

Padronizando o manejo clínico de um paciente grande queimado em uma unidade de terapia intensiva: Experiência interdisciplinar

Standardizing the clinical management of severely burned patients in an intensive care unit: An interdisciplinary experience

Estandarización del manejo clínico de pacientes con quemaduras graves en una unidad de cuidados intensivos: Una experiencia interdisciplinaria

Luíza Adriana Bülau de Oliveira, Gabrielly Batista Braga, Patrícia Zanon, Beatryz Aparecida Pecini Liciardi, Gabriel Sampaio, Angélica Zanettini Konrad, Danielle Bezerra Cabral

RESUMO

Objetivo: Relatar a elaboração e implementação do Procedimento Operacional Padrão (POP) interdisciplinar quanto aos cuidados iniciais e tardios a pacientes grande queimado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** O estudo foi realizado em uma UTI, no Oeste Catarinense, em que foi elaborado um POP que descrevia aspectos conceituais de queimadura, agente causador, profundidade, extensão, gravidade e fase da queimadura, além dos cuidados interdisciplinares nas fases iniciais, intermediárias e tardias do paciente grande queimado. **Resultados:** A partir da descrição do caso clínico, os cuidados envolveram aspectos na monitorização clínica rigorosa, controle de diurese e resposta a hidratação volêmica, analgesias, profilaxia antitetânica e implicação clínica das diversas coberturas para curativos disponíveis comercialmente como sulfadiazina de prata, Atrauman®, Silvercel não aderente®, Mepilex Ag®, Mepilex Border Ag®, Aquacel Extra Ag®, película de biocelulose e ácido hialurônico 0,2% (AH). **Considerações Finais:** Os resultados desta pesquisa reafirmam a necessidade de padronização de cuidados interdisciplinares a paciente grande queimado por meio do trabalho colaborativo, integralidade do cuidado, decisões conjuntas e planejamento terapêutico a longo prazo.

DESCRITORES: Queimaduras. Cuidados de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: To report the development and implementation of an interdisciplinary Standard Operating Procedure (SOP) regarding initial and late care for severely burned patients in an Intensive Care Unit (ICU). **Methods:** The study was conducted in an ICU in western Santa Catarina, where a SOP was developed that described conceptual aspects of burns, causative agent, depth, extension, severity and phase of the burn, in addition to interdisciplinary care in the initial, intermediate and late phases of severely burned patients. **Results:** Based on the description of the clinical case, the care involved aspects of strict clinical monitoring, control of diuresis and response to volume hydration, analgesia, tetanus prophylaxis and clinical implications of the various dressings commercially available, such as silver sulfadiazine, Atrauman®, non-adherent Silvercel®, Mepilex Ag®, Mepilex Border Ag®, Aquacel Extra Ag®, biocellulose film and 0.2% hyaluronic acid (HA). **Final Considerations:** The results of this research reaffirm the need for standardization of interdisciplinary care for severely burned patients through collaborative work, comprehensive care, joint decisions and long-term therapeutic planning.

KEYWORDS: Burns. Nursing Care. Intensive Care Units.

RESUMEN

Objetivo: Informar el desarrollo e implementación del Procedimiento Operativo Estándar (POE) interdisciplinario en relación con la atención inicial y tardía de pacientes gravemente quemados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Método:** El estudio se realizó en una UCI, en el oeste de Santa Catarina, donde se desarrolló un POE que describía aspectos conceptuales de las quemaduras, agente causal, profundidad, extensión, gravedad y fase de la quemadura, además de la atención interdisciplinaria en las fases iniciales, intermedia y tardía del paciente gravemente quemado. **Resultados:** Con base en la descripción del caso clínico, la atención involucró aspectos como seguimiento clínico riguroso, control de la diuresis y reposición de volumen de hidratación, analgesia, profilaxis antitetánica e implicaciones clínicas de los distintos apósitos disponibles comercialmente como sulfadiazina de plata, Atrauman®, Silvercel® no adherente, Mepilex Ag®, Mepilex Border Ag®, Aquacel Extra Ag®, película de biocelulosa e ácido hialurônico al 0,2%. **Consideraciones Finales:** Los resultados de esta investigación reafirman la necesidad de estandarizar la atención interdisciplinaria al paciente gravemente quemado a través del trabajo colaborativo, la atención integral, las decisiones conjuntas y la planificación terapéutica a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: Quemaduras. Atención de Enfermería. Unidades de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

O termo “grande queimado” refere-se a pacientes que apresentam queimaduras de alta gravidade, com risco significativo à vida, delineando critérios clínicos a partir do agente causal, profundidade e extensão da Superfície Corporal Queimada (SCQ). Para calcular a SCQ, faz-se a “Regra dos Nove” dividindo a superfície corporal do adulto em múltiplos de nove¹. Ainda, para a estimativa da extensão da área corporal queimada, utiliza-se o diagrama de *Lund-Browder*, instrumento gráfico que representa as proporções corporais em suas faces anterior e posterior. Este método atribui percentuais específicos a cada região anatômica, sendo ajustado de acordo com a faixa etária do paciente, de modo a refletir com maior precisão as variações nas proporções corporais em diferentes estágios do desenvolvimento humano².

As queimaduras são consideradas o quarto tipo de trauma mais comum no mundo, fazendo-se necessário ter uma assistência interdisciplinar qualificada para uma recuperação resoluta dos aspectos físicos, funcionais e psicossociais do paciente³. As queimaduras, por serem um problema de saúde pública brasileira e mundial, são uma das principais causas de mortalidade, internações prolongadas e incapacidade parcial ou definitiva³.

A equipe de enfermagem, integrada interdisciplinarmente, deve inicialmente acolher o paciente, pois esse, muitas vezes, adentra a um atendimento de pronto-socorro com algas, lesões e descompensação hemodinâmica, exigindo da equipe intervenções terapêuticas imediatas para obter uma reabilitação psicológico-social-funcional⁴. Portanto, para assegurar a qualidade do cuidado no ambiente hospitalar, as equipes de saúde recorrem a diversos recursos, dentre os quais se destaca o Procedimento Operacional Padrão (POP).

Esse, por sua vez, tem por finalidade assegurar a padronização na execução das atividades, promovendo a segurança e a qualidade dos procedimentos realizados. Assim, para garantir a uniformidade das rotinas operacionais em um determinado setor, é imprescindível que sua elaboração ocorra de forma minuciosa, permitindo que cada etapa do processo seja compreendida de maneira clara, objetiva e sistematizada⁵.

Uma vez elaborados, esses procedimentos orientam o manejo rápido e adequado aos pacientes de queimaduras extensas, podendo fazer a diferença entre a vida e a morte, além de influenciar diretamente no processo de recuperação e na redução de sequelas⁶.

Diante disso, este relato discutiu a importância da elaboração e implementação do POP para o desenvolvimento de um guia oportuno, eficiente e padronizado que permita à equipe de enfermagem, em colaboração com a equipe multidisciplinar, prestar cuidados aos grandes queimados de forma integrada e coordenada e, que atenda às suas necessidades clínicas complexas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Na realização do estágio curricular supervisionado (ECSI) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um hospital de atenção terciária

do Oeste Catarinense, como cumprimento da matriz curricular do curso de bacharelado em enfermagem, percebeu-se a necessidade em elaborar um POP sobre o atendimento a um paciente grande queimado, a partir de estudos científicos e resoluções ministeriais vigentes. Apesar do baixo fluxo de atendimento a essa situação clínica, o setor prestava cuidados técnicos, com abordagem unidimensional. Além disso, os insumos utilizados nas lesões eram pontuais, a partir do uso de coberturas disponíveis no setor. Analisando as dificuldades situacionais, a acadêmica de enfermagem propôs a elaboração de um POP, como ação educativa do estágio curricular supervisionado (ECSI), para padronizar os cuidados iniciais, intermediários e tardios de forma interdisciplinar, utilizando insumos adequados às lesões ocasionados ao paciente grande queimado.

Estudos voltados ao estabelecimento de rotinas institucionais em saúde destacam, entre seus elementos essenciais, a definição conceitual, os materiais necessários, as etapas do procedimento e as referências técnicas, aspectos fundamentais para a elaboração dos POPs. Com base nesses preceitos descritos na literatura, a acadêmica, em articulação com os profissionais do setor de referência, desenvolveu o instrumento intitulado “Cuidados de Enfermagem ao Paciente Grande Queimado”, com área de aplicação definida como uma UTI Geral.

Ressalta-se que este POP não contempla aplicação prática relativa a equipamentos, calibração, amostras e materiais específicos. No eixo conceitual, o documento aborda temas como definição de queimadura, agentes etiológicos, classificação por profundidade, extensão, gravidade e fases evolutivas da lesão.

No POP havia a descrição de cuidados de enfermagem em três fases, que são a inicial, a intermediária e a tardia. As etapas iniciais contemplavam os seguintes cuidados interdisciplinares:

- Realização de punção de dois acessos venosos periféricos, um para verificar a Pressão Arterial Média (PAM) e o outro para administração de drogas vasoativas, analgésicos, hidratação e hemoderivados.
- Controle da pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e glicemia capilar.
- Realização de sondagem vesical de demora para controle de diurese e avaliação da resposta de hidratação volêmica.
- Caso a intubação seja necessária, deve-se manter atenção constante na oximetria de pulso e frequência respiratória.
- Manter cabeceira elevada a 30° para promover a hiperextensão da região cervical facilitando, assim, a respiração.
- Para os cuidados com a lesão de pele, deve-se aplicar compressas úmidas e frias nas áreas afetadas, administrando medicações e cuidados com curativos à base de sulfadiazina de prata 1%, com uso de gazes e lençóis estéreis.

Na fase intermediária, os cuidados destacados foram:

- Manutenção de dois acessos periféricos.
- Administração de medicamentos para controle da dor.
- Monitoramento da pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), temperatura, glicemia capilar e controle da diurese.

- Uso de colchão pneumático ou piramidal, com mudança de decúbito a cada 2 horas, se necessário.
- Permanência da cabeceira em 30 graus e hiperextensão cervical.
- Seguir as medidas de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), pois sua ocorrência está diretamente associada à piora no prognóstico e no tratamento do paciente.
- Recomendação de nutrição enteral hiperproteica e hipercalórica, administrada por bomba de infusão (BI).
- Verificação de profilaxia antitetânica.
- Troca de curativos a cada 12 ou 24 horas, sempre realizando a limpeza das áreas afetadas com soro fisiológico 0,9% aquecido.

Na fase tardia do tratamento, os cuidados permanecem os mesmos da fase intermediária. A atenção com a lesão continua sendo uma prioridade, utilizando-se o Ácido Graxo Essencial (AGE) em tecidos viáveis, com a troca de cobertura a cada 24 horas. Quando há presença de tecido desvitalizado, a colagenase deve ser aplicada na face da lesão, enquanto o AGE deve ser usado em tecidos viáveis. Para a região doadora, a terapia tópica envolve o uso de AGE e/ou cobertura não aderente, como placas de biocelulose que devem ser cobertas com gaze, chumaço ou compressas estéreis. Após a enxertia, o curativo é realizado com o AGE ou cobertura não aderente, mantendo a troca da cobertura a cada 24 horas ou conforme a avaliação da cicatrização da ferida.

Além das fases já descritas no POP, identificou-se a necessidade de incluir orientações quanto às condutas no período perioperatório, principalmente nos casos de enxertia. No pré-operatório, preconizou-se a estabilização clínica, manutenção do jejum, antibioticoprofilaxia e preparo emocional do paciente. Já no pós-operatório, os cuidados envolveram monitoramento hemodinâmico rigoroso, controle eficaz da dor, proteção da área enxertada e posicionamento adequado para favorecer a integração do enxerto. Essas condutas foram incorporadas ao POP de forma complementar, alinhando-se às diretrizes recentes para o manejo de pacientes queimados em estado crítico^{7,8}.

Quanto à lista de materiais envolvidos, as coberturas tópicas indicadas para queimaduras são sulfadiazina de prata 1%, ácidos graxos essenciais e vitaminas, Atrauman®⁹, Silvercel Não Aderente®, Mepilex Ag®¹⁰, Mepilex Border Ag®, Aquacel Extra Ag®, película de biocelulose e ácido hialurônico 0,2% (AH).

A definição da cobertura mais adequada para cada tipo de lesão foi compartilhada entre médicos, enfermeiros e a comissão de lesões, considerando a fase da queimadura, as condições clínicas, e a resposta às terapias instituídas previamente. Essa conduta conjunta foi essencial para garantir intervenções mais assertivas, respeitando a disponibilidade de insumos, os protocolos institucionais e as boas práticas assistenciais. Tal abordagem reforça a importância do trabalho interdisciplinar e colaborativo no cuidado ao paciente grande queimado, fundamentado em evidências científicas e na individualização da assistência^{9,10}.

Ressalta-se que este estudo está dispensado da obrigatoriedade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e da elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, por não envolver coleta de dados sensíveis nem sujeitos humanos diretamente identificáveis¹¹.

DISCUSSÃO

O processo de elaboração do POP seguiu a estrutura preconizada pela literatura, contendo em sua versão final aspectos voltados aos conceitos de maior relevância à assistência ao paciente grande queimado, os procedimentos a serem realizados e as opções de intervenção disponíveis, além do referencial teórico no qual ele foi embasado³. A estrutura obtida evidencia não apenas procedimentos de maior relevância, mas também os fatores que influenciam no processo de recuperação.

Para o atendimento adequado às vítimas de queimaduras, é essencial avaliar fatores para tratamentos específicos como causa da lesão, área corporal afetada, profundidade da queimadura, região atingida e tempo de exposição. Essas informações são fundamentais para determinar a gravidade e as possíveis alterações sistêmicas decorrentes da queimadura¹².

Sendo assim, o manejo de pacientes com queimaduras extensas requer uma infraestrutura de alta complexidade, incluindo ambientes de controle rigoroso de infecção, temperatura ambiente controlada e salas de hidroterapia e curativos, além de uma equipe multidisciplinar capacitada e suporte diagnóstico especializado. Em muitos casos, especialmente quando a área queimada ultrapassa 20% da SCQ, pode ser necessária a internação em uma UTI, a depender da gravidade clínica e da disponibilidade de recursos locais, como ocorreu com a histórica clínica do caso que apoiou a elaboração do POP. A história referia a um paciente que apresentou 72% de sua SCQ por uma chama direta devido à explosão de um tanque de combustível, com suspeita de inalação de fumaça ou queimaduras em vias aéreas por vapor superaquecido.

A abordagem inicial desses pacientes exige uma sequência de ações sistemáticas, iniciando pela avaliação primária conforme o protocolo de Suporte Avançado de Vida (SAV). Além disso, é fundamental calcular a área total da superfície corporal queimada, realizar a ressuscitação volêmica e verificar o status imunológico do paciente¹³. Alguns estudos¹⁴ reforçam que a utilização do cálculo da área é usada como critério para a decisão da transferência do paciente queimado ao Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ). Uma adequada avaliação da superfície corporal atingida e graus de queimaduras reduz a gravidade clínica do paciente e o risco de complicações e/ou óbitos.

Quanto ao atendimento inicial, é fundamental assegurar a proteção das vias aéreas, pois fatores relacionados ao incidente podem sinalizar um risco de lesão inalatória e obstrução das vias respiratórias. O manejo das vias aéreas pode incluir técnicas de elevação do mento, uso de dispositivos orais, intubação endotraqueal,

ou, em situações mais graves, uma intervenção cirúrgica⁷. Acresce-se, ainda, uma monitorização contínua com dispositivos de oximetria de pulso, pressão arterial invasiva e monitor cardíaco.

O controle ambiental é salutar para examinar as lesões e remover qualquer material que possa prolongar o contato com substâncias químicas ou fontes de calor. A remoção imediata de roupas, joias, lentes de contato e outros acessórios é essencial para prevenir o efeito de torniquete e interromper a progressão da queimadura⁷.

Para avaliar a extensão das queimaduras, utiliza-se a estimativa da área de superfície corporal total, por meio do método padronizado conhecido como “Regra dos Nove”, adotado em atendimentos de emergência. Esse método divide o corpo em regiões com proporções aproximadas de 9% da superfície corporal total, facilitando a rápida avaliação inicial da gravidade do quadro clínico e a necessidade de encaminhamento a centros especializados em tratamento de queimados¹. O POP elaborado também contempla outras técnicas de avaliação, como a Tabela de Lund e Browder, utilizada especialmente em crianças, reconhecida por sua maior precisão que a Regra dos 9¹⁵, uma vez que considera as variações anatômicas conforme a faixa etária.

Por fim, outro método que pode ser usado é a regra da palma da mão, utilizada em queimaduras menores ou para complementar outras avaliações, em que considera a palma da mão do paciente (incluindo os dedos) como equivalente a aproximadamente 1% da área total da superfície corporal. Essa técnica é útil em emergências ou em ambientes com recursos limitados¹⁶.

A reposição hídrica em pacientes queimados deve começar de forma imediata e ser ajustada de acordo com os parâmetros individuais do paciente, evitando tanto a hidratação excessiva quanto a insuficiente, pois ambas podem prejudicar o quadro clínico. Existem diversos protocolos para orientar a reposição de líquidos em pacientes com queimaduras, como as fórmulas de Parkland e a Brooke modificada¹⁶.

A 11^a edição do Advanced Trauma Life Support (ATLS), publicada em 2025, apresenta importantes atualizações relacionadas ao manejo do paciente grande queimado, reforçando a necessidade de uma avaliação clínica contínua e individualizada, com base em parâmetros como débito urinário, sinais de perfusão tecidual e resposta hemodinâmica¹⁷.

As tradicionais fórmulas de reposição volêmica, como a fórmula de Parkland, passam a ser recomendadas como ponto de partida estimativo, e não mais como diretrizes absolutas. O objetivo central dessas fórmulas é orientar a administração de líquidos de maneira a garantir um débito urinário entre 0,3 a 0,5 mL/kg/h em adultos^{8,18}, parâmetro esse incorporado no POP por meio da monitorização com sonda vesical de demora (SVD) no paciente grande queimado¹⁵.

Após essas etapas, a atualização do estado vacinal, especialmente contra o tétano, é uma avaliação que também deve ser realizada pela equipe devido à alta suscetibilidade de infecções pelas lesões ocasionadas. Pacientes com vacinação incompleta ou desconhecida necessitam receber a vacina antitetânica (TT) e a imunoglobulina antitetânica para garantir proteção⁷.

Prevalentemente, a sulfadiazina de prata 1% é amplamente recomendada para lesões de segundo e terceiro graus devido à sua capacidade de desbridar tecidos necrosados e combater infecções locais, sendo aplicada a cada 12 horas devido ao processo de oxidação da prata, seu baixo custo e eficácia¹⁹. Entretanto, apresenta dificuldades, sendo as trocas diárias, pelo fato da rápida oxidação da prata, além da remoção da cobertura, visto que ela adere ao leito da ferida.

Recentemente, a cobertura Atrauman® vem sendo utilizada para o cuidado de queimaduras, especialmente em casos extensos, por favorecer a cicatrização e diminuir a dor durante a troca de curativos. Essa cobertura contém óleo neutro, não aderente, oferecendo benefícios importantes para o tratamento de lesões graves. Sua composição é formada por poliamida (tule) em forma de malha hidrófoba, íons de prata e ácidos graxos⁹.

Outro recurso relevante é a cobertura Mepilex Ag®, destacada por sua ação antimicrobiana e redução do trauma durante as trocas de curativos. A espuma de poliuretano presente na cobertura absorve eficientemente o exsudato, evitando o acúmulo de líquidos e mantendo um ambiente favorável à cicatrização, além de impedir a maceração dos tecidos ao redor e diminuir o tempo de cicatrização.

Farina-Junior et al.⁹ apresentam um caso clínico de queimaduras de 3º grau, com uso do produto na região do tronco anterior. O curativo foi trocado após cinco dias e as feridas possuíam tecido de granulação, com ausência de infecção e odor desagradável. Os autores destacam que a paciente não apresentou desconforto no momento da retirada do curativo, dispensando o uso de sedativos.

O AGE é um óleo vegetal, que apresenta em sua composição ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja¹⁰. É utilizado em um estágio avançado da lesão, agindo na preservação do tecido vitalizado e estimulando a epitelização tecidual, promovendo a angiogênese, epitelização, ação bactericida e o aumento da resposta imune¹⁹.

Nesse sentido, pode-se enfatizar que o manejo de pacientes com queimaduras extensas em uma UTI geral envolve desafios específicos, exigindo o conhecimento especializado da equipe multidisciplinar e a implementação dos POPs se apresenta como uma forma de guiar a atuação dos profissionais em momentos atípicos ou de demanda urgente.

Estudos encontrados norteiam os benefícios do uso de POPs como a padronização e atualização das técnicas, o controle de custos, a redução de índices de infecção, a otimização do tempo do enfermeiro e a melhoria na qualidade do atendimento em enfermagem²⁰.

A elaboração e implementação de um POP para o atendimento a pacientes grandes queimados em UTI demonstrou-se uma estratégia eficaz para padronizar condutas, assegurar cuidados baseados em evidências e promover a atuação coordenada da equipe multiprofissional. O protocolo desenvolvido contribuiu para otimizar a qualidade do cuidado, reduzir riscos e oferecer maior segurança ao paciente, atendendo ao objetivo proposto neste relato.

No cômputo geral, seja no atendimento a grandes queimados ou em qualquer assistência clínica, a padronização dos procedimentos é essencial para garantir um cuidado de qualidade, de forma consistente e segura. Isso porque integra o conhecimento técnico à prática, prevenindo a automatização do atendimento e reduzindo a ocorrência de erros e eventos adversos, além de assegurar a segurança do paciente em conformidade com as normas regulamentares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um POP para o atendimento a pacientes grandes queimados na UTI permitiu padronizar os cuidados iniciais, intermediários e tardios, garantindo maior segurança, agilidade e efetividade na assistência. O POP desenvolvido integrou conhecimentos técnico-científicos atualizados e fortaleceu a atuação da equipe multiprofissional frente a uma situação clínica de alta complexidade. A padronização dos cuidados demonstrou-se essencial para reduzir complicações, promover a recuperação funcional e minimizar sequelas, reforçando a importância do planejamento terapêutico a longo prazo e das decisões conjuntas entre os profissionais da saúde, conforme preconizado por diretrizes recentes e evidências científicas atualizadas.

REFERÊNCIAS

1. Figueirêdo AA. Avaliação da regra dos nove, Lund-Browder e análise digital de imagens para a estimativa de superfície corpórea queimada [Dissertação de mestrado]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2018.
2. Giretzlehner M, Ganitzer I, Haller H. Technical and Medical Aspects of Burn Size Assessment and Documentation. Medicina (Kaunas). 2021;57(3):242.
3. Secundo CO, Silva CCM, Feliszy RS. Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na emergência: Revisão integrativa da literatura. Rev Bras Queimaduras. 2019;18(1):39-46.
4. Canela AF, Sória DAC, Barros FE, Melos ROL, Castro RC. Monitorização do paciente grande queimado e as implicações na assistência de enfermagem: relato de experiência. Rev Bras Queimaduras. 2011;10(4):133-7.
5. Dainesi SM, Nunes DB. Procedimentos operacionais padronizados e o gerenciamento de qualidade em centros de pesquisa. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(1):6.
6. Bruxel CL, Possamai LM, Pires FKS, Silva JB. Manejo clínico do paciente queimado. Acta Méd. 2012;33(1):1-5.
7. Cartotto R, Johnson L, Rood JM, Lorello D, Matherly A, Parry I, et al. Clinical Practice Guideline: Early Mobilization and Rehabilitation of Critically Ill Burn Patients. J Burn Care Res. 2023;44(1):1-15.
8. ISBI Practice Guidelines Committee; Advisory Subcommittee; Steering Subcommittee. ISBI Practice Guidelines for Burn Care, Part 2. Burns. 2018;44(7):1617-706.
9. Farina-Junior JA, Coltro PS, Oliveira TS, Correia FB, Dias-de-Castro JC. Curativos de prata iônica como substitutos da sulfadiazina para feridas de queimaduras profundas: relato de caso. Rev Bras Queimaduras. 2017;16(1):53-7.
10. Lopes DC, Ferreira ILG, Adorno J. Manual de Queimaduras para Estudantes. Brasília: Sociedade Brasileira de Queimaduras; 2021. 178 p.
11. Brasil. Resolução N° 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.
12. Moulin LL, Dantas DV, Dantas RAN, Vasconcelos EFL, Aiquoc KM, Lima KRB, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de vítimas de queimaduras atendidas em um hospital de referência. Rev Nursing. 2018;21(238):2058-62.
13. Cavalari Junior P, Evangelista FF, Dell'Agno CM, Cavazana WC. Diretrizes de atendimento inicial ao paciente queimado do Hospital Universitário de Maringá. Res Soc Dev. 2023;12(5):e26012541676.
14. Phillippe L, Wolfgang M, Weinstock M, Pires C. Diretriz de Assistência ao Trauma com Queimaduras. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein; 2023.
15. Moreira SS, Macedo AC, Nunes BB, Brasileiro FF, Guarizzo J, Gozzano R, et al. Implantação de nova tecnologia para otimização do atendimento em ambulatório de queimados, sem adição de custos. Rev Bras Queimaduras. 2023;12(2):87-102.
16. Hospital Israelita Albert Einstein. Queimaduras. Glossário de Saúde do Einstein. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; s. d. [acesso 20 abr 2025]. Disponível em: <https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/queimaduras>
17. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support: ATLS – Student Course Manual. 11th ed. Chicago: American College of Surgeons, 2025.
18. The Japanese Society for Burn Injuries (JSBI) Clinical Practice Guidelines for Management of Burn Care (3rd Edition). Acute Med Surg. 2022;9(1):e739.
19. Mola R, Fernandes FECV, Melo FBS, Oliveira LR, Lopes JBSM, Alves RPCN. Características e complicações associadas às queimaduras de pacientes em unidade de queimados. Rev Bras Queimaduras. 2018;17(1):8-13.
20. Botelho JO, Cardoso AMA, Claudino ARS, Carneiro JAS, Carvalho REFL. Impacto da Implementação dos Procedimentos Operacionais Padrão na Assistência de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. In: Enfermaio no 1, mai 2015, CE. Online; 2015.

AFILIAÇÃO DOS AUTORES

Luiza Adriana Búlau de Oliveira - Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Curso de Graduação em Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.
Gabrielly Batista Braga - Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Curso de Graduação em Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

Patrícia Zanon - Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Curso de Graduação em Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

Beatryz Aparecida Pecini Liciardi - Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Curso de Graduação em Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

Gabriel Sampaio - Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Curso de Graduação em Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

Angélica Zanettini Konrad - Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), docente do Departamento de Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

Danielle Bezerra Cabral - Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), docente do Departamento de Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

Correspondência: Angélica Zanettini Konrad

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Rua Beloni Trombeta Zanin 680E – Bairro Santo Antônio – Chapecó, SC, Brasil. CEP: 89815-630
 E-mail: angelica.zanettini@gmail.com

Artigo recebido: 01/04/2025 • **Artigo aceito:** 09/09/2025

Local de realização do trabalho: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó, SC, Brasil.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver.