciência. Nenhum sinal isolado deve ser interpretado fora do contexto clínico. A progressão do edema das vias aéreas pode tornar uma intubação posterior mais difícil; por isso, sinais de deterioração devem ser comunicados imediatamente.

A atuação da enfermagem inclui monitorização contínua, preparo de equipamentos para suporte ventilatório, manutenção de oxigenação conforme prescrição e protocolo, acompanhamento da resposta clínica e comunicação estruturada com a equipe médica. Em pacientes intubados, a enfermagem também assume papel fundamental na manutenção da via aérea, prevenção de eventos associados à ventilação, controle da sedação e analgesia conforme prescrição, higiene oral e vigilância de sinais de deterioração.

A literatura recente sobre lesão inalatória demonstra que ainda existem áreas de incerteza quanto a determinadas intervenções. Um painel internacional de especialistas publicado em 2023 encontrou concordância para algumas estratégias, mas também classificou outras como incertas. Essa informação é relevante porque reforça que protocolos locais devem ser atualizados e utilizados em conjunto com avaliação clínica, em vez de transformar uma recomendação em regra inflexível.

3.4. Reposição Volêmica, Monitorização e Prevenção do Choque

Queimaduras extensas podem produzir aumento importante da permeabilidade capilar e deslocamento de líquidos para o espaço intersticial. A consequência é redução do volume circulante efetivo, com risco de choque do queimado. A reposição de fluidos constitui, portanto, um componente central do atendimento ao paciente com

maior extensão de queimadura. A enfermagem participa da execução do plano terapêutico, da instalação e manutenção de acessos, da administração segura de soluções e, principalmente, da avaliação contínua da resposta ao tratamento.

Fórmulas de reanimação, como a de Parkland, continuam sendo utilizadas como ponto de partida em muitos protocolos, mas a literatura contemporânea ressalta que a quantidade calculada não deve ser considerada um resultado definitivo. Diretrizes recentes da American Burn Association recomendam uma abordagem mais individualizada para adultos com queimaduras extensas, enfatizando titulação do volume de cristalóide e monitorização da resposta. Estudos também demonstram que tanto sub-reposição quanto excesso de fluidos podem produzir complicações.

No trabalho de enfermagem, isso significa acompanhar rigorosamente balanço hídrico, débito urinário, sinais vitais, perfusão periférica, estado mental, características das extremidades e outros parâmetros definidos pelo protocolo institucional. A diurese é um indicador importante da resposta à ressuscitação, mas deve ser interpretada em conjunto com o quadro clínico. O excesso de fluidos pode favorecer edema, síndrome compartimental e outras complicações; portanto, aumentar indiscriminadamente o volume em resposta a qualquer alteração não representa uma conduta segura.

A instalação de sonda vesical, quando indicada, exige técnica adequada e registro do horário de instalação e dos volumes urinários. A mensuração horária permite identificar tendências e facilita a comunicação com a equipe. O enfermeiro deve ainda verificar a permeabilidade dos dispositivos, evitar erros de registro e

comunicar alterações persistentes, como oligúria, hipotensão ou sinais de sobrecarga.

3.5. Controle da Dor: Dimensão Clínica e Humana do Cuidado

A dor da queimadura pode ser intensa, persistente e agravada por procedimentos como limpeza da ferida, troca de curativos, desbridamento e mobilização. O controle inadequado da dor pode comprometer a adesão ao cuidado, elevar a resposta ao estresse e contribuir para sofrimento psicológico. A literatura específica da American Burn Association reconhece a necessidade de estratégias multimodais, combinando medicamentos e intervenções não farmacológicas de acordo com a condição clínica.

A avaliação da dor deve ser sistemática, utilizando escala apropriada à idade, capacidade cognitiva e condição clínica. Não basta registrar a existência de dor: é necessário documentar intensidade, localização, características, fatores de piora e resposta às intervenções. A reavaliação após a administração de analgésicos é indispensável para verificar efetividade e identificar efeitos adversos.

No contexto de procedimentos dolorosos, a enfermagem pode colaborar com planejamento antecipado. Quando houver prescrição, a analgesia deve ser administrada em tempo suficiente para produzir efeito antes da intervenção. Técnicas de comunicação, explicação do procedimento, controle ambiental, respiração guiada, distração e apoio emocional podem complementar o tratamento farmacológico. A participação da família ou acompanhante, quando apropriada, também pode favorecer sensação de segurança, sobretudo em crianças.

O uso de opioides em pacientes com queimaduras graves requer vigilância para depressão respiratória, sedação excessiva, náuseas, alterações hemodinâmicas e outros eventos adversos. A recomendação contemporânea é evitar dependência de uma única estratégia e considerar combinação racional de métodos farmacológicos e não farmacológicos. A enfermagem tem papel central na avaliação dos efeitos terapêuticos e na identificação de eventos adversos.

3.6. Cuidados com a Ferida, Limpeza, Coberturas e Proteção da Pele

O cuidado da ferida queimada tem como objetivos favorecer cicatrização, reduzir contaminação, controlar dor, preservar tecido viável e preparar o paciente para procedimentos definitivos quando necessários. A seleção de cobertura depende da profundidade, localização, exsudato, disponibilidade de materiais, protocolo institucional e plano terapêutico. A literatura sobre coberturas demonstra avanço de tecnologias, incluindo produtos biossintéticos, hidrogéis e coberturas antimicrobianas, mas não existe um material universalmente ideal para todos os cenários.

A enfermagem deve realizar o cuidado da ferida com técnica apropriada, utilizando equipamentos de proteção e medidas de prevenção de contaminação. A manipulação deve ser planejada para reduzir exposição desnecessária e dor. A descrição da ferida deve ser objetiva, incluindo localização, extensão estimada, profundidade, presença de bolhas, exsudato, odor, coloração e alterações relevantes. Registros padronizados facilitam a comparação entre avaliações sucessivas.

A escolha de agentes tópicos antimicrobianos deve respeitar indicação clínica e protocolo. Revisões recentes ressaltam que existe heterogeneidade entre diretrizes internacionais e que a escolha deve considerar profundidade, gravidade e cenário. Isso reforça a necessidade de evitar práticas automáticas baseadas apenas em hábito. A equipe deve conhecer as indicações, contraindicações, tempo de permanência e possíveis efeitos adversos dos produtos utilizados no serviço.

A aplicação de substâncias caseiras, pomadas não prescritas ou materiais improvisados deve ser evitada, pois pode dificultar a avaliação da lesão e aumentar risco de contaminação. No atendimento de emergência, a prioridade é interromper o processo de queimadura, estabilizar o paciente e proteger a área lesada de acordo com protocolos reconhecidos. A educação do paciente e da família sobre o que não aplicar na ferida constitui parte do cuidado.

3.7. Prevenção, Identificação e Controle de Infecções

A perda da barreira cutânea torna o paciente queimado vulnerável à colonização e à infecção. Em lesões extensas, alterações imunológicas e permanência hospitalar podem aumentar ainda mais esse risco. A literatura aponta a infecção como importante causa de morbimortalidade após a fase inicial da reanimação. Por essa razão, prevenção e reconhecimento precoce devem integrar o processo de enfermagem.

A vigilância deve incluir temperatura, estado geral, aspecto da ferida, mudança de coloração, aumento de exsudato, odor, dor desproporcional, alterações hemodinâmicas, alterações respiratórias e resultados laboratoriais quando disponíveis. Nenhum achado

isolado confirma infecção, e a avaliação precisa considerar a evolução clínica. O uso rotineiro de antibióticos sistêmicos de forma profilática não é recomendado para a maioria dos pacientes com queimaduras sem indicação específica; a decisão deve seguir avaliação clínica e protocolo.

A higiene das mãos, técnica asséptica quando indicada, uso adequado de equipamentos de proteção, limpeza dos equipamentos e organização do ambiente são medidas aparentemente simples, mas essenciais. Em serviços com grande fluxo, a pressão assistencial pode favorecer atalhos e falhas de processo. Por isso, a existência de protocolos, checklists e auditoria de adesão pode ser uma ferramenta de segurança.

Quando houver suspeita de infecção ou sepse, o enfermeiro deve reconhecer sinais de deterioração e acionar rapidamente a equipe. A comunicação de alterações deve ser objetiva, utilizando parâmetros clínicos e temporais. O registro também possui valor assistencial, legal e epidemiológico, pois permite reconstruir a evolução do paciente e avaliar a resposta às intervenções.

3.8. Termorregulação, Nutrição e Prevenção de Complicações

A queimadura extensa modifica o metabolismo e pode desencadear estado hipermetabólico prolongado. Revisões recentes destacam que o aumento do catabolismo pode favorecer perda muscular, prejuízo da cicatrização, maior risco de infecção e disfunção orgânica quando as necessidades nutricionais não são adequadamente atendidas. Embora a prescrição nutricional seja responsabilidade compartilhada com equipe multiprofissional, a

enfermagem participa da identificação de necessidades, monitoramento da aceitação e segurança da terapia.

No atendimento inicial, a prioridade é a estabilização. Entretanto, após o controle das ameaças imediatas, a assistência precisa evoluir para manutenção do estado nutricional, prevenção de lesões por pressão, mobilização adequada e acompanhamento das eliminações. Pacientes com grandes queimaduras podem permanecer internados por períodos prolongados, tornando o cuidado de enfermagem determinante para prevenir complicações secundárias.

A manutenção da posição funcional das articulações, conforme orientação da equipe, e a mobilização precoce quando clinicamente possível podem contribuir para preservar função e reduzir risco de contraturas. Complicações como cicatrizes hipertróficas, prurido, dor, alterações sensitivas, amputações e contraturas podem comprometer a qualidade de vida mesmo depois da cicatrização da ferida. Dessa forma, o cuidado de enfermagem na emergência deve ser compreendido como parte de uma trajetória assistencial que continua na internação e na reabilitação.

3.9. Processo de Enfermagem, Registros e Segurança do Paciente

A assistência ao paciente queimado exige organização do raciocínio clínico e continuidade das informações. A utilização do Processo de Enfermagem favorece a identificação das necessidades, definição de prioridades, planejamento de intervenções e avaliação dos resultados. No cenário de emergência, a documentação deve ser objetiva e compatível com a dinâmica do atendimento, sem

comprometer informações essenciais para a continuidade do cuidado.

Entre os elementos que devem ser considerados no registro estão mecanismo do trauma, horário aproximado do evento, tempo entre acidente e chegada ao serviço, medidas realizadas antes da admissão, sinais vitais, avaliação da via aérea, extensão e profundidade estimadas, localização das lesões, presença de trauma associado, escala de dor, acessos, soluções administradas, diurese, medicamentos, curativos, resposta às intervenções e encaminhamento definido.

A comunicação entre profissionais é igualmente relevante. Em pacientes graves, a transferência para centro de referência ou unidade de terapia intensiva pode ocorrer em curto intervalo. Informações incompletas sobre volume administrado, diurese, analgesia, horário da queimadura ou suspeita de lesão inalatória podem prejudicar decisões posteriores. A passagem estruturada de caso reduz a perda de informações e favorece a continuidade.

A segurança também envolve o próprio profissional. Queimaduras químicas e acidentes elétricos podem manter riscos ambientais após o evento inicial. A equipe não deve iniciar atendimento sem assegurar condições mínimas de proteção. Em cenários de incêndio, produtos químicos ou risco elétrico, a segurança da cena é condição para que o cuidado seja iniciado de forma apropriada.

3.10. Critérios de Gravidade, Transferência e Continuidade do Cuidado

A decisão sobre encaminhamento para serviço especializado deve considerar a combinação de extensão, profundidade, localização,

mecanismo e características do paciente. As diretrizes da American Burn Association recomendam consulta imediata com consideração de transferência em queimaduras de espessura total, queimaduras de espessura parcial com superfície corporal igual ou superior a 10%, queimaduras profundas em face, mãos, genitais, pés, períneo ou sobre articulações, suspeita de lesão inalatória, queimaduras químicas, queimaduras elétricas de alta voltagem, entre outras situações clínicas.

O enfermeiro participa desse processo ao reconhecer critérios de gravidade, organizar documentação, preparar o paciente, manter suporte durante a espera e transferência e comunicar alterações. A preparação deve considerar acesso venoso, analgesia, controle térmico, monitorização, curativos e disponibilidade de equipamentos necessários ao transporte, conforme o estado clínico.

A transferência não representa apenas deslocamento físico. Ela é uma etapa de continuidade assistencial. Informações essenciais devem acompanhar o paciente, e a equipe de origem precisa comunicar alterações recentes e terapias realizadas. Em redes de atenção com recursos desiguais, a articulação entre serviço de origem, regulação e centro especializado torna-se particularmente importante.

3.11. Educação Permanente e Qualificação da Equipe de Enfermagem

O atendimento ao paciente queimado exige competências técnicas que precisam ser atualizadas periodicamente. A complexidade da reanimação, a identificação de lesão inalatória, o cálculo e a titulação de fluidos, o manejo da dor, os cuidados com feridas e os critérios de

transferência são temas que podem sofrer atualização à medida que novas evidências surgem.

Programas de educação permanente podem utilizar simulações, discussão de casos, revisão de eventos adversos, treinamento de equipamentos e atualização de protocolos. A simulação é especialmente útil para situações de baixa frequência e alto risco, como deterioração rápida da via aérea, queimadura extensa, parada cardiorrespiratória associada ao trauma e exposição química.

A capacitação deve ultrapassar a memorização de fórmulas. O profissional precisa compreender por que determinada intervenção é indicada, quais são seus limites e quais sinais indicam necessidade de mudança de conduta. Essa perspectiva fortalece o raciocínio clínico e reduz a aplicação mecânica de protocolos.

4. SÍNTESE CRÍTICA DA LITERATURA

A análise das fontes permite identificar um ponto de convergência: o atendimento inicial do paciente queimado é sensível ao tempo, mas não pode ser reduzido à velocidade isolada. A prioridade é reconhecer e tratar ameaças à vida de maneira ordenada, mantendo vigilância para alterações que podem surgir progressivamente. A enfermagem atua em praticamente todos esses momentos, desde a triagem e avaliação até a monitorização, administração de terapias, cuidados com a ferida, controle da dor e preparação para transferência.

Outro aspecto relevante é a necessidade de individualização. Fórmulas de reposição volêmica são ferramentas iniciais e não substituem a avaliação da resposta clínica. A estimativa da superfície corporal queimada orienta condutas, mas não deve ser interpretada

isoladamente. Da mesma forma, a escolha de coberturas depende da característica da ferida e do contexto. A literatura recente reforça que o cuidado baseado em evidências requer julgamento clínico e adaptação ao paciente.

Existe também uma dimensão organizacional. Mesmo quando o conhecimento técnico está disponível, o atendimento pode ser prejudicado pela ausência de protocolos, materiais, treinamento, comunicação inadequada e dificuldades de transferência. A qualidade da assistência não depende apenas da competência individual. Ela resulta da interação entre profissionais, estrutura, fluxos, regulação, disponibilidade de centro especializado e capacidade do serviço de responder a eventos graves.

Do ponto de vista da enfermagem, essa constatação amplia a responsabilidade profissional. O enfermeiro precisa atuar como clínico, gestor do cuidado e articulador da equipe, identificando riscos e garantindo que intervenções prioritárias sejam executadas. A organização de um protocolo institucional específico para queimaduras pode reduzir variabilidade, desde que o protocolo seja atualizado, treinado e aplicado com avaliação clínica.

A literatura também demonstra que o cuidado não termina com a estabilização. A dor, a cicatrização, a nutrição, as limitações funcionais e os impactos psicossociais podem persistir por meses ou anos. Assim, a emergência deve iniciar uma linha de cuidado que inclua reabilitação e acompanhamento especializado. Essa perspectiva é particularmente importante para evitar que o sucesso da fase aguda seja confundido com recuperação integral.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem à vítima de queimaduras nos serviços de urgência e emergência constitui um processo complexo, dinâmico e fundamentado na avaliação contínua. A literatura analisada demonstra que a atuação qualificada depende da identificação precoce de riscos, da abordagem sistematizada das prioridades, da monitorização rigorosa e da integração entre intervenções imediatas e planejamento da continuidade do cuidado.

Na fase inicial, destacam-se a interrupção do agente causador, a avaliação da via aérea e da respiração, a identificação de lesão inalatória, a avaliação circulatória, a estimativa da extensão e profundidade da queimadura, o controle da dor, a prevenção de hipotermia e a organização da reposição volêmica quando indicada. A enfermagem participa diretamente dessas ações e deve manter vigilância para sinais de deterioração.

O cuidado da ferida, a prevenção de infecção e o registro clínico adequado são igualmente importantes. A utilização de coberturas e produtos tópicos deve ser orientada por avaliação clínica e protocolos atualizados, evitando práticas baseadas exclusivamente em tradição. A prevenção de infecção exige técnica, higiene das mãos, controle ambiental e reconhecimento precoce de alterações.

Também se conclui que a assistência segura depende de fatores institucionais. Protocolos claros, disponibilidade de equipamentos, capacitação permanente, comunicação efetiva e fluxos de transferência definidos contribuem para reduzir atrasos e variabilidade. O enfermeiro, nesse contexto, possui papel relevante tanto na execução do cuidado quanto na organização dos processos assistenciais.

Por fim, embora a literatura apresente avanços importantes, persistem lacunas relacionadas à padronização de algumas intervenções, especialmente em cenários com recursos limitados. Novas pesquisas brasileiras, particularmente estudos que avaliem protocolos de enfermagem, desfechos clínicos e segurança do paciente em serviços de urgência, podem contribuir para aproximar evidência científica e prática cotidiana. A qualificação da assistência à pessoa queimada deve, portanto, ser entendida como processo permanente, orientado por evidências, segurança, humanização e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN BURN ASSOCIATION. Burn patient referral guidelines: advice on transfer and consultation. Chicago: American Burn Association, 2022. Disponível em: <https://www.ameriburn.org/burn-care-team/resources/guidelines-for-burn-patient-referral>. Acesso em: 22 set. 2026.

BITTNER, E.; SHERIDAN, R. Acute respiratory distress syndrome, mechanical ventilation, and inhalation injury in burn patients. *Surgical Clinics of North America*, v. 103, n. 3, p. 439-451, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2023.01.006>.

CANCIO, L. C. Topical antimicrobial agents for burn wound care: history and current status. *Surgical Infections*, v. 22, n. 1, p. 3-11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1089/sur.2020.368>.

CAREY, M. G.; VALCIN, E. K.; LENT, D.; WHITE, M. Nursing care for the initial resuscitation of burn patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, v. 33, n. 3, p. 275-285, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2021.05.004>.

CARTOTTO, R. et al. American Burn Association clinical practice guidelines on burn shock resuscitation. Journal of Burn Care & Research, v. 45, n. 3, p. 565-589, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/jbcr/irad125>.

CONCANNON, E. et al. Review of indications for endotracheal intubation in burn patients with suspected inhalational injury. European Burn Journal, v. 4, n. 2, p. 163-172, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ejb4020014>.

DAHL, R. et al. Regional burn review: neither Parkland nor Brooke formulas reach 85% accuracy mark for burn resuscitation. Journal of Burn Care & Research, v. 44, n. 6, p. 1452-1459, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/jbcr/irad047>.

GUILABERT, P. et al. Fluid resuscitation management in patients with burns: update. British Journal of Anaesthesia, v. 117, n. 3, p. 284-296, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aew266>.

HUGHES, A. et al. Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns 2017-2020. Burns, v. 47, n. 2, p. 349-370, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.07.001>.

KARNES, J. B. Skin infections and outpatient burn management. FP Essentials, v. 489, p. 27-31, 2020.

MILTON-JONES, H. et al. An international RAND/UCLA expert panel to determine the optimal diagnosis and management of burn inhalation injury. Critical Care, v. 27, n. 1, p. 459, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04718-w>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório para a sociedade: decisão final nº 528. Brasília, DF: CONITEC, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/sociedade/relatorio-para-a-sociedade-com-decisao-final-no-528>. Acesso em: 22 set. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, v. 53, n. 47: óbitos por queimaduras no Brasil: análise inicial dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2015 a 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47>. Acesso em: 22 set. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192>. Acesso em: 22 set. 2026.

NUNEZ, J. H.; CLARK, A. T. Burn patient metabolism and nutrition. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, v. 34, n. 4, p. 717-731, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2023.06.001>.

RAHIMI, F.; REZAYATMAND, R. Use of a biosynthetic wound dressing to treat burns: a systematic review. *Journal of Wound Care*, v. 29, supl. 12, p. S16-S22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup12.S16>.

ROMANOWSKI, K. S. et al. American Burn Association guidelines on the management of acute pain in the adult burn patient: a review of the literature, a compilation of expert opinion, and next steps.

Journal of Burn Care & Research, v. 41, n. 6, p. 1129-1151, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraa119>.

SHIELDS, B. A.; NAKAKURA, A. M. Nutrition considerations for burn patients: optimizing recovery and healing. European Burn Journal, v. 4, n. 4, p. 537-547, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ebj4040035>.

STOICA, A. E.; CHIRCOV, C.; GRUMEZESCU, A. M. Hydrogel dressings for the treatment of burn wounds: an up-to-date overview. Materials, v. 13, n. 12, p. 2853, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ma13122853>.

SUBRATA, S. A. A concept analysis of burn care in nursing. Scandinavian Journal of Caring Sciences, v. 35, n. 1, p. 75-85, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12847>.

VITTA, A. et al. Nursing care directed to burned patients: a scoping review. Revista Brasileira de Enfermagem, 2023. PMID: 37377314. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37377314/>. Acesso em: 22 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Standards and recommendations for burns care in mass casualty incidents. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK609545/>. Acesso em: 22 set. 2026.

¹ ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6401-3308>