



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ADRIANE DA CONCEIÇÃO DIAS
VITÓRIA CAROLINE DOS SANTOS LIMA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA ÀS CRIANÇAS
VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: uma revisão de literatura**

Itaituba - PA
2025

ADRIANE DA CONCEIÇÃO DIAS
VITÓRIA CAROLINE DOS SANTOS LIMA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA ÀS CRIANÇAS
VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues.

Itaituba – PA
2025

DIAS, Adriane Da Conceição; Lima, Vitória Caroline Dos Santos
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS
DE QUEIMADURAS: uma revisão de literatura / Adriane da Conceição Dias;
Vitória Caroline dos Santos Lima. Itaituba: FAI, 2025.

f.: 47 il.

Orientador: Rosângela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Itaituba, 2025

1. Queimaduras. 2. Crianças. I. Rodrigues, Rosângela de Aguiar. II.
Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2025.

ADRIANE DA CONCEIÇÃO DIAS
VITÓRIA CAROLINE DOS SANTOS LIMA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA ÀS CRIANÇAS
VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: uma revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues.

BANCA EXAMINADORA

Presidente/orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Rosângela de Aguiar Rodrigues, Especialista.

Avaliador(a) 1: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador(a) 2: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba -PA: ____ de agosto de 2025.

*Dedicamos este trabalho a Deus,
nossa maior fonte de orientação e força
em toda a nossa jornada. Em nenhum
momento Ele nos deixou desamparados.*

AGRADECIMENTOS

Neste momento de transição e reflexão, sinto um profundo sentimento de gratidão que desejo expressar. Agradeço imensamente a **Deus** pela dádiva da vida e, sobretudo, por ter me guiado e fortalecido para superar todos os obstáculos que surgiram no percurso desta jornada acadêmica e pessoal. Cada desafio enfrentado foi uma lição, e a sua força interior me permitiu seguir em frente, mesmo quando o caminho parecia incerto.

Aos meus pais: **Luiz Gonçalves** e **Rosinete Dias** e irmãos: **Cristiano Dias**, **Cristiane Dias**, **Luciana Dias** e **Fernando Aurimar**, meu mais sincero obrigado pelo incentivo e apoio inabalável nos momentos mais difíceis; foram o meu porto seguro. Compreenderam a minha ausência e as longas horas dedicadas a este trabalho, e essa compreensão foi essencial. A vossa fé em mim impulsionou-me a não desistir, e este sucesso é, em grande parte, reflexo do vosso amor e dedicação.

Estendo meus agradecimentos também aos meus professores e minha orientadora. Suas correções precisas e ensinamentos valiosos foram essenciais para aprimorar meu desempenho e moldar meu percurso na formação profissional. Sou grato por cada lição transmitida, que me preparou para os desafios futuros e enriqueceu meu conhecimento de maneira significativa. Levo comigo estas memórias e agradecimentos, com o coração repleto de esperança e motivação para os próximos capítulos.

Adriane da Conceição Dias

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus** por ter me abençoado e me amparado em cada passo dessa caminhada, dando-me forças para superar os desafios e chegar até aqui.

Ao meu querido marido, **Davi Lopes Alves**, por ser meu apoio incondicional, sempre me incentivando e acreditando em mim, sua presença ao meu lado tornou essa jornada mais leve e significativa.

A minha filha, **Ágatha Aurora Lima Lopes**, é a minha maior alegria e a razão da minha vida. Seu sorriso e amor me deram forças para continuar.

A minha querida tia, **Rosa Maria dos Santos Ramos**, uma mulher extraordinária que sempre me incentivou a estudar e estar comigo em todas as fases da minha vida. Seu carinho e apoio foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

A minha amada madrinha, **Katiane Azevedo Dos Santos**, essa mulher incrível que nunca deixou de estar ao meu lado nos momentos mais importantes da minha vida. Sou imensamente grata por cada palavra de incentivo, por todo o apoio e por ser uma verdadeira referência de amor e cuidado para mim.

Ao **Juarez Cazuza Lima**, ao meu pai, minha gratidão por toda ajuda durante essa trajetória. obrigada pelo apoio financeiro nos momentos em que mais precisei. levo comigo, com muito orgulho o sobrenome Lima. Minha gratidão por toda a ajuda durante essa trajetória.

Aos meus eternos avós, **Rosineide Azevedo dos santos e Raimundo João**, cujos ensinamentos moldaram meus princípios e valores. A base que me deram foi essencial para a pessoa que sou hoje.

A minha orientadora **Rosângela Aguiar** pela dedicação, paciência e orientação ao longo da construção deste trabalho.

A cada um de vocês, meus mais profundos agradecimentos. Sem seu amor, apoio e incentivo, essa conquista não seria possível.

Vitoria Caroline dos Santos Lima

*Não precisa temer, pois sempre
estou com você; não tenha medo, pois Eu
Sou o seu Grande Deus. Eu sempre o
fortalecerei e sempre o ajudarei; e te
segurarei, com a minha mão direita
vitoriosa.*

(Bíblia: Isaías, 41:10).

RESUMO

Considerando a gravidade e a frequência das queimaduras em crianças, necessita de um cuidado muito especial, pois exige uma equipe multidisciplinar de competência técnica e científica, mas também humanizada e integrada. As queimaduras e um grande problema para saúde pública no Brasil. Nesta perspectiva essa pesquisa tem como objetivo geral assistência de enfermagem prestada às crianças vítimas de queimaduras, buscando responder a seguinte pergunta norteadora: quais fatores que influenciam a ocorrência de queimadura na criança? A presente obra trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória com abordagem qualitativa, analisando estudos publicados nos últimos nove anos. como objetivos específicos descrever sobre a intervenção de enfermagem no manejo da dor de queimadura e abordar a assistência de enfermagem prestada às crianças vítimas de queimaduras. Observa-se que as queimaduras em crianças ocorrem majoritariamente no ambiente doméstico, sendo escaldaduras e líquidos inflamáveis as causas predominantes. As intervenções de enfermagem analisadas incluem tecnologias inovadoras, como realidade virtual, Brinquedo Terapêutico Instrucional e curativo especiais. Essas estratégias se mostraram eficazes na redução da dor e no suporte emocional das crianças. Conclui-se que a assistência de enfermagem a crianças queimadas deve ser multidisciplinar e humanizada, priorizando o manejo da dor e a prevenção de complicações.

Palavras-chave: Queimaduras. Criança. Dor. Enfermagem.

ABSTRACT

Considering the severity and frequency of burns in children, special care is required, as it requires a multidisciplinary team with technical and scientific expertise, as well as a humane and integrated approach. Burns are a major public health problem in Brazil. From this perspective, this research aims to address the nursing care provided to child burn victims, seeking to answer the following guiding question: What factors influence the occurrence of burns in children? This work is an exploratory literature review with a qualitative approach, analyzing studies published over the last nine years. The specific objectives are to describe nursing interventions in the management of burn pain and to address the nursing care provided to child burn victims. It is observed that burns in children occur primarily in the home environment, with scalds and flammable liquids being the predominant causes. The nursing interventions analyzed include innovative technologies such as virtual reality, Instructional Therapeutic Play, and special dressings. These strategies have proven effective in reducing pain and providing emotional support to children. It is concluded that nursing care for children with burns should be multidisciplinary and humane, prioritizing pain management and complication prevention.

Keywords: Burns. Child. Pain. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das queimaduras.....	19
Quadro 2 - Regra dos nove para calcular a superfície queimada.....	21
Quadro 3 - Classificação do paciente queimado segundo Ministério da Saúde.....	22
Quadro 4 - A enfermagem à criança queimada.....	26
Quadro 5 - Categorias para análise.....	33
Quadro 6 - Distribuição dos artigos segundo o autor/ano, título do artigo, objetivo e conclusão.....	34

LISTA DE SIGLAS

ADM - Amplitude de Movimento.

BTI - Brinquedo Terapêutico Instrucional.

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

CVC - Cateter Venoso Central.

FAI - Faculdade de Itaituba.

GLP - Gás Liquefeito de Petróleo.

HC-UFU - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

IRAS - Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

MSD - Membro Superior Direito.

OHB - Oxigenoterapia Hiperbárica.

PA - Pará (referente ao estado mencionado na localidade de Itaituba).

RV - Realidade Virtual.

SBQ - Sociedade Brasileira de Queimaduras.

SciELO - Scientific Electronic Library Online.

SCQ - Superfície Corporal Queimada (repetida para reforçar sua importância).

SF - Solução Fisiológica.

SQC - Superfície Corporal Queimada.

UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem ilustrativa das camadas da pele.....	17
Figura 2 - Imagem ilustrativa das classificações das queimaduras.....	20
Figura 3 - Extensão das queimaduras e regra dos 9.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1 A PELE: ASPECTOS ANATÔMICOS E FUNCIONAIS.....	15
2.1.1 Epiderme.....	15
2.1.2 Derme.....	16
2.1.3 hipoderme.....	16
2.2 PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS DAS QUEIMADURAS.....	17
2.3 CONCEITO DA QUEIMADURA.....	18
2.4 CLASSIFICAÇÃO.....	19
2.5 TRATAMENTO.....	22
2.6 A ENFERMAGEM À CRIANÇA QUEIMADA.....	26
2.7 PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS EM CRIANÇAS.....	29
3 METODOLOGIA.....	32
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2 LEVANTAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	32
3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
3.5 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
4.1 FATORES QUE INFLUENCIAM A OCORRÊNCIAS DE QUEIMADURA NA CRIANÇA.....	36
4.2 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DE QUEIMADURA.....	38
4.3 ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM PRESTADA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS.....	41
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras são classificadas como um grave problema para saúde pública, são uma das causas mais frequentes de mortalidade registradas no Brasil. As crianças, devido à curiosidade e imaturidade física e cognitiva, possuem maior probabilidade para a ocorrência desses acidentes. O número de complicações e sequelas causadas pelas queimaduras, decorrentes da lesão, é exacerbado (SWIDERSKI, 2019).

Dito isso, Assis (2011) diz que as queimaduras não afetam apenas o corpo, mas também a mente e o espírito. A dor intensa, as alterações na aparência e a separação de familiares durante a internação podem gerar sentimentos de medo, estranhamento e isolamento social. Muitas vezes, o paciente enfrenta dificuldade para retomar seu cotidiano, suas relações e papéis sociais, o que exige suporte emocional e psicológico durante todo o processo de recuperação.

Em se tratando de vítimas de queimaduras sendo crianças, elas representam o maior percentual entre as vítimas de queimaduras, sendo a segunda causa de acidentes que mais ocorrem na infância, levando a alta morbidade e grandes sequelas. As vítimas podem seguir em acompanhamento ambulatorial em casos de queimaduras de pequeno porte, mas em alguns quadros de queimaduras de grande porte é necessário a internação do paciente. E com isso pode causar grandes impactos físicos e psicológicos na vida da criança, por ser um tratamento longo e doloroso, onde geralmente apresentam medo por estarem em um ambiente desconhecido e assustador (BARCELLOS *et al.*, 2017).

A assistência de enfermagem desempenha um papel central no cuidado de crianças queimadas, abrangendo desde o manejo inicial da dor das lesões até o suporte emocional e psicossocial, fundamental para a recuperação plena (ANAMI *et al.*, 2019). Entender os desafios enfrentados pelos enfermeiros e as estratégias mais eficazes na abordagem de crianças vítimas de queimaduras é essencial para aprimorar a qualidade do atendimento.

Assim, esse estudo tem como questão norteadora: Quais os fatores que influenciam a ocorrência de queimadura na criança? O objetivo geral da pesquisa é compreender a assistência de enfermagem prestada às crianças vítimas de queimaduras, tem como objetivos específicos, descrever sobre a intervenção de

enfermagem no manejo da dor de queimadura e abordar a assistência de enfermagem às crianças vítimas de queimaduras.

Além disso, essa pesquisa é relevante porque contribui para o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências, fortalece as políticas públicas de saúde infantil e sensibiliza os profissionais sobre a importância da prevenção e do cuidado. Assim, estudar a assistência de enfermagem às crianças queimadas é crucial para reduzir a morbimortalidade e promover uma reabilitação mais rápida e eficiente.

Por fim, esse estudo está estruturado da seguinte maneira: primeiro com o referencial teórico sobre anatomia da pele, agentes etiológicos das queimaduras, conceito e classificação de queimaduras, tratamento, enfermagem à criança queimada e prevenção, seguido pela metodologia do estudo, que se caracteriza como uma revisão bibliográfica exploratória com abordagem qualitativa realizadas a partir de publicações científicas disponíveis em bases de dados para que, então, fosse abordado os resultados e as discussões.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A PELE: ASPECTOS ANATÔMICOS E FUNCIONAIS

A pele é o maior órgão do corpo humano, desempenhando funções protetoras, sensoriais e de homeostase, cuja importância se à defesa do contra agressões químicas físicas e microbiológicas (TOSCANO, 2004). Qualquer estrato da pele lesionada que comprometa o tecido é considerada uma ferida, a pele quando sofre uma ação de agentes químicos, físicos ou biológicos, provoca uma lesão conhecida como queimadura (SOUZA; MOZACHI, 2009).

A pele é constituída por três camadas podendo ser dividida em: epiderme, derme e hipoderme. É um órgão muito importante na vida humana principalmente para sua sobrevivência, serve como uma camada que protege contra agentes vindos do meio ambiente como vírus e bactérias, e desempenha funções essenciais nas funções sensoriais e térmicas como: dor, calor, frio, pressão e tato (GONÇALO; TORRES, 2021).

2.1.1 Epiderme

De acordo com Farias (2004) que a epiderme é recoberta por um tecido epitelial pavimentoso e queratinizado, sendo uma camada superficial e contínua que se estende sobre todo o corpo. Há uma proliferação contínua de células epiteliais na porção mais profunda da epiderme, a mesma não possui vasos sanguíneos. A epiderme também origina os anexos da pele: unhas, pelos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas (LOPES, 2019).

Piazza (2011) afirma, que a epiderme é considerada a camada mais superficial da pele, responsável pela barreira de proteção contra as agressões externas, prevenindo a entrada de substâncias estranhas no organismo, esta camada retém conteúdo interno, principalmente de água, eletrólitos e nutrientes. A epiderme não tem vascularização própria à nutrição e eliminação de metabólitos, o processo ocorre por difusão até a derme na região chamada junção derme epidérmica.

2.1.2 Derme

Derme é a camada média da pele, encontrada abaixo da epiderme, que forma a parte estrutural do organismo, onde ocorre maior parte do trabalho realizado pela pele. A derme é uma região bastante vascularizada, possui vasos sanguíneos e linfáticos, nervos, glândulas sudoríparas e sebáceas que geram a irrigação, nutrição e ajudam a liberar toxinas (PIAZZA, 2010).

Habif (2005) afirma que a derme se divide em duas camadas, sendo uma mais superficial e outra mais funda. A camada mais superficial é chamada de camada papilar, é constituída por tecido conjuntivo frouxo, com fibras de colágeno finas. Guirro e Guirro (2007) afirmam que a camada papilar é altamente rica em suprimento sanguíneo, projetando se para a epiderme nutrindo e regulando a temperatura.

A camada reticular é constituída por um tecido conjuntivo denso que está na parte mais profunda da derme, suas fibras de colágeno são mais grossas, cujo formato é parecido a uma rede, pois se entrelaçam entre elas tornando-a mais espessa (HABIF, 2005).

2.1.3 hipoderme

A Hipoderme nas zonas gordas, é responsável pela proteção da derme e epiderme contra as forças de pressão, criando uma almofada elástica entre a pele e as camadas subjacentes. Nas zonas onde o tecido subcutâneo é pobre em gorduras, este protege a pele permitindo deslizar em bloco sobre os tecidos profundos (BARATA, 1994; FERREIRA *et al.*, 2013).

Harris (2005) afirma que o tecido subcutâneo sustenta as 23 camadas principais da pele sendo basicamente constituída de adipócitos, que são células que armazenam gordura, glóbulos brancos e fibras reticulares no organismo, protegendo-as contra os traumas e pressões externas.

Hipoderme é constituída por lóbulos de adipócitos, popularmente conhecida como panículo adiposo, a hipoderme é a camada mais profunda da pele, proporcionando proteção mecânica, ou seja, amortecendo traumas, também é considerada termogênese por ser isolante térmico, armazenando energia como

depósito de calorías, além de ter função endócrina que faz conversão periférica e hormônios sexuais. E estão incluídos nesta camada tanto os adipócitos como nervos, vasos sanguíneos e vasos linfáticos (OLIVEIRA, 2021). A Figura 1 abaixo representa as camadas da pele.

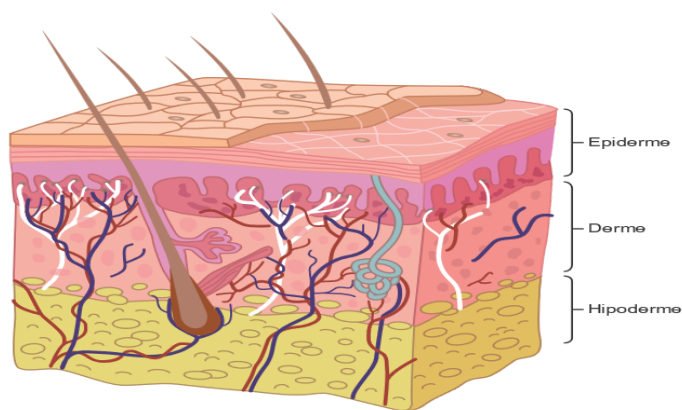


Figura 1 - Imagem ilustrativa das camadas da pele. Fonte: (UFPE, 2017).

A pele e suas estruturas anexas, junto com as glândulas, músculos e nervos protegem a integridade física e bioquímica do corpo, mantendo a temperatura corpórea constante e fornecendo informações sensoriais a respeito do ambiente em que este é inserido (TORTORA, 2002).

De acordo com Oliveira (2012), a pele é responsável pelo recobrimento e proteção de todas as composições internas, com funções que envolvem a proteção mecânica e difusão, raios ultravioletas, radiação ionizante, sustentação do equilíbrio hidroeletrolítico, função química e imunológica, termorregulação e metabolismo, sensibilidade e percepção.

2.2 PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS DAS QUEIMADURAS

Segundo Silva (2008) as queimaduras são decorrentes de contato direto ou indireto com agentes térmicos (produtos inflamáveis, líquidos aquecidos, chama direta, radiação solar etc.), químicos (produtos químicos contendo álcali, ácidos, álcool etc.), elétricos (corrente elétrica, raios etc.) ou biológicos (água-viva, urtiga etc.) que são capazes de gerar calor excessivo agredindo os tecidos corporais culminando em morte celular.

Os agressores mais frequentes são os térmicos com exposição ao fogo, água fervente, substâncias inflamáveis e contato com objetos aquecidos. Menos comuns

são as injúrias ocasionadas por correntes elétricas que são transformadas em calor ao entrar em contato com o corpo. Já os danos no tecido causados por lesões cáusticas, decorrente de contato com agentes químicos, nem sempre são resultado do calor produzido (LEÃO, 1999).

Essas queimaduras podem evoluir para complicações que poderão ser ocasionadas pelo agente causador, expondo os pacientes ao risco de contrair infecções, o que pode levar essas crianças ao óbito ou desencadear sequelas físicas, psicológicas e sociais (MORAES, 2016).

2.3 CONCEITO DA QUEIMADURA

As queimaduras são lesões complexas e desafiadoras, que vão muito além do impacto físico visível. Elas envolvem não apenas danos à pele, também responsável por funções essenciais como proteção contra infecções, regulação térmica e percepção sensorial (OLIVEIRA *et al.*, 2008), mas também consequências emocionais e sociais.

As queimaduras são lesões decorrentes de agentes (tais como a energia térmica, química ou elétrica) capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular. Tais agravos podem ser classificados como queimaduras de primeiro grau, de segundo grau ou de terceiro grau (BRASIL, 2012, p. 05).

A pele, por ser a principal área afetada, funciona como uma barreira protetora contra agentes físicos, químicos e bacterianos, além de ajudar na manutenção da temperatura corporal através das glândulas sudoríparas e capilares sanguíneos (BRASIL, 2012).

Quando a pele é lesionada, como no caso das queimaduras, suas funções protetoras e reguladoras são comprometidas, exigindo atenção especial no tratamento para evitar complicações sistêmicas, como infecções e desidratação. Durante a fase aguda do tratamento, a gravidade das queimaduras determina o impacto nos diferentes sistemas do corpo, exigindo cuidados específicos para cada caso (BRASIL, 2012).

Nessa contextualização a pele humana suporta até 44°C de temperatura, acima desse valor incidem lesões que se alteram conforme a temperatura e o duração de exposição (BOLGIANI; SERRA, 2010). A queimadura faz com que a pessoa perca a sua linha de defesa, e a integridade de sua pele. Deste modo, a um

desequilíbrio da microbiota, permitindo o progresso de bactérias patogênicas (GUIRRO; GUIRRO 2004).

2.4 CLASSIFICAÇÃO

As queimaduras são classificadas pela profundidade da lesão e pela extensão da área afetada. Para calcular a extensão, utiliza-se a regra dos nove, criada por Wallace e Pulaski, que divide o corpo humano em áreas correspondentes a múltiplos de 9% da Superfície Corporal Queimada (SCQ). Para lesões menores, pode-se usar a palma da mão do paciente, que equivale a 1% da SCQ (BRASIL, 2012).

As lesões de maior profundidade causam danos mais graves, podendo comprometer todas as camadas da pele e atingir tecidos mais profundos. Esse tipo de lesão afeta diretamente o sistema imunológico, causando repercussões sistêmicas que impactam o estado clínico geral do paciente (BRASIL, 2012).

Já a gravidade das queimaduras é classificada de leve a grave. Por exemplo, em adultos, queimaduras de segundo grau que atingem menos de 10% da SCQ são consideradas leves. No entanto, quando a extensão ultrapassa 20% da SCQ ou atinge regiões sensíveis como olhos, genitais ou articulações, elas são classificadas como graves, especialmente em crianças e idosos (BRASIL, 2012).

A classificação das queimaduras de acordo com a profundidade é essencial para orientar o diagnóstico, o manejo clínico e o prognóstico do paciente. Essa divisão baseia-se no grau de comprometimento das camadas da pele e das estruturas subjacentes, refletindo na gravidade da lesão e no tempo necessário para a recuperação. As queimaduras podem variar de superficiais, que afetam apenas a epiderme, a profundas, que atingem tecidos mais internos e requerem intervenções cirúrgicas, como a enxertia (BRASIL, 2012).

O Quadro 1 e Figura 2 a seguir apresenta as características de cada tipo de queimadura, incluindo os sinais clínicos e o tempo estimado de restauração, destacando a importância de uma abordagem diferenciada para cada grau de lesão.

Quadro 1 - Classificação das queimaduras.

Profundidade da Queimadura	Características	Tempo de Restauração
Primeiro grau	- Afeta somente a epiderme, sem formação de bolhas. - Apresenta vermelhidão, dor e edema.	4 a 6 dias

Profundidade da Queimadura	Características	Tempo de Restauração
	- Descama em 4 a 6 dias.	
Segundo grau	- Afeta a epiderme e parte da derme, formando bolhas (flictenas). - Superficial: base da bolha é rósea, úmida e dolorosa. - Profunda: base da bolha é branca, seca e menos dolorosa.	7 a 21 dias
Terceiro grau	- Afeta a epiderme, a derme e estruturas profundas. - Indolor. - Presença de placa esbranquiçada ou enegrecida. - Textura coreácea. - Não reepiteliza e necessita de enxertia de pele (indicada também para o segundo grau profundo).	Necessita de enxertia

Fonte: Elaborado pelas autoras deste estudo com base em Brasil (2012).

A avaliação da extensão da queimadura é fundamental para determinar a gravidade do quadro e orientar o manejo inicial do paciente. Esse cálculo é feito considerando a Superfície Corporal Queimada (SCQ) e pode ser realizado por diferentes métodos, dependendo da área atingida (BRASIL, 2012).

Segundo Vale (2005), conforme a profundidade da queimadura pode-se analisar a proporção do comprometimento das funções, como a integridade funcional da pele, o controle da temperatura interna, a flexibilidade e a lubrificação da superfície corporal.

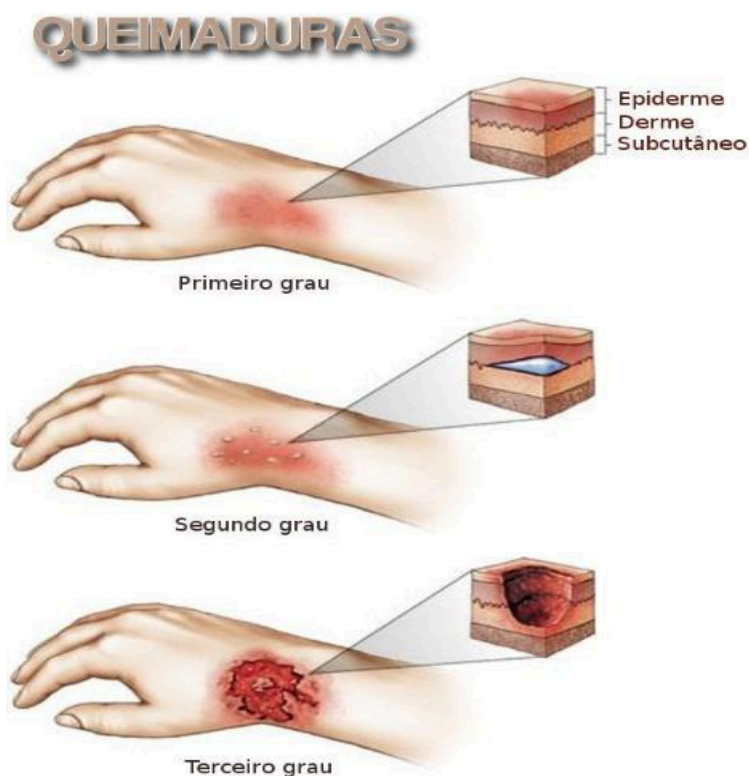


Figura 2 - Imagem ilustrativa das classificações das queimaduras.
 Fonte: <https://www.todamateria.com.br/pele-humana>.

Um dos métodos mais utilizados na avaliação de urgência é a "regra dos nove", que divide o corpo humano em regiões correspondentes a múltiplos de 9%, facilitando a estimativa da área queimada. Em casos de queimaduras menores, utiliza-se a superfície palmar do paciente, incluindo os dedos, que corresponde a aproximadamente 1% da SCQ (Figura 3) (BRASIL, 2012).

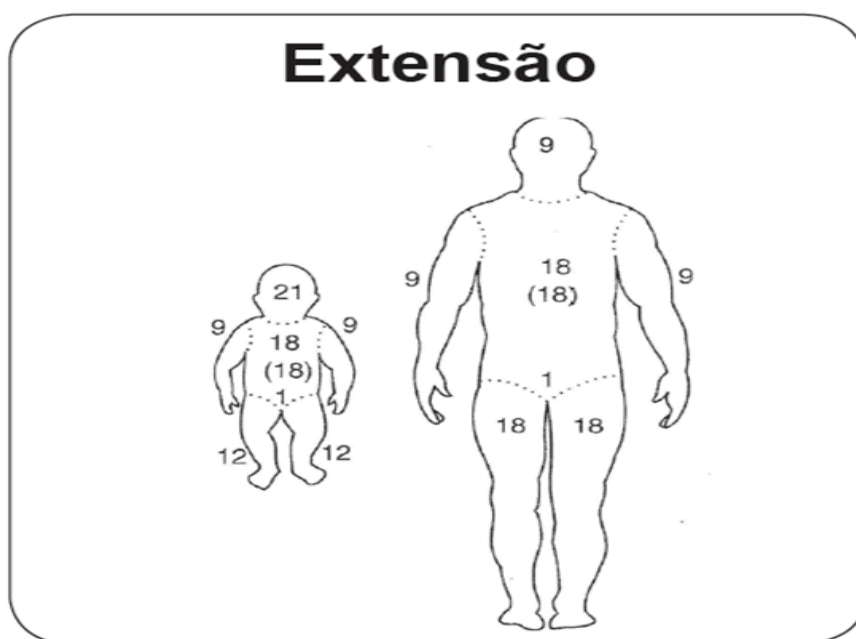


Figura 3 - Extensão das queimaduras e regra dos 9. Fonte: Brasil (2012).

Além disso, queimaduras em áreas consideradas nobres ou especiais demandam atenção redobrada. Essas áreas incluem olhos, orelhas, face, pescoço, mãos, pés, região inguinal, grandes articulações (como ombros, axilas, cotovelos, punhos, joelhos e tornozelos) e órgãos genitais. Queimaduras que atingem estruturas mais profundas, como músculos, ossos, nervos ou vasos sanguíneos, também são classificadas como graves devido ao alto risco de complicações funcionais e sistêmicas (BRASIL, 2012).

Quadro 2 - Regra dos nove para calcular a superfície queimada.

MEMBROS	ADULTOS	CRIANÇA
Cabeça e Pescoço	9%	21%
Tronco Anterior	18%	18%

Tronco Posterior	18%	18%
Membro Superior	18% (9% cada)	18% (9% cada)
Membro Inferior	36% (18% cada)	24% (12% cada)
Períneo	1%	1%

Fonte: Guirro e Guirro (2007).

Queimaduras são classificadas como graves em diversas condições, incluindo lesões que afetam mais de 20% da Superfície Corporal Queimada (SCQ) em adultos ou 10% em crianças. Outras condições incluem pacientes menores de 3 anos ou maiores de 65 anos, queimaduras químicas ou elétricas, lesões em áreas nobres como olhos, face e genitais, e presença de lesão inalatória, politrauma ou doenças prévias. Casos associados à violência, maus-tratos ou tentativa de autoextermínio também são considerados graves (BRASIL, 2012).

A portaria nº 1273 do Ministério da Saúde, com base na extensão da queimadura, na profundidade e tipos específicos de lesão, classificou os pacientes quanto à gravidade da queimadura em pequeno, médio e grande queimado, conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação do paciente queimado segundo Ministério da Saúde

1. Pequeno queimado: 1º e 2º grau até 10% da superfície corporal queimada (SCQ);
2. Médio queimado: 1º e 2º grau entre 10 e 25% SCQ, 3º grau até 10% SCQ, queimadura de mãos, pés ou face;
3. Grande queimado: 1º e 2º grau acima de 26% SCQ, 3º grau acima de 10% SCQ, queimaduras elétricas, de vias aéreas ou de períneo, presença de comorbidades (lesão inalatória, politrauma, TCE, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbio de coagulação, embolia pulmonar, infecção, doenças consultivas e síndrome compartimental).

Fonte: Ministério da Saúde (2012).

Esta classificação e fatores como duração do transporte e tempo de admissão hospitalar, demora na ressuscitação e resposta inicial à terapia ajudam a determinar quais são os pacientes queimados de maior risco de complicações e que necessitam de cuidados e monitorização mais intensivos, resultando em uma hospitalização mais prolongada (HONÓRIO, 2003).

2.5 TRATAMENTO

De acordo Rossiet *et al.* (2010), a prioridade com o paciente queimado deve ser primeiramente manter permeável às vias aéreas, repor os fluídos perdidos e amenizar a dor, e somente após esses cuidados deve ser tratada a ferida provocada pela queimadura.

O tratamento de emergência para queimaduras exige uma abordagem rápida e estruturada para diminuir os danos e estabilizar o paciente. A primeira etapa é interromper o processo de queimadura, eliminando o contato com a fonte de calor. Em seguida, é necessário remover objetos como roupas, jóias, anéis, piercings e próteses, evitando constrições ou complicações causadas pelo inchaço. As áreas lesionadas devem ser protegidas com um tecido limpo para reduzir o risco de contaminação (BRASIL, 2012).

Na sala de emergência, o manejo segue etapas específicas, começando pela avaliação das vias aéreas. É essencial verificar a presença de corpos estranhos ou obstruções e removê-los imediatamente. Em casos de queimaduras ocorridas em ambientes fechados, deve-se suspeitar de lesão inalatória, especialmente se houver sinais como rouquidão, escarro carbonáceo ou insuficiência respiratória. Se necessário, deve-se realizar intubação orotraqueal, principalmente em situações de edema facial severo ou quando a oximetria indicar dessaturação (BRASIL, 2012).

A respiração também deve ser avaliada e estabilizada. Pode ser necessário aspirar as vias aéreas superiores e administrar oxigênio a 100% com máscara umidificada, especialmente em casos de suspeita de intoxicação por monóxido de carbono. Para melhorar a ventilação, é recomendado manter a cabeceira do paciente elevada a 30 graus (BRASIL, 2012).

O sistema circulatório requer atenção especial, especialmente em queimaduras circulares que afetam o tórax ou os membros. A perfusão distal deve ser avaliada regularmente com oximetria de pulso para detectar possíveis comprometimentos. Além disso, é importante investigar traumas associados, doenças prévias ou outras condições de saúde, adotando medidas imediatas conforme necessário (BRASIL, 2012).

Para avaliação e manejo adequados, às áreas queimadas devem ser expostas. Um acesso venoso periférico calibroso deve ser estabelecido em área não queimada, sempre que possível. Caso isso não seja viável, pode-se optar por um acesso venoso central. Em pacientes com queimaduras extensas, mais de 20% da

superfície corporal queimada (SCQ) em adultos e 10% em crianças, a instalação de uma sonda vesical de demora é essencial para monitorar a diurese e garantir o equilíbrio hídrico (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2012), o cálculo da hidratação é uma etapa crítica no manejo inicial de pacientes queimados, especialmente nas primeiras 24 horas, período em que o equilíbrio hídrico deve ser rigorosamente monitorado. A fórmula de Parkland é amplamente utilizada para estimar o volume necessário de reposição hídrica, sendo calculada com base na seguinte equação:

$$\text{Volume (ml)} = 2 \text{ a } 4 \times \% \text{SCQ} \times \text{Peso (kg)}$$

Para crianças e adultos, utiliza-se de 2 a 4 ml/kg/%SCQ. Entretanto, idosos e pacientes com condições como insuficiência renal ou insuficiência cardíaca congestiva devem iniciar com 2 a 3 ml/kg/%SCQ, devido à maior vulnerabilidade a sobrecargas de líquidos. A reposição deve ser feita preferencialmente com soluções cristalóides, como o ringer com lactato, sendo 50% do volume total administrado nas primeiras 8 horas e os 50% restantes nas 16 horas subsequentes, considerando sempre o horário da queimadura (BRASIL, 2012).

A hidratação deve garantir uma diurese adequada, entre 0,5 e 1 ml/kg/h em queimaduras gerais, e cerca de 1,5 ml/kg/h ou até o clareamento da urina em casos de trauma elétrico. É essencial monitorar a glicemia em crianças, diabéticos e pacientes com outros fatores de risco. Durante a fase inicial de hidratação, deve-se evitar o uso de colóides, diuréticos e drogas vasoativas, focando apenas no equilíbrio de fluidos (BRASIL, 2012).

O manejo da dor é igualmente crucial no atendimento de pacientes queimados, devido à intensidade do desconforto associado a essas lesões. Para adultos, pode-se administrar dipirona de 500 mg a 1 g em injeção intravenosa ou morfina, diluindo 10 mg (1 ml) em 9 ml de solução fisiológica (SF) a 0,9%, resultando em uma solução onde cada 1 ml equivale a 1 mg. A dosagem recomendada varia de 0,5 a 1 mg para cada 10 kg de peso. Para crianças, a dipirona deve ser administrada em doses de 15 a 25 mg/kg em via intravenosa, enquanto a morfina segue a mesma diluição e proporção de 0,5 a 1 mg para cada 10 kg de peso (BRASIL, 2012).

O cuidado inicial com a ferida envolve limpeza com água e clorexidina a 2% ou, na sua ausência, com água e sabão neutro. Medidas profiláticas incluem administração de toxóide tetânico, bloqueadores de receptor H2 para prevenir úlcera de estresse, e heparina subcutânea para evitar o tromboembolismo. A aplicação

tópica de sulfadiazina de prata a 1% é recomendada como antimicrobiana. Curativos variam conforme a área afetada: curativos expostos são indicados para face e períneo, enquanto curativos oclusivos em várias camadas são usados para outras áreas (BRASIL, 2012).

Em casos de queimaduras de pequena expansão é aconselhável o curativo úmido com soro fisiológico, para evitar a contaminação da lesão, em queimaduras acompanhadas de hemorragia é necessário aplicar curativos compressivos para cessar o fluxo hemorrágico (SANTOS, 2008).

O curativo oclusivo atualmente é o tratamento mais utilizado em todo o mundo, apresentando várias vantagens e baixo custo. Existe no mercado uma grande variedade de curativos absorventes (actisorb, DuoDERM, hyalogran). Deve ser suficientemente grosso para não passar as secreções da ferida, manter o paciente aquecido e permitir um microclima de umidade que favorece o crescimento das células epiteliais, evitando a penetração de germes e dos raios ultravioletas (BOLGIAN; SERRA, 2010).

O principal método de detecção de infecção de ferida é a partir da observação de alterações na mesma. A ferida pode apresentar alterações de cor, exsudato e sensibilidade, e aumento em profundidade. A definição clássica sugere que haja uma separação precoce da crosta da queimadura (GREENHALGH *et al.*, 2007), a remoção do tecido necrótico, desvitalizado e/ou infectado, deixando a ferida limpa e adequada para a cobertura imediata com pele ou substitutos cutâneos. Dessa forma, se consegue evitar ou reduzir as grandes perdas de líquidos, sepse e as consequências estéticas do atraso na cicatrização (BOLGIAN; SERRA, 2025).

O uso de antibióticos sistêmicos é restrito a casos com sinais claros de infecção local ou sistêmica, evitando seu uso profilático indiscriminado. Corticosteroides, por sua vez, não devem ser usados sem justificativa específica (BRASIL, 2012). Toda queimadura profunda (3º grau ou 2º profundo) deve ser tratada com enxertia precoce, para evitar as retrações e sequelas. Nas queimaduras extensas não há possibilidade de cura da ferida por pixelização (BOLGIAN; SERRA 2010).

A presença de infecção somente na ferida sem sinais de infecção sistêmica, descarta o uso de tratamentos sistêmicos e indica-se somente o tratamento local. Em um possível tratamento sistêmico é ideal que se realize um estudo microbiológico antes de seu início, que será mantido de 10 a 14 dias ou mais,

dependendo da reação do paciente. A reposição volêmica agressiva é imprescindível para a prevenção da infecção, particularmente na fase inicial do tratamento, isso evita a má perfusão e consequentemente a piora da ferida. É necessário a troca do cateter venoso a cada 3 dias, e troca do sítio de punção a cada 6 dias, que levam a diminuição de incidência de sepse desencadeada por cateter, se possível faça a escolha do acesso em veias periféricas (GOMES; SERRA; MACIEIRA, 2001).

A gravidade da queimadura está diretamente relacionada com sua extensão, profundidade da lesão gerada no organismo e exposição ao agente agressor. Comprometimento que causa vários distúrbios físicos, como, por exemplo, perda de volume líquido, mudanças metabólicas, deformidades corporais e risco de infecção, além das complicações advindas da queimadura, que podem ocasionar maiores complicações no estado de saúde do paciente. Por ser um trauma de grande complexidade e requerer tratamento eficaz, adequado e de caráter imediato, acidentes com vítimas por queimaduras apresentam alta taxa de morbidade e mortalidade (OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012).

2.6 A ENFERMAGEM À CRIANÇA QUEIMADA

Variados estudos têm abordado sobre papel da enfermagem no cuidado a crianças queimadas e submetidas a procedimentos dolorosos. O quadro a seguir explora estudos que analisam diferentes estratégias e intervenções voltadas para o alívio da dor, melhoria do bem-estar dos pacientes pediátricos e apoio às famílias e fortalecimento do vínculo familiar e a capacitação dos profissionais de saúde.

Quadro 4 - A enfermagem à criança queimada.

Tipos de Intervenção	Resultados Esperados
Ensinar sobre o papel parental; promover/apoiar/negociar o papel parental; incentivar desempenho do papel parental; assistir a mãe no cuidar.	A mãe conseguiu recrutar o suporte necessário e demonstrou vontade de se envolver no ajustamento ao seu novo papel parental, resultando em autoeficácia positiva para cuidar da criança.
Utilização de estratégias lúdicas para amenizar a dor e distrair a criança durante o tratamento.	A qualificação do profissional de enfermagem se mostrou relevante, contribuindo para a identificação das lesões e amenizando a dor da recuperação, tanto do paciente quanto da família.

Tipos de Intervenção	Resultados Esperados
Estabelecimento de um plano de cuidados específicos para o recém-nascido, envolvendo a família no processo de cuidado.	O neonato recebeu alta hospitalar com tempo de internação menor que o esperado e epiteliação total das lesões, com a família demonstrando aptidão para realizar os curativos em domicílio.
Realização de todos os cuidados de enfermagem disponíveis e possíveis, respeitando a sistematização da assistência.	Aprendizado significativo dos formandos; uso da Sulfadiazina de Prata foi identificado, com reconhecimento na literatura sobre sua interferência no manejo efetivo de pacientes queimados.
Cuidados integrais considerando as esferas física, biológica e psicológica dos pacientes pediátricos queimados.	Identificação das dificuldades enfrentadas pelos pacientes devido à separação do vínculo familiar, sugerindo estratégias para melhorar o desempenho dos profissionais e restaurar o bem-estar dos pacientes queimados.
Uso de clown-nurse durante a troca de curativos para melhorar a adesão das crianças ao procedimento.	Crianças no grupo experimental apresentaram melhor adesão à troca de curativos, com menos choro e maior interação com os acompanhantes e enfermeiros.
Aplicação da realidade virtual durante a troca de curativos para alívio da dor em crianças queimadas.	Diminuição da dor imediatamente após o curativo; as crianças relataram uma experiência positiva durante o procedimento, mostrando-se mais colaborativas.
O cuidado infantil hospitalar para os profissionais de enfermagem é citado como alto grau de sofrimento psíquico uma vez que eles são dominados por sentimentos de instabilidade emocional devido ao convívio com o cuidado à criança em consonância com a vivência do sofrimento familiar, dados esses que corroboram com o presente estudo uma vez que as entrevistadas relatam dificuldade e angústia no processo de cuidar das crianças gravemente enfermas	Dificuldades como mensuração da dor em pacientes que estão impossibilitados de autorrelatar a dor podem ser observados nesse estudo, evidenciando a necessidade de implementação de instrumentos que abordem os aspectos multidimensionais da dor, tornando o manejo da dor mais fidedigno e a assistência mais segura e eficaz ao paciente a qual vivencia a experiência dolorosa
Os enfermeiros atuam diretamente nesse cuidado, relatando sentimentos predominantes de medo, insegurança, sofrimento, dor, acolhimento e tristeza. Visto que depende de como a criança encara o tratamento, carece, assim, de preparo físico e mental para lidar com o processo de assistência.	profissionais enfermeiros sofrem psicologicamente durante o cuidado ao paciente pediátrico, em decorrência da criação de vínculo com a criança e do desenvolvimento de empatia pela situação, em consequência de serem os profissionais protagonistas durante a assistência da saúde na rotina hospitalar

Fonte: Lima *et al.* (2019).

O cuidado de enfermagem em pacientes pediátricos queimados envolve desafios significativos, especialmente na mitigação da dor, no suporte psicológico e na promoção de um ambiente que favoreça a colaboração das crianças e suas famílias (LIMA *et al.*, 2019).

Trabalhar com crianças queimadas não é fácil. É um desafio que exige preparo técnico, empatia e força emocional. Muitos enfermeiros relatam o peso de lidar diariamente com o sofrimento infantil e as consequências das queimaduras, mas também reconhecem a importância de seu papel nesse processo de recuperação. Por isso, é essencial que esses profissionais recebam apoio, sejam capacitados e tenham acesso a recursos que os ajudem a cuidar das crianças e, ao mesmo tempo, preservem sua saúde emocional. Afinal, cuidar de uma criança queimada é uma tarefa que vai muito além da técnica: é um gesto de humanidade e compaixão (CALDAS *et al.*, 2020).

De acordo com Caldas *et al.* (2020) que mais de 70% das crianças que sofrem queimaduras enfrentam sequelas permanentes, o que já demonstra o impacto devastador desse tipo de trauma. Essa vulnerabilidade está ligada às características próprias da infância, como o sistema imunológico em desenvolvimento e a estrutura corporal ainda em formação, o que aumenta os riscos de complicações graves, como infecções, sepse e até mesmo o choque hipovolêmico.

Em 21 de março de 2005, foi sancionada a Lei nº 11.104, que dispõe da obrigatoriedade da instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação (OLIVEIRA, 2009).

A brinquedoteca hospitalar desenvolve um papel muito importante durante o processo de tratamento e internação da criança, pois diante das diversas transformações no estado físico, psíquico e social desta criança, o lúdico traz muitos benefícios e contribui como um excelente motivador para trazer de volta a autoestima da criança (DIOGO, 2016, p. 2).

Segundo Erdeli *et al.* (2020) reforçam a necessidade de implementar ferramentas padronizadas para avaliar a dor e oferecer suporte psicológico aos profissionais de enfermagem. Essas mudanças podem ajudar a tornar o cuidado mais humanizado e aliviar os efeitos emocionais desse trabalho tão desafiador. Afinal, cuidar de crianças em situações tão delicadas requer, além de técnica, muita empatia e resiliência.

Como destaca Yildirim *et al.* (2019) estratégias que abordam aspectos emocionais, como o uso de clown-nurses, foram exploradas porque relataram melhor adesão das crianças aos procedimentos, com menos choro e maior interação com os enfermeiros. De forma semelhante, Fernandez *et al.* (2019) enfatizaram a importância de considerar as esferas física, biológica e psicológica no cuidado pediátrico, especialmente em casos de separação familiar.

Além disso, Cioga e Braga (2022) realizaram um estudo com foco na assistência às mães de crianças hospitalizadas, promovendo suporte ao papel parental. Eles observaram que as mães desenvolveram maior autoeficácia no cuidado infantil, o que reforça a relevância de envolver a família no processo de cuidado. Esses resultados são complementares aos de Secco *et al.* (2019), que destacaram a importância de capacitar a família para realizar os cuidados em casa, reduzindo o tempo de internação do recém-nascido.

Conforme Fernandez *et al.* (2019) as dificuldades enfrentadas pelas crianças devido à separação do vínculo familiar durante o tratamento hospitalar. Eles sugeriram estratégias para fortalecer esse vínculo e melhorar o bem-estar emocional dos pacientes no estudo de Yildirim *et al.* (2019), que usou clown-nurses durante trocas de curativos para aumentar a adesão das crianças aos procedimentos.

Gomes *et al.* (2019) as intervenções podem transformar a experiência hospitalar, promovendo maior adesão e bem-estar das crianças. De acordo com Secco *et al.*, (2019) conceitua que a redução do tempo de internação e a recuperação física como benefícios tangíveis das estratégias empregadas.

O papel do enfermeiro vai muito além dos procedimentos técnicos. Ele está presente desde o atendimento inicial até os momentos finais da recuperação, ajudando não apenas a aliviar a dor e tratar as feridas, mas também a oferecer suporte emocional para a criança e sua família. Além dos cuidados diretos, a capacidade de escutar e acolher são fundamentais para que a criança se sinta segura durante a internação (CALDAS *et al.*, 2020).

2.7 PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

É necessário realizar ações preventivas e criar programas educativos para a população, direcionados especialmente aos cuidadores. As ações devem ser

voltadas para cada fase de desenvolvimento da criança (MARTINS; ANDRADE, 2007).

As estratégias educativas, visam orientar os cuidadores a manterem a criança afastada de fornos, posicionar de forma correta as panelas sobre o fogão, de forma que os cabos não fiquem expostos, não deixar alimentos quentes sobre a mesa cobertos com toalhas, deixar o acesso a cozinha restrito, guardar veículos em locais adequados, a fim de evitar queimaduras pelo contato com escapamento e proteger tomadas (MORAES, 2016).

A educação em saúde sobre primeiros socorros está voltada intrinsecamente para que a população tenha esclarecimentos quanto às técnicas corretas a serem aplicadas antes da chegada do atendimento especializado. Qualquer pessoa pode ser surpreendida por uma emergência e será preciso agir imediatamente, pois poucos instantes valem ouro para a saúde de uma vítima (TINOCO; REIS; FREITAS, 2014).

A enfermagem pode auxiliar no processo de prevenção das queimaduras em seus diversos locais de atuação, desenvolvendo palestras para pais e mães, principalmente em escolas. Os enfermeiros também devem orientar os pais nas consultas de puericultura sobre a necessidade extrema de manter crianças da primeira infância longe do perigo de queimadura, além de manter fogões, instalações elétricas e produtos químicos longe do alcance de crianças (MORAES *et al.*, 2014).

Segundo Martins (2007) através de protocolos padronizados é possível que os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras, sejam treinados e orientados para atuar frente a esta ocorrência e colaborar para diminuir as intercorrências e sequelas do trauma. O enfermeiro, nesse contexto, deverá adotar medidas específicas para atuar.

A falta de conhecimento a respeito de como prevenir acidentes com queimaduras por parte dos responsáveis pelas crianças contribui para esse tipo de acidentes. Os responsáveis legais e pais devem adotar medidas de prevenção básica, de modo a evitar grandes queimaduras, que irão acarretar sofrimento físico e psicológico na criança. Como muitos pais não realizam medidas preventivas para queimaduras por falta de conhecimento, o enfermeiro tem a responsabilidade de conscientizar pais e responsáveis, sobre os cuidados de prevenção para

queimaduras, utilizando-se panfletos, palestras, cartazes, oficinas, orientações durante o atendimento da puericultura, entre outros (MORAES *et al.*, 2014).

De acordo Martins *et al.* (2014) os pais devem ser orientados sobre as práticas e os cuidados que evitam as queimaduras em todas as oportunidades, incluindo o período pré-natal. Ressalta-se que a atenção com crianças menores de cinco anos deve ser redobrada, pois estas estão “descobrimdo o mundo” e são completamente dependentes dos adultos para impor seus limites de segurança. O impulso por descobrir e experimentar expõe as crianças constantemente em risco, pois só a partir dos cinco anos, elas começam a ter noção dos perigos e limites que as rondam.

Diante do observado, sugere-se a intensificação das políticas públicas de saúde voltadas para prevenção de queimaduras de maneira eficiente, eficaz e efetiva. Assim, todas as famílias atingidas pelo acidente por queimaduras poderão ter acessibilidade aos serviços especializados e serem orientadas na prevenção de acidentes na infância (BRITO *et al.*, 2010, p. 324).

O cuidado está diretamente relacionado à aceitação da família, tendo os pais como parceiros e informantes das condições da criança. Cabe ao enfermeiro favorecer a promoção da saúde e a prevenção de sequelas, e ao mesmo tempo, priorizar a manutenção do equilíbrio físico-emocional da criança (BRITO *et al.*, 2010, p. 322).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter exploratório, com abordagem qualitativa. Nesse tipo de pesquisa, buscou-se explicar o tema da assistência de enfermagem às crianças vítimas de queimaduras com base em referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses.

De acordo com Gil (2002, p. 44), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A pesquisa exploratória tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Segundo Gil, estes tipos de pesquisas são os que apresentam menor rigidez no planejamento, pois são planejadas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Segundo Prodanove e Freitas (2013), abordagem qualitativa visa considerar uma relação do que acontece de fato no mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em qualidades. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa.

3.2 LEVANTAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Foram incluídos 13 artigos, selecionados a partir das bases de dados utilizadas para a pesquisa foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

Para coletar os dados, todo o material obtido foi lido e aqueles que realmente foram interessantes para o cenário foram selecionados. As descrições que foram utilizadas: Queimaduras. Criança. Dor. Enfermagem.

Os descritores utilizados foram de acordo com as categorias: Para este estudo, a pesquisa foi estruturada em torno de três categorias principais.

Quadro 5 - Categorias para análise.

Categorias	
1	Fatores influenciam a ocorrência de queimadura na criança
2	Intervenção de enfermagem no manejo da dor de queimadura
3	Assistência enfermagem prestada às crianças vítimas de queimaduras

Fonte: Elaborado por Gonçalves (2023).

3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios para inclusão dos artigos foram aqueles publicados nos últimos nove anos, abordando a Assistência de enfermagem prestada às crianças queimadas, disponíveis em revistas eletrônicas. Foram incluídos apenas artigos completos e na íntegra, redigidos em língua portuguesa.

Também foram excluídas as obras que não se encontram disponíveis na íntegra, aquelas duplamente indexadas nas bases de dados, artigos que não estejam ligados com o tema de estudo, os que se apresentavam em outras línguas e fora do período estipulado para a pesquisa.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

As obras enquadradas neste estudo de revisão integrativa da literatura têm seus autores incluídos tanto no corpo do texto quanto na lista de referências, agindo com ética e respeitando suas opiniões, sem fazer nenhum tipo de mudança em suas reproduções e seus conteúdos, como preconiza o artigo 46, inciso III da lei de direito autoral nº 9610/98.

3.5 ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Neste trabalho de revisão bibliográfica, o maior desafio enfrentado é a possibilidade de plágio, sendo que quando isso acontece implica em crime de direitos autorais tal como é previsto na resolução 9610/1998. Portanto, todas as fontes foram corretamente citadas e referenciadas, seguindo o que é determinado pela resolução. Os dados foram minuciosamente analisados e debatidos conforme os objetivos propostos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra discursiva, foi dividida em Três categorias, que apresentam um relato literário sobre fatores que influenciam a ocorrência de queimadura, estratégias para o manejo da dor de queimadura e assistência enfermagem prestada às crianças vítimas de queimaduras.

Quadro 6 - Distribuição dos artigos segundo o autor/ano, título do artigo, objetivo e conclusão.

Autor/ano	Título do artigo	Objetivo	Conclusão
Vinhal e Moraes (2021)	Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes queimados internados em um hospital público de Goiânia	Identificar o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes queimados internados em um hospital público de Goiânia e verificar se há relação entre a superfície corporal queimada (SQC) e a redução de amplitude de movimento (ADM), necessidade de unidade de terapia intensiva (UTI), óbito e causa da queimadura.	Crianças mais novas apresentaram queimaduras por escaldadura; adolescentes por líquidos inflamáveis. A SQC associou-se à redução da ADM, necessidade de UTI e óbito.
Silvestrim et al. (2023)	Perfil clínico-epidemiológico das queimaduras em crianças hospitalizadas em centro especializado	Analisar o perfil clínico-epidemiológico das queimaduras em menores de 12 anos.	Menores de 3 anos foram mais suscetíveis a queimaduras, predominantemente em ambiente doméstico.
Moraes et al. (2018)	Causas de queimaduras em crianças atendidas em um hospital público de Alagoas Moraes et al. (2018)	Conhecer as causas de queimaduras em crianças de 0 a 5 anos atendidas em um hospital público de Maceió, Alagoas	Queimaduras em crianças estão relacionadas a escaldaduras com café e água quente durante refeições e manuseio na cozinha; predominância do sexo masculino e tórax como região mais afetada.
Bartholo et al. (2022)	Atuação fisioterapêutica e perfil epidemiológico de crianças queimadas admitidas em um centro de referência de queimaduras de um hospital universitário	Traçar o perfil epidemiológico de crianças queimadas atendidas pelo Centro de Tratamento de Queimados de um hospital universitário e analisar os tratamentos clínico, cirúrgico e a intervenção fisioterapêutica	A população pediátrica mais atingida foi do sexo masculino e lactente; prevalência de queimaduras por escaldadura em casa. Fisioterapia aplicada em quase todas as crianças com condutas motoras e respiratórias.
Pan et al. (2021)	Queimaduras em crianças e adolescentes atendidos em um pronto-socorro infantil Pan et al. (2021)	Caracterizar os atendimentos por queimaduras em crianças e adolescentes em um Pronto-Socorro Infantil, no período de 2008 a 2018.	Queimaduras por escaldaduras e de 2º grau foram as mais comuns entre crianças; reforça a necessidade de ações preventivas para saúde infantil.
Scapin et al. (2023)	Realidade virtual na redução da dor em crianças queimadas: Scapin et al. (2023)	Descrever o teste piloto de estudo quase-experimental utilizando RV para alívio da dor em crianças queimadas.	A intervenção com RV foi considerada importante para a diminuição da dor durante e após o procedimento.

Autor/ano	Título do artigo	Objetivo	Conclusão
Scapin <i>et al.</i> (2020)	Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em Crianças queimada Scapin <i>et al.</i> (2020)	Relatar a utilização da RV e seus efeitos em parâmetros clínicos e dor em crianças queimadas	tecnologia mostrou-se inovadora e eficaz para as variáveis analisadas; novos estudos com amostragem maior são necessários.
Silva <i>et al.</i> (2024)	O uso de curativos especiais e oxigenoterapia hiperbárica Adjuvante no tratamento de criança com queimadura extensa Silva <i>et al.</i> (2024)	Descrever a evolução clínica de uma criança com queimadura extensa usando OHB e curativos impregnados com prata	O uso combinado de OHB e curativos especiais foi eficaz na recuperação da paciente, evidenciando melhora significativa na lesão.
Gomes <i>et al.</i> (2019)	Brinquedo terapêutico no alívio da dor em crianças hospitalizadas Gomes <i>et al.</i> (2019)	Avaliar a eficácia do Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) para alívio da dor em crianças hospitalizadas.	O BTI é uma ferramenta eficaz para aliviar a dor e reduzir a ansiedade durante hospitalizações infantis.
Simas (2019)	A realidade virtual imersiva como estratégia de distração na troca de curativos de crianças queimadas: série de casos Simas (2019)	Relatar a utilização da realidade virtual como método de distração durante troca de curativos em crianças queimadas.	A realidade virtual imersiva pode promover distração e diminuição da intensidade da dor durante procedimentos dolorosos em crianças queimadas, sendo uma estratégia positiva para pacientes e responsáveis
Campos e passos (2016)	Sentimentos da equipe de enfermagem decorrentes do trabalho com crianças em uma unidade de queimados	Descrever os sentimentos da equipe de enfermagem sobre seu trabalho com crianças da unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte	Concluiu-se que os profissionais entrevistados, atuantes em Unidade de Queimados, são alvo de estresse diário, quase todos os funcionários esquivam esse setor devido à complexidade dos casos de pacientes lá internados.
Junior <i>et al.</i> (2018)	Diagnósticos de Enfermagem à Criança com Queimadura Pronto-Socorro Infantil: uma revisão integrativa.	Os principais Diagnósticos de Enfermagem (DE) voltados às crianças com queimaduras no pronto-socorro infantil contidos na literatura	Conclui-se que há escassez nas publicações sobre o assunto, dada a importância da problemática e a necessidade da oferta de para a prescrição dos cuidados, são necessários mais estudos neste segmento.
Lima <i>et al.</i> 2021	Sistematização da assistência de enfermagem à criança vítima de queimadura	Relatar a experiência durante a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a criança vítima de queimadura de primeiro e segundo grau.	A SAE enquanto tecnologia assistencial propicia a realização de um cuidado sistematizado, planejado e adequado.
Barros <i>et al.</i> .2019	Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de Campo Grande/MS	Descrever o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras internadas em uma unidade, referência no tratamento de queimaduras, de um hospital de grande porte, localizado na cidade de Campo Grande/MS	Este estudo evidenciou que, no grupo estudado, as crianças na faixa etária entre um e quatro anos são as vítimas mais frequentes das queimaduras, e que o evento aconteceu, principalmente, no ambiente

Autor/ano	Título do artigo	Objetivo	Conclusão
			domiciliar de forma acidental, sendo o líquido superaquecido o agente etiológico responsável pela maioria das lesões
Secundo <i>et al.</i> 2019	Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente queimado	Discutir os desafios do gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente queimado, destacando a complexidade do trauma, a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e a importância da atuação do enfermeiro na assistência e gestão dos cuidados.	O cuidado ao paciente queimado exige uma equipe capacitada, suporte multidisciplinar e ações baseadas em evidências científicas. A enfermagem desempenha papel fundamental na assistência direta, no gerenciamento do serviço e na prevenção de complicações, como infecções e desnutrição.
Secundo <i>et al.</i> 2019	Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na Emergência	Identificar quais os protocolos de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na emergência referidos na literatura do Brasil	Os resultados apresentados apontam a importância de uma assistência de qualidade ao paciente queimado, a correta avaliação da dor e quadro clínico geral, porém, não trazem novidades quanto à assistência ao paciente queimado no que tange ao cuidado de enfermagem, explanando apenas sobre cuidados já expostos nas demais literaturas.
Anami (2019)	Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente queimado	destacar a complexidade do cuidado de enfermagem ao paciente queimado e a importância da gestão eficiente, humanizada e baseada em evidências científicas,	O cuidado ao paciente queimado exige da enfermagem competência técnica, liderança e organização, com foco na segurança, humanização e prática baseada em evidências.

Fonte: Elaborado pelos autores desse estudo (2025).

4.1 FATORES QUE INFLUENCIAM A OCORRÊNCIAS DE QUEIMADURA NA CRIANÇA

Os estudos de Pan *et al.* (2021), Moraes *et al.* (2018), Bartholo *et al.* (2022), Martins, Vinhal e Morais (2021) e Silvestrim *et al.* (2023) destacam tanto similaridades quanto diferenças nos contextos e fatores relacionados às queimaduras pediátricas. Apesar de cada pesquisa apresentar cenários e enfoques específicos, algumas tendências gerais podem ser observadas, principalmente em relação à prevalência das queimaduras por escaldadura, a gravidade das lesões e a necessidade de internações prolongadas.

Os estudos revelam um perfil semelhante dos pacientes acometidos. Pan *et al.*, (2021) e Moraes *et al.* (2018) identificaram nos seus estudos que as crianças menores de cinco anos são as mais acometidas, especialmente na faixa etária de 0 a 1 ano, devido à vulnerabilidade e maior exposição a agentes térmicos no ambiente doméstico por escaldaduras. Moraes *et al.* (2018), destacou o descuido dos adultos como principal fator de risco em queimaduras por café ou água quente como principais agentes causadores, enquanto Bartholo *et al.* (2022), apontou que 98,1% das queimaduras foram de origem térmica, maioria do sexo masculino (66,7%), na faixa etária de lactentes afetando membros superiores e tronco reforçando a predominância de acidentes envolvendo líquidos quentes e chama direta no ambiente doméstico.

Embora os graus de queimadura variem conforme o estudo, a queimadura de segundo grau foi amplamente prevalente em Pan *et al.* (2021), Bartholo *et al.* (2022) e Martins, Vinhal e Moraes (2021). Para Silvestrim *et al.*, (2023), destacou a frequência de queimaduras de terceiro grau em desfechos graves, incluindo óbitos. A SCQ também foi relevante: enquanto Pan *et al.* (2021), apresentou uma média de 16,2% de SCQ. Bartholo *et al.* (2022), relatou maior prevalência entre os pequenos queimados, e Silvestrim *et al.* (2023), destacou queimaduras em mais de dois segmentos corporais com uma média de 10,8%.

Interessante pensar nos fatores que podem estar relacionado a esses números. O estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2019), analisou como o aumento do preço do gás de cozinha (GLP) em 2017 influenciou no aumento das queimaduras causadas por líquidos inflamáveis, especialmente o álcool líquido, em pacientes atendidos no Hospital de Urgência de Sergipe. Foi identificado que o álcool representou 82,2% dos casos envolvendo líquidos inflamáveis e que houve um crescimento de mais de 366% nas queimaduras causadas por esse agente em comparação ao ano anterior.

Os estudos apontam alta taxa de internação em pacientes pediátricos com queimaduras. Pan *et al.* (2021), relataram 94,9% de internações, com média de 13 dias de hospitalização. Já Martins, Vinhal e Moraes (2021) destacaram uma média de 26 dias, com prevalência de procedimentos como desbridamento e enxertia. Em relação aos desfechos, Silvestrim *et al.* (2023), apresentou 12,5% de mortalidade entre as crianças com queimaduras graves e infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), evidenciando a gravidade dos casos que evoluem com complicações.

Portanto os estudos analisados apontam para a predominância de queimaduras no ambiente doméstico, destacando a necessidade de medidas preventivas específicas para essa população vulnerável. No entanto, há diferenças nos agentes causadores e nas complicações associadas. Enquanto Moraes *et al.* (2018) e Bartholo *et al.* (2022) priorizam a escaldadura, Silvestrim *et al.*, (2023) enfatizam a gravidade das queimaduras por chama e líquidos inflamáveis, relacionando-as a óbitos e internações prolongadas.

4.2 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DE QUEIMADURA

A abordagem do manejo da dor em crianças vítimas de queimaduras tem evoluído, integrando tecnologias e práticas inovadoras para aliviar o sofrimento durante os procedimentos dolorosos. Os estudos de Scapin *et al.* (2020, 2023), Silva *et al.* (2024), Gomes *et al.* (2019) e Simas (2019) apresentam estratégias diversas, como a realidade virtual, terapias com curativos especiais e o Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI), evidenciando o impacto positivo dessas intervenções no cuidado pediátrico.

Scapin *et al.* (2023) e Simas (2019), exploram o uso da realidade virtual (RV) como ferramenta de distração durante a troca de curativos. Scapin *et al.* (2023), demonstraram redução imediata da dor em crianças submetidas ao uso de RV, enquanto Simas (2019) reforçou que, além de diminuir a dor, a RV promoveu diversão e distração durante os procedimentos. A frequência cardíaca e os níveis de dor, avaliados por escalas específicas, indicaram que a RV é eficaz em mitigar o sofrimento em crianças e adolescentes.

Por outro lado, Silva *et al.* (2024), investigaram uma abordagem multidisciplinar utilizando curativos com malha impregnada de prata e oxigenoterapia hiperbárica (OHB) para acelerar o processo cicatricial e reduzir complicações inflamatórias em uma criança com queimadura extensa. Os resultados destacaram significativa melhora clínica, evidenciando a importância de técnicas avançadas para tratar queimaduras severas.

A pesquisa de Gomes *et al.* (2019), foca no uso do BTI, que prepara as crianças para procedimentos hospitalares através de dramatização lúdica, reduzindo a ansiedade e o estresse associado à hospitalização. O estudo mostrou que a dor foi

reduzida em 96,9% dos procedimentos, apontando a eficácia do BTI como um aliado no cuidado humanizado.

Os estudos analisados apresentam abordagens diversificadas e inovadoras sobre o manejo da dor em crianças hospitalizadas, especialmente em cenários de procedimentos dolorosos ou queimaduras. Cada artigo reflete a busca por estratégias eficazes, desde a utilização de tecnologias imersivas até intervenções mais acessíveis e terapias avançadas. A leitura atenta desses trabalhos me permitiu identificar não apenas os resultados principais, mas também suas conexões, contribuições e limitações dentro do campo de estudo.

Entre os tópicos abordados, três temas principais emergem como centrais. O primeiro é o uso da realidade virtual (RV) como ferramenta de distração e alívio da dor, um método explorado por Scapin *et al.* (2023), Scapin *et al.* (2020) e Simas (2019). O segundo tema, investigado por Gomes *et al.* (2019), aborda as intervenções lúdicas com o Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI), uma solução criativa para minimizar o sofrimento de crianças hospitalizadas. Por fim, o terceiro tópico, trazido por Silva *et al.* (2024), destaca os tratamentos combinados, como a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) e curativos impregnados de prata, voltados para pacientes com queimaduras graves. Esses três pilares delineiam um panorama abrangente de estratégias para o manejo da dor infantil.

O uso da RV mostrou-se uma inovação relevante. Scapin *et al.* (2023), relatam que, em um estudo quase-experimental com crianças internadas, houve redução imediata da dor após o uso da tecnologia durante curativos. De maneira semelhante, Simas (2019) destacou relatos positivos de crianças e adolescentes sobre distração e diversão, além de uma redução significativa na dor durante os procedimentos. Outro trabalho, conduzido por Scapin *et al.* (2020), demonstrou não apenas a redução da dor em dois a quatro pontos, mas também melhorias em parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca e saturação de oxigênio. Esses resultados indicam que a RV, além de proporcionar alívio da dor, pode promover uma experiência hospitalar menos traumática.

Por outro lado, o BTI, abordado por Gomes *et al.* (2019), apresentou resultados igualmente significativos, mas com um enfoque mais emocional e relacional. Nesse estudo, o BTI foi eficaz em reduzir a dor de 96,9% das crianças avaliadas, além de contribuir para um ambiente hospitalar mais acolhedor. A interação lúdica não apenas aliviou o sofrimento das crianças, mas também

fortaleceu a relação entre elas e os profissionais de saúde. Esse aspecto é especialmente importante porque demonstra que intervenções simples, porém criativas, podem ter um impacto profundo no bem-estar infantil.

Já o estudo de Silva *et al.* (2024), trouxe uma abordagem focada na recuperação física de crianças com queimaduras extensas. A combinação de OHB e curativos impregnados de prata acelerou a epitelização das lesões e promoveu uma recuperação mais eficaz, evidenciando que métodos integrados podem ser cruciais em casos de alta gravidade. Este estudo, embora baseado em um único caso, destaca o potencial de terapias avançadas para oferecer alternativas promissoras em contextos clínicos desafiadores.

As contribuições desses estudos são variadas, mas convergem em pontos essenciais. Scapin *et al.* (2023) e Simas (2019) destacam a RV como uma tecnologia transformadora para o manejo da dor, trazendo inovação ao cuidado hospitalar, como um método de fácil utilização, por ser pequeno, leve e de simples instalação, com boa aceitação pelos pacientes e que promove melhoria da dor em crianças vítimas de queimaduras durante procedimentos dolorosos.

Para Gomes *et al.* (2019) reforça a importância de abordagens humanizadas, mostrando que o BTI pode ser uma alternativa acessível e eficaz considerado uma estratégia importante para o cuidado da enfermagem. Silva *et al.* (2024), por sua vez, oferece evidências de que a integração de terapias avançadas pode melhorar significativamente os resultados clínicos.

Apesar das contribuições, algumas limitações são evidentes. Os estudos que utilizaram RV, como os de Scapin *et al.* (2020) e Simas (2019), apresentam amostras pequenas, limitando a generalização dos achados. Além disso, a necessidade de maior rigor metodológico e comparações entre diferentes intervenções é uma lacuna apontada de forma implícita em todos os trabalhos. Em relação ao estudo de Silva *et al.* (2024), embora os resultados sejam promissores, a análise baseada em um único caso limita as conclusões. Futuras pesquisas devem priorizar amostras maiores e explorar os efeitos em longo prazo dessas intervenções.

O impacto social das intervenções analisadas também merece destaque. A RV, por exemplo, proporciona um alívio imediato e transforma a experiência hospitalar em algo mais tolerável e até divertido para as crianças, segundo Scapin *et al.* (2020) e Simas (2019). Já Gomes *et al.* (2019) demonstram que o BTI não

apenas reduz a dor, mas também cria um vínculo emocional positivo entre os pequenos pacientes e a equipe de saúde, o que é fundamental para minimizar o estresse hospitalar. Silva *et al.* (2024) traz evidências de como intervenções avançadas podem influenciar diretamente a qualidade de vida e o tempo de recuperação das crianças.

Além disso, fatores como acesso a recursos tecnológicos e políticas públicas são cruciais para viabilizar essas estratégias em maior escala. Embora a RV represente uma inovação notável, seu custo pode ser um obstáculo em contextos com recursos limitados. Por outro lado, o BTI se destaca como uma alternativa mais acessível, enquanto a aplicação de OHB depende de infraestrutura hospitalar especializada, como apontado por Silva *et al.* (2024).

4.3 ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM PRESTADA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Assistência de enfermagem é importante na saúde da criança pós queimadura, pois o auxílio deve ser prestado com autoconfiança e preparado para vivenciar situações que impõem barreiras, sem contar que o cuidado precisa ser excessivo onde acontecerá mudanças que podem contribuir ou dificultar na saúde da criança, conseguindo intervir de maneira que evite desconforto, dor, solidão e a baixa autoestima (CAMPOS; PASSOS, 2016).

Assistência de enfermagem pelo enfermeiro não deve ser apenas o cuidado padronizado, é fundamental que ele leve em consideração a abordagem multidisciplinar e a participação da família da criança. Onde terá intervenções direcionadas ao paciente, com o propósito de obter resultados. O enfermeiro, ao avaliar cada situação, consegue planejar ações específicas e efetivas, sempre com foco no conforto, na segurança e na recuperação do paciente (LIMA *et al.*, 2021).

Para auxiliar nesse cuidado, a enfermagem tem como ferramenta a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), que deve ser realizada de acordo com a Resolução do COFEN nº 358/2009 e a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, com o propósito de estabelecer um trabalho profissional da enfermagem, onde contém 5 etapas (1º Admissão, 2º exame físico, 3º diagnóstico de enfermagem, 4º prescrição de enfermagem e 5º evolução). A SAE possibilita ao enfermeiro não só a utilização de métodos de suas competências

técnicas e científicas, como também a aplicação de métodos humanizados na assistência ao paciente, onde o enfermeiro deve ter a sensibilidade e habilidade para lidar com os sentimentos da criança que está passando por um processo doloroso e de grande efeito na vida da vítima (JUNIOR *et al.*, 2018).

Além disso, Lima *et al.* (2021) afirmam em seu estudo que uso da SAE propicia ao profissional Enfermeiro o desenvolvimento de uma assistência planejada, eficiente e segura pois se pauta em recursos técnicos, científicos e humanos, que sustentam a clínica profissional e, assim, confere qualidade à assistência e satisfação do usuário e da equipe de enfermagem.

As condutas iniciais ao paciente queimado são: imediatamente afastamento da vítima da fonte de calor, em seguido resfriamento da pele com água corrente proveniente de torneira ou ducha, não passando de 20 minutos devido ao risco de hipotermia, retirada da roupa, desde que não aderida à pele, escovação da pele no caso de queimaduras por pó químico, lavagem abundante da área lesionada e tratar lesões associadas no caso do paciente queimado, faz-se necessário remover as roupas, a fim de possibilitar melhor avaliação sendo o exame neurológico fundamental no primeiro momento. São ações primordiais em um primeiro momento: avaliação neurológica, observação de possíveis obstruções em vias aéreas superiores (consequência de lesões inalatórias); presença de movimentos ventilatórios e das trocas gasosas e possíveis focos hemorrágicos, o que requer reposição volêmica. (SECUNDO *et al.*, 2019).

Esse planejamento de cuidados reflete o olhar completo e detalhado do enfermeiro sobre cada paciente, considerando tanto os aspectos físicos quanto emocionais. É um trabalho que une ciência e sensibilidade, mostrando como intervenções simples, mas bem organizadas, podem fazer toda a diferença na recuperação e no conforto de quem está sendo cuidado (LIMA *et al.*, 2021).

Barros *et al.* (2019) ressaltam a importância do profissional de enfermagem neste processo, pois tem um contato prolongado com o paciente, e é quem avalia, planeja, supervisiona, executa os cuidados e acompanha a evolução da lesão. Por isso, é essencial que o enfermeiro tenha o conhecimento científico-técnico adequado, execução prática de qualidade, realize uma avaliação holística e integrativa do paciente, e trabalhe em conjunto com a equipe multiprofissional, pois as queimaduras não devem ser tratadas de forma isolada ao resto do corpo. A enfermagem deve estar sempre atualizada quanto aos protocolos de assistência ao

cuidado de queimaduras e aos avanços das tecnologias para o tratamento deste trauma reação de sinais de ansiedade, depressão, culpa ou insegurança.

Enquanto Anami (2019) ressaltam que o cuidado ao paciente queimado é uma das práticas mais desafiadoras dentro da enfermagem, exigindo não apenas competências técnicas, mas também uma abordagem humanizada e integrada. A gravidade do trauma, associada à dor intensa e à complexidade das lesões, coloca o enfermeiro no centro das atividades de cuidado, tanto no manejo direto do paciente quanto na coordenação da equipe multiprofissional.

O cuidado prestado por profissionais de enfermagem a crianças internadas em unidades de queimados é carregado de complexidades que envolvem não apenas a técnica, mas também aspectos psicológicos e emocionais. Segundo Campos e Passos (2016), esses profissionais enfrentam um cenário que exige habilidades clínicas precisas e uma grande resiliência emocional.

Os atendimentos iniciais, dependendo do caso, são feitos pelo Atendimento Pré Hospitalar (APH), efetuada pela equipe de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o intra-hospitalar pela equipe de pronto-socorro. Um e outro precisa-se diretamente da equipe de enfermagem, precisamente preparados com conhecimentos técnicos e científicos para cuidar de forma apropriada aquela criança queimada (JÚNIOR *et al.*, 2018).

No contexto de uma unidade de queimados, as crianças demandam atenção especializada para lidar com dores intensas, procedimentos invasivos e, muitas vezes, o impacto psicológico das lesões e possíveis sequelas. O estudo exploratório realizado no Hospital Regional da Asa Norte destacou que os profissionais da equipe de enfermagem frequentemente experimentam sentimentos de sofrimento, tristeza e impotência, especialmente ao lidar com situações em que o paciente pode apresentar sequelas permanentes.

Esse ambiente de trabalho é também marcado pela necessidade de suportar a dor das crianças e dos seus familiares, o que, de acordo com os relatos dos participantes, impacta diretamente no bem-estar psicológico da equipe. Campos e Passos (2016) reforçam que a assistência em unidades de queimados exige não apenas uma abordagem técnica, mas também emocional e humanizada, para aliviar o sofrimento tanto do paciente quanto da equipe

A mais importante intervenção na fase inicial é a reposição volêmica, na qual é imprescindível uma precisa mensuração do débito urinário, bem como a

administração de fluidos ajustados às necessidades individuais de cada paciente. Conhecer as consequências deletérias tanto da ressuscitação inadequada quanto do “*fluid creep*” devem ser os norteadores para alcançar a meta de diurese. Após a fase inicial, os pacientes com queimaduras graves entram em um período prolongado de hipermetabolismo, inflamação crônica e aumento da suscetibilidade à infecção, desencadeado pela desorganização sistêmica. Cabe à enfermagem garantir que o suporte nutricional proposto seja eficientemente ofertado, que o manejo da ferida siga um protocolo otimizado e que todos os cuidados sejam pautados na prevenção da infecção (ANAMI *et al.*, 2019, p. 139).

No contexto de uma unidade de queimados, as crianças demandam atenção especializada para lidar com dores intensas, procedimentos invasivos e, muitas vezes, o impacto psicológico das lesões e possíveis sequelas. Esse ambiente de trabalho é também marcado pela necessidade de suportar a dor das crianças e dos seus familiares, o que, de acordo com os relatos dos participantes, impacta diretamente no psicológico da equipe.

Campos e Passos (2016) reforçam que a assistência em unidades de queimados exige não apenas uma abordagem técnica, mas também emocional e humanizada, para aliviar o sofrimento tanto do paciente quanto da equipe. O atendimento à criança queimada como operação de grande relevância não deve se limitar somente a abordagens médicas, e ao uso de medicações, mas deve proporcionar atendimento diferenciado e humanizado (LIMA *et al.*, 2021).

Nesse contexto, com tudo o que foi falado, entende-se que a assistência de enfermagem às crianças vítimas de queimaduras deve ser holística, integrando tecnologias inovadoras, suporte emocional e práticas baseadas em evidências. A implementação dessas estratégias é essencial para reduzir a morbimortalidade, promover a recuperação mais rápida e completa, e oferecer um cuidado digno e empático aos pacientes e suas famílias.

5 CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto as queimaduras são frequentes entre crianças menores de cinco anos, do sexo masculino, em ambiente doméstico, com líquidos inflamáveis e escaldaduras. Esse cenário reflete a vulnerabilidade das crianças em suas casas e a necessidade de ações educativas voltadas para a prevenção.

A pesquisa abordou que o manejo da dor em crianças queimadas é prioritário, com estratégias como realidade virtual, Brinquedo Terapêutico Instrucional e a combinação de oxigenoterapia hiperbárica (OHB) e curativos impregnados de prata, mostrando-se eficácia. A realidade virtual distrai e engaja as crianças, enquanto o brinquedo terapêutico instrucional minimizar o sofrimento das crianças facilita a adesão ao tratamento e reduz a ansiedade. e a combinação de oxigenoterapia hiperbárica (OHB) e curativos impregnados de prata, além diminuir o risco de contaminação, aceleram a cicatrização da ferida.

Quanto a assistência e enfermagem é de grande importância na hora da prestação de cuidados com a criança queimada, pois consiste desde a entrada do paciente ao hospital até a realização de curativos, a utilização da SAE é uma das principais ferramenta que possibilita ao enfermeiro utilizar suas competências técnicas e científicas, como também aplicar o cuidado humanizado na assistência ao paciente, assim requer um preparo da equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, o qual é responsável por elencar as necessidades do paciente, elaborar o plano de cuidado, supervisionar sua execução e avaliar sua efetividade.

Portanto, é importante ressaltar que é necessário a realização de uma abordagem multidisciplinar e centrada no paciente para o cuidado de crianças queimadas. O uso de tecnologias inovadoras, estratégias lúdicas e um forte apoio emocional são cruciais para o sucesso do tratamento e bem-estar das crianças.

A literatura científica carece de estudos focados em queimaduras na população infantil, com a maioria das pesquisas abordando outros grupos. Assim, este estudo buscou evidenciar a importância da atuação da equipe de enfermagem na recuperação de crianças vítimas de queimaduras. Os resultados destacam a eficácia das intervenções e cuidados prestados. Recomenda-se a realização de futuras pesquisas que explorem técnicas de curativos avançadas para otimizar a cicatrização em crianças, o uso de intervenções lúdicas e outras estratégias de

distração durante os procedimentos, visando aprimorar a prática clínica da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALEMAYEHU, Sielu *et al.* Management outcome of burn injury and associated factors among hospitalized children at Ayder Referral Hospital, Tigray, Ethiopia. **International journal of pediatrics**, v. 2020, n. 1, p. 9136256, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2020/9136256>. Acesso em: 11 nov. 2024

ANAMI, Elza H. Tokushima. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente queimado. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 18, n. 3, p. 139, 2019. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/477/pt-BR>. Acesso em 15 nov.2024

ASSIS, Janaína Teresinha da Silva Junqueira. **Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado por autoagressão após a alta hospitalar**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/D.22.2011.tde-16052011-164421>. Acesso em: 15 nov. 2024.

BARROS, Lizandra Alvares Felix; DA-SILVA, Sara Beatriz Macedo; MARUYAMA, Ane Beatriz Angelo; GOMES, Marina Dias; MULLER, Karla de Toledo Candido; DO AMAR, Maria Aparecida de Oliveira. Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 18, n. 2, p. 71, 2019. Disponível em: <https://www.rbqueimaduras.com.br/details/469/pt-BR/estudo-epidemiologico-de>. Acesso em: 20 ago. 2024.

BARCELLOS, L.G., SILVA, A.P.P., PIVA, J. P., RECH, L.,; BRONDANI, T. G. (2018) Características e evolução de pacientes queimados admitidos em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Bras Ter Intensiva**. 30(3):333-337. Disponível em: doi.org/10.5935/0103507X.20180045. Acesso em: 13 set. 2024

BARTHOLO, B.; LUIZ, S. M. F.; SAVIOLLI, F. F. M.; FELCAR, J. M. Atuação fisioterapêutica e perfil epidemiológico de crianças queimadas admitidas em um centro de referência de queimaduras de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 21, n. 1, 2022. Disponível em: [Disponível em: https://www.rbqueimaduras.com.br/details/532](https://www.rbqueimaduras.com.br/details/532). Acesso em: 13 set. 2024

BRASIL. **Dia Nacional de Luta Contra Queimadura é lembrado nesta quinta (06)**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/comunicacao/noticias/dia-nacional-de-luta-contra-queimadura-e-lebrado-nesta-quinta-06>. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRITO, M. E. M. *et al.* A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p.321-5, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7457>. Acesso em: 13 nov. 2024.

CALDAS, G. R. F.; SILVA, J. W. L.; SANTOS, L. S. A.; SOUSA, B. S.; TORRES, L. S.; SILVA, C. R. L. Sentimentos da enfermagem frente ao paciente pediátrico sobrevivente de queimaduras: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 19, n. 1, p. 95-100, 2020. Disponível em: <https://www.rbqueimaduras.com.br/export-pdf/506/v19n1a16.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024.

CAMPOS, G. R. P.; PASSOS, M. A. N. Sentimentos da equipe de enfermagem decorrentes do trabalho com crianças em uma unidade de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 1, p. 35-41, 2016. Disponível em: <https://rbqueimaduras.com.br/export-pdf/290/v15n1a06.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2024

CIOGA, E.; CARLOS, M.; BRAGA, V. Gestão de cuidados de enfermagem a uma criança com queimadura e sua família: caso clínico. In: MARQUES, M. F. M.; CARDOSO, M. M. E. (orgs.). **Webinar – Decidir Para Cuidar: Tomada de Decisão em Enfermagem**. 2022. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49730/1/Ebook.pdf>.

EDERLI, Stela Faccioli; BAZOTE, Berta Aparecida de Oliveira; MORAES, Lucas Lima de; AREDES, Maria Eduarda de Souza; TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes. Manejo da dor pediátrica: projeções e perspectivas da equipe de enfermagem. **Colloquium Vitae**, v. 12, n. 2, p. 109-115, mai./ago. 2020. DOI: 10.5747/cv.2020.v12.n2.v303. Acesso em: 24 nov. 2024.

SWIDERSKI, Josiane da Silveira. **Assistência de enfermagem em crianças vítimas de queimaduras: uma revisão integrativa da literatura**. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366241038_Assistencia_de_enfermagem_a_crianca_vitima_de_queimadura_revisao_integrativa. Acesso em: 24 nov. 2024.

FERNÁNDEZ, L.; GONZÁLEZ, A. R.; CEDEÑO CEDEÑO, M. M. Cuidados de enfermagem em pacientes pediátricos com queimaduras e efeitos decorrentes da separação do vínculo familiar. **Cultura de los Cuidados**, v. 23, n. 54, p. 374-383, maio-ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54>. Acesso em: 24 nov. 2024.

GOMES, A. C. A.; SILVA, A. T. M. F.; SANTOS, C. M.; PALERMO, T. A. C. Brinquedo terapêutico no alívio da dor em crianças hospitalizadas. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, v. 9, n. 29, p. 33-42, 2019. Disponível em (DOI): <https://doi.org/10.25242/886892920191717>. Acesso em: 24 nov. 2024.

HOLBERT, M. D.; GRIFFIN, B. R.; MCPHAIL, S. M.; WARE, R. S.; FOSTER, K.; BERTONI, D. C.; KIMBLE, R. M. Effectiveness of a hydrogel dressing as an analgesic adjunct to first aid for the treatment of acute paediatric thermal burn

injuries: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, v. 20, n. 1, p. 13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3057-x>. Acesso em: 24 jan 2025.

LIMA, F. C.; SOUSA, J. B.; ARAÚJO, L. F.; MORAES, A. C.; AMORIM, J. A.; GALVÃO, M. M. Sistematização da assistência de enfermagem à criança vítima de queimadura. **Revista Recien**, São Paulo, v. 11, n. 34, p. 220-226, 2021. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.220-226>. Acesso em: 24 jan. 2025.

MARQUES, J.; SOARES, N.; MARQUES, K.; OLIVEIRA, C.; RODRIGUES, M. Assistência de enfermagem em relação ao paciente pediátrico em situação de queimadura. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 34, n. 67, p. 19-30, 2019.

MARTINS, L. T. C.; VINHAL, L. B.; MORAIS, E. R. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes queimados internados em um hospital público de Goiânia. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 20, n. 1, p. 14-20, 2021. Disponível em: <https://www.rbqueimaduras.com.br/details/515/pt-BR/perfil-epidemiologico-de-criancas-e-adolescentes-queimados-internados-em-um-hospital-publico-de-goiania>. Acesso em: 13 jan. 2025.

MARWA, N. P.; TARIMO, E. A. M. Provision of care to hospitalized pediatric burn patients: a qualitative study among nurses at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania. **BMC Nursing**, v. 18, p. 8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0335-1>.

MORAES, M. G. L.; SANTOS, E. L.; COSTA, A. B.; SILVA, M. R.; OLIVEIRA, K. C. P. N.; MACIEL, M. P. G. S. Causas de queimaduras em crianças atendidas em um hospital público de Alagoas. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 17, n. 1, p. 43-49, 2018. Disponível em (DOI): <https://doi.org/10.5935/0101-0352.20180007>.

OLIVEIRA, C. et al. **Queimaduras na infância: características e intervenções preventivas e curativas de enfermagem**. 2008. 44 p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Vale do Rio Doce, UNIVALE, Governador Valadares, 2008.

PAN, R.; SILVA, J. L. S.; TRIPODE, F. A.; OLIVEIRA, A. F. M.; DUTRA, C. M.; FREITAS, N. O. Queimaduras em crianças e adolescentes atendidos em um pronto-socorro infantil. **Revista Enfermagem Atenção Saúde** [Internet], 2021. Disponível em (DOI): <https://doi.org/10.18554/reas.v10i3.4681>.

RODRIGUES, Morgana de Figueiredo; NASCIMENTO, Elisandra de Carvalho; SANTOS JUNIOR, Rafael Adailton dos; TELES, Helda Crystiane Cirilo; CINTRA, Bruno Barreto. Relação do preço do gás de cozinha e queimaduras por líquido inflamável. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 18, n. 3, p. 162, 2019. Disponível em: <https://www.rbqueimaduras.com.br/export-pdf/474/v18n3a05.pdf>.

SCAPIN, S.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; FUCULO JUNIOR, P. R. B.; TOMAZONI, A.; GONÇALVES, N. Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em crianças queimadas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p.

e20180277, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0277>. Acesso em: 24 nov. 2024.

SCAPIN, S.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; TOURINHO, F. S. V.; MARTINS, J. C.; FUCULO-JUNIOR, P. R. B. Realidade virtual na redução da dor em crianças queimadas: estudo piloto quase-experimental. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 22, n. 1, p. 2-8, 2023. Disponível: <https://doi.org/10.5935/2595-170X.20230002>. Acesso em: 24 nov. 2024

SECCO, I. L. et al. Cuidados de enfermagem a neonato com epidermólise bolhosa: relato de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018023603501>. Acesso em: 24 nov. 2024.

SILVA, B. et al. O. O uso de curativos especiais e oxigenoterapia hiperbárica adjuvante no tratamento de criança com queimadura extensa: relato de caso. **Cicatriclin**, 2024. Disponível em: <https://cicatriclin.com.br/wp-content/uploads/2024/07/Trabalho-06.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2024.

SILVESTRIM, P. R.; PIMENTA, S. F.; ZAMPAR, E. F.; PIMENTA, R. A. Perfil clínico-epidemiológico das queimaduras em crianças hospitalizadas em centro especializado. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 22, n. 1, p. 32-39, 2023. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/19171>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SIMAS, C. **A realidade virtual imersiva como estratégia de distração na troca de curativos de crianças queimadas: série de casos**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/197153>. Acesso em: 24 nov. 2024.

WANG, J.; YANG, B.; ZHANG, X. H.; LIU, S. H.; WU, W. The effectiveness of silver-containing hydrofiber dressing compared with topical silver sulfadiazine cream in pediatric patients with deep partial-thickness burns: a retrospective review. **Wound Management and Prevention**, v. 68, n. 3, p. 29-36, 2022. DOI: 10.25270/wmp.2022.3.2936. PMID: 35344506.

YILDIRIM, M.; KOROGLU, E.; YUCEL, C.; KIRLAK, S.; SEN, S. The effect of hospital clown nurse on children's compliance to burn dressing change. **Burns**, v. 45, n. 1, p. 190-198, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.08.033>. Acesso em: 28 nov. 2024.