

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**SOCIODEMOGRAFIA, ETIOLOGIA E DESFECHOS DE PACIENTES
INTERNADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA
ATENDIMENTO DE QUEIMADOS NO ESTADO DE SERGIPE**

MARIANA MENDONÇA FRANCO MONTEIRO

Aracaju
Março – 2019

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**SOCIODEMOGRAFIA, ETIOLOGIA E DESFECHOS DE
PACIENTES INTERNADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA
PARA ATENDIMENTO DE QUEIMADOS NO ESTADO DE
SERGIPE**

Dissertação de Mestrado submetido à
banca examinadora para a obtenção do
título de Mestre em Saúde e Ambiente, na
área de concentração Saúde e Ambiente.

MARIANA MENDONÇA FRANCO MONTEIRO

**Sonia Oliveira Lima,
D.SC. Orientadora**

**Francisco Prado Reis, D.SC.
Orientador**

Aracaju
Março – 2019

M772s Monteiro, Mariana Mendonça Franco
Sociodemografia, etiologia e desfecho de pacientes internados no Centro de referência para atendimento de queimados no Estado de Sergipe / Mariana Mendonça Franco Monteiro; orientação [de] Prof.^a Dr.^a Sonia Oliveira Lima, Prof. Dr. Francisco do Porto Reis – Aracaju: UNIT, 2018.

59 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2018
Inclui bibliografia.

1. Queimados 2. Regulação da Temperatura Corporal. 3. Saúde Pública 4. Emergência
I. Monteiro, Mariana Mendonça Franco. II. Lima, Sonia Oliveira (orient.). III. Reis, Francisco do Porto. (orient.) IV. Universidade Tiradentes. V. Título.

CDU: 616. 5. 001. 18: 614. 213(813.7)

**SOCIODEMOGRAFIA, ETIOLOGIA E DESFECHOS DE PACIENTES
INTERNADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO DE
QUEIMADOS NO ESTADO DE SERGIPE**

Mariana Mendonça Franco Monteiro

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA
A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA
DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:

Sonia Oliveira Lima, D. Sc.
Orientadora

Francisco Prado Reis, D.SC.
Orientador

Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva, D. Sc.
Universidade Federal de Sergipe

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D. Sc.
Universidade Tiradentes

Maria Inês Brandão Bocardi
Faculdade de Medicina de Marília/SP(Suplente)

Edna Aragão Farias Cândido, D. Sc.
Universidade Tiradentes (Suplente)

Aracaju
Março – 2019

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer aos meus orientadores, Professora Doutora Sonia Oliveira Lima, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e em todos aqueles que realizei durante os seminários do mestrado. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar. Professor Doutor Francisco Prado Reis pelos ensinamentos, por seu exemplo de ética e cidadania, por sua capacidade de dividir o conhecimento e pela disponibilidade de ajudar sempre que solicitado.

Desejo igualmente agradecer a pessoa que me mostrou o caminho da docência, Mestre Maria da Pureza Ramos de Santa Rosa, a principal responsável pelo meu egresso na pós-graduação stricto sensu, sua insistência para que eu tentasse a vaga no Mestrado foi determinante para que eu chegasse até aqui. Obrigada por acreditar no meu potencial.

Agradeço a todos os meus colegas do Mestrado em Saúde e Ambiente, cujo apoio, parceria e amizade estiveram presentes em todos os momentos. Amizades para toda vida! Aos mestres professores e colaboradores que fazem o Programa de pós-Graduação de Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes (UNIT), que repartiram seus conhecimentos e contribuíram a ultrapassar um grande obstáculo. Aos meus colegas e amigos de trabalho do Curso de Enfermagem da UNIT, que sempre estavam me apoiando, mesmo quando o nível de cansaço e a quantidade de atividades era demasiada. Agradeço também a minha amiga bilíngue Taline Ádria Silva de Arruda e ao meu amigo Eduesley Santana Santos pela ajuda, apoio e amizade.

Gratulo aos meus ex-alunos e hoje colegas de profissão Andson de Souza Silva, Adriana Santana de Sousa, Gabriel Souza Santos e Ray-Anne Soares Santos, sem vocês esse sonho não seria possível, literalmente. Obrigada por sonharem comigo, vocês têm minha eterna gratidão e admiração.

Agradeço a minha base, minha família pelo apoio incondicional que me deram. Ao meu marido, Walter Pinto Monteiro Júnior, por sempre está ao meu lado e entender a minha ausência nas atividades familiares e por se fazer presente junto a nossa filha quando eu não podia. A minha filha, Antônia Franco Monteiro, que apesar da pouca idade teve entendimento e soube superar a privação de minha presença em muitos momentos. Aos meus pais, José Alberto Silva Franco e Josevanda Mendonça Franco, pelo amor dispensado, por ter acreditado e vibrado comigo a cada etapa concluída, sem duvidar que a meta seria alcançada e por serem *super avós*. Ao meu irmão, Gabriel Mendonça Franco, que sempre vibrou com as

minhas conquistas como se fossem suas.

Por último, quero agradecer a minha rede de apoio, Jucere Vieira de Jesus (Bai), Amanda Vieira de Jesus, Manoel Viera de Jesus e Jailma Santos Azevedo (Dinha), que me ajudaram muito dando atenção e suporte a mim e a minha família.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Epidemiologia da queimadura.....	12
3.2 Etiologia da queimadura	13
3.3 Aspectos clínicos da queimadura	14
3.4 Fatores de risco para queimaduras	16
3.5 Terapêuticas das queimaduras	16
3.6 Assistência de enfermagem no processo de reabilitação do paciente queimado.....	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.1 Delineamento do Estudo.....	20
4.2 Local do Estudo e Amostra	20
4.3 Instrumentos de Coleta de Dados	20
4.3.1 Questionário Básico do Censo Demográfico	20
4.3.2 Focha de Avaliação dos Critérios Diagnósticos.....	20
4.4 Sistemática de Coleta De Dados	20
4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	21
4.6 Análise dos Dados.....	21
4.7 Aspectos Éticos.....	21
5 RESULTADOS.....	23
6 DISCUSSÃO	29
7 CONCLUSÕES	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS E APÊNDICES	40
ANEXO A - Questionário básico do censo demográfico adaptado.....	42
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP	44
APÊNDICE A – Ficha de Avaliação dos Critérios Diagnósticos	51
APÊNDICE B - TCLE para Maiores de 18 Anos	52
APÊNDICE C - TCLE para os Responsáveis dos Menores de 18 Anos	55
APÊNDICE D - Termo de Assentimento do Menor	58

RESUMO

A queimadura é um trauma que acomete um grande número de pessoas em todo o mundo, sendo uma injúria que causa muitas sequelas físicas e psicológicas e o seu risco de acometimento está diretamente relacionado as condições de vida dos indivíduos, logo o estilo de vida e a cultura de uma determinada população vai influenciar diretamente no número de casos, logo aprofundar-se sobre esta temática é de suma importância para assegurar medidas de prevenção e da consequente redução dos casos, além de garantir um melhor planejamento e execução de ações para garantir uma assistência qualificada a essas vítimas. O presente estudo tem como principal objetivo descrever a sociodemografia, a etiologia e os desfechos de vítimas de queimaduras dos casos atendidos na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE. Foi realizado um estudo epidemiológico, prospectivo de caráter exploratório, transversal com abordagem quantitativa de base hospitalar. Tendo como variáveis primárias os dados referentes ao acidente e das lesões provocadas por ele, como: agente etiológico, área(s) atingida(s) pela(s) queimadura(s), classificação da(s) lesão(ões) quanto a profundidade, quanto a extensão da área atingida e quanto a complexidade, além dos tipos de tratamentos empregados e seus desfechos. Como variáveis secundárias, pode-se citar os dados de identificação do paciente, como sexo, moradia, religião, renda, nível de escolaridade. A coleta de dados foi realizada a partir das informações contidas no prontuário dos pacientes internados na UTQ, bem como através da entrevista realizada a cada paciente, por meio da aplicação da ficha de avaliação dos critérios diagnósticos e do questionário básico do censo demográfico de 2010 adaptado pela pesquisadora, do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). O censo da pesquisa foi de 180 pacientes, a maior parte do acidentados foram do sexo masculino (61,1%) e entre a faixa etárias as crianças de 0-5 anos foram as mais acometidas (39%). Quase metade dos admitidos na UTQ (66,7%) foram procedentes de sua residência. Os maiores agentes causadores foram os líquidos inflamáveis (47,2%) e os líquidos aquecidos (43,3%). O membros inferiores foram as regiões mais acometidas (35%). Quanto a profundidade da queimadura, 87,2% foram queimaduras de 2º grau, já quanto a extensão da área atingida 77% foram classificados como médio queimados. As terapias tópicas mais aplicadas foram do ácidos graxos essenciais (54,3%) e a sulfadiazina de prata (44,5%). A taxa de óbito foi de 5% e a taxa de alta médica foi de 94,6%. O processo de enfermagem não é aplicada na UTQ do HUSE.

PALAVRAS CHAVES: Queimaduras, regulação da temperatura corporal, saúde pública.

ABSTRACT

Burning is a trauma that affects a large number of people around the world. It is an injury that causes many physical and psychological sequels and its risk of impairment is directly related to the living conditions of the individuals, thus the lifestyle and the Culture of a given population will directly influence the number of cases, so deepening on this issue is of paramount importance to ensure prevention measures and the consequent reduction of cases, as well as ensuring better planning and execution of actions to ensure assistance Those victims. The main objective of the present study was to describe the sociodemography, etiology and outcomes of burn victims of the cases treated at the Burn Treatment Unit (UTQ) at Sergipe Emergency Hospital - HUSE. An exploratory, prospective epidemiological study with a hospital-based quantitative approach was carried out. The primary variables include data on the accident and the injuries caused by the accident, such as: etiological agent, area (s) affected by the burn (s), classification of the lesion (s), The extent of the area reached and the complexity, as well as the types of treatments used and their outcomes. As secondary variables, we can cite patient identification data, such as sex, housing, religion, income, educational level. Data collection was performed based on the information contained in the medical records of patients admitted to the UTQ, as well as through the interview conducted for each patient, through the application of the diagnostic criteria and the basic questionnaire of the 2010 demographic census adapted by the researcher, from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The census of the study was of 180 patients, the majority injured were male (61,1%) and among the children aged 0-5 years were the most affected (39%). Almost half of those admitted in UTQ (66,7%) came from of your residence. The most causative agents were flammable liquids (47,2%) and heated liquids (43,3%). The smallest limbs were the most affected regions (35%). As for the depth of the burn, 87,2% were second degree burns, while the extent of the burn area 77% were classified as burned medium. The most applied topical therapies were Essential Fatty Acids (54,3%) and Silver Sulfadiazine (45,5%). The death rate was 5% and the medical discharge rate was 94,6%. The nursing process is not applied in the HUSE UTQ.

KEY WORDS: Burns, body temperature regulation, public health.

1 INTRODUÇÃO

A queimadura é um dos eventos traumáticos mais temíveis para os seres humanos por produzir lesões não apenas na de pele, mas em qualquer tecido orgânico. Esta resulta por mecanismos térmicos, devido à radiação, radioatividade, eletricidade, fricção ou contato com os produtos químicos. Apesar dos avanços científicos, esse tipo de lesão, para além do comprometimento clínico do indivíduo, estende seus agravos e consequências, atingindo a vítima, e em muitos casos seus familiares, nas perspectivas psicológica, econômica e social, por tratar-se de uma injúria com sequelas consideráveis (PECK, 2011).

Ao ser considerado o agente deflagrador, o risco de queimaduras é influenciado por diversas condições, a exemplo do estilo de vida, das concepções culturais e dos costumes. Esses fatores explicam em parte as diferenças observadas globalmente nas taxas e distribuição de lesões relacionadas às queimaduras, quando analisado os níveis de incidência de queimaduras considerando determinadas localidades e suas composições sociais e culturais (PINHO et al., 2016; FORJUOH, 2006).

Estima-se que mundialmente, seis milhões de pacientes por ano procuram atendimento médico por queimaduras (UNICEF, 2008). No Brasil, no ano de 2018, foram registrados 141.374 casos de pacientes atendidos nas unidades hospitalares devido a lesões causadas por exposição a algum agente deflagrador de queimaduras (BRASIL, 2018).

As lesões produzidas por queimaduras, podem ser classificadas de acordo com a profundidade da lesão, sendo categorizada por uma escala que tem uma variação entre 1º e 3º grau. Quanto as vítimas podem ser classificadas de duas formas: através da avaliação da Área de Superfície Corporal Total – ASCT, que pode ser calculado através de três métodos, a regra dos nove, o método da palma e o método de Lund e Browder; e a avaliação da complexidade das lesões em que as vítimas são classificadas como pequeno, médio e grande queimado (SMELTZER et al., 2011; SBCP, 2008).

O tratamento da vítima de queimadura deve ser constituído de cuidados especializado e humanizado. Propósito este da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um processo sistemático e organizado da prestação de cuidados, elaborado exclusivamente pelo enfermeiro. O processo de enfermagem (PE) é parte integrante da SAE, sendo definido como um modelo metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais (GARCIA; NÓBREGA, 2009; GONÇALVES et al., 2007; CARPENITO, 2009; AGUIAR et al., 2012).

Para além de sua importância no tocante ao quantitativo de registros, é necessário que a queimadura seja estudada na perspectiva da sua capacidade de produzir sequelas físicas, funcionais, estéticas e psicológicas, provocadas pela dor e pelas contrafações que causa na

pele como a eritema e a flictema, além de outras lesões, edemas e alterações de temperatura. Por isso mesmo a queimadura se constitui em um problema de saúde significativo e de imensuráveis consequências de diferentes e diversas naturezas para a vítima e seus familiares. Trata-se de uma injúria com graves consequências quanto à mortalidade e à morbidade. Está entre os traumas mais graves, pois, além dos problemas físicos que podem levar a vítima à óbito, pode gerar outros problemas de ordem psicossocial (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2012).

Em Sergipe, os dados estatísticos e epidemiológicos sobre queimadura não tem sido suficiente para sugerir um desenho apurado da realidade, o conhecimento de suas determinantes, do perfil do público alvo e dos encaminhamentos terapêuticos. Torna-se ainda de extrema importância assegurar medidas de prevenção e da consequente redução desse agravo. Dessa maneira, justifica-se o presente estudo pelo valor do aporte das análises sobre os casos, seus registros e avaliações técnicas, o que representará um avanço na direção da apreciação científica fortalecida por estudos e pesquisas que buscam o entendimento das variáveis geradoras desse tipo de trauma e das ações terapêuticas adequadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a sociodemografia, a etiologia e os desfechos de vítimas de queimaduras atendidos na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE no período de 24 de fevereiro de 2018 a 23 de fevereiro de 2019.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a sociodemografia das vítimas de queimaduras;
- Reconhecer o agente etiológico causador das queimaduras;
- Identificar as condutas no tratamento das vítimas acometidas por essa injúria;
- Avaliar o tipo de sequelas que as vítimas podem apresentar: temporárias ou definitivas;
- Analisar os desfechos clínicos das vítimas;
- Verificar a execução do Processo de Enfermagem na UTQ.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Epidemiologia da queimadura

A queimadura é uma injúria traumatizante, que promove a perda da integridade da pele e de seus anexos, podendo levar a destruição parcial ou total, motivada por agentes radioativos, químicos, elétricos, térmicos ou pelo atrito que pode agredir órgãos adjacentes (KEMP et al., 2014). As queimaduras excedem a uma simples urgência médica por ter um potencial devastador, podendo desencadear problemas psíquicos, familiares, sociais, econômicos, além de causar a incapacidade ou mesmo à morte do indivíduo (MONTES et al., 2011; HERSON et al., 2009; LIMA JÚNIOR et al., 2014). Estudos realizados no American College of Surgeons (2012), asseveram que a vítima de trauma por queimadura pode ser considerada um politraumatizado, dependendo assim da extensão e profundidade das lesões sofridas.

Em todo o mundo, estima-se que anualmente 6 milhões de pacientes buscam atendimento médico por queimaduras, porém a maioria é tratada em ambulatórios. No ano de 2004, aproximadamente 96.000 pessoas com menos de 20 anos foram a óbito em consequência de queimaduras (UNICEF, 2008).

Nos Estados Unidos, 2,4% de todos os casos de trauma são representados por acidentes por incêndio e chamas e objetos ou substâncias quentes, sendo responsáveis por 1,6% das mortes traumáticas (NATHANS; FANTUS, 2008).

Em Taiwan foram encontrados 7.630 pacientes com lesão de queimaduras, apresentando incidência anual de 670,8/1.000.000 em vítimas do sexo masculino e 852,5/1.000.000 pacientes do sexo feminino, destes 3,4% (156 homens e 107 mulheres) foram hospitalizados (CHEN et al., 2014).

Segundo Ortiz-Prado et al. (2015), em uma unidade para atendimento a queimados num período de 10 anos (2005-2014), foram admitidos 1106 pacientes: 69,37% eram homens com 768 casos e 30,62% mulheres com 337 pacientes. O número de pacientes por ano foi, em média, de 123 casos; a idade média foi de 33-34 anos, com uma faixa entre 16 e 96 anos. As queimaduras térmicas representaram 65,78% dos casos, seguido das provocadas por eletricidade, com 30,53%, as por fricção 2,06% e as queimaduras químicas com 1,62%.

No ano de 2018, foram registrados no Brasil, 141.374 casos de pacientes atendidos em unidades hospitalares devido a lesões por queimaduras, produzidas por meios como: exposição a corrente elétrica, radiação, temperatura e pressão externa, além de exposição a fumaça, ao fogo e às chamas e contato com fontes de calor e substâncias aquecidas. Entre as hospitalizações por causas externas, de crianças de zero a quatorze anos de idade, em 2018, no Brasil foi registrado um total de 137.679 casos que tiveram a seguinte distribuição:

51.374 por quedas, 20.605 de queimaduras, 13.255 acidentes de trânsito, 788 intoxicações, 2.718 contato com animais e plantas venenosas, 2.389 agressões, 217 afogamentos e outros, 46.333 casos. Infelizmente, os dados brasileiros sobre queimaduras, por motivos, ainda não explicáveis, não tem sido satisfatoriamente confiáveis. O registro desse tipo de trauma está inserido em um grande grupo de causas externas e ainda não existe um sistema nacional de notificação de queimaduras no país. A estimativa é que, no Brasil, ocorram, por ano, cerca de 1 milhão de queimaduras (BRASIL, 2019; GOMES *et al.*, 2001).

Devido a subnotificação que acontece nos casos de queimaduras, os estudos epidemiológicos sobre esta temática tem uma importante relevância, tanto para conhecimento teórico médico quanto para planejamento de investimento dos gestores de saúde (SANCHES *et al.*, 2016).

3.2 Etiologia da queimadura

O American College Of Surgeons (2012), destacou aspectos sobre a ação de agentes etiológicos na produção de queimaduras classificadas de acordo com o tipo de energia: químicas, elétricas, e as de natureza térmica. A lesão química resulta da exposição a ácidos, álcalis ou derivados do petróleo. A duração do contato, a concentração e a quantidade do agente químico influenciam diretamente nas consequências das queimaduras químicas. As queimaduras elétricas são resultantes do contato de uma fonte de energia elétrica com o corpo da vítima, onde o corpo pode servir como condutor da energia elétrica e o calor gerado resulta em lesão térmica dos tecidos, que frequentemente são mais graves do que parece à inspeção externa, pois a corrente atinge vasos sanguíneos e nervos e pode causar trombozes locais e lesões nervosas. Nas lesões geradas pelo frio, a gravidade vai depender da temperatura, do tempo de exposição, das condições ambientais, do nível de proteção conferido pelas roupas e do estado de saúde da vítima. Quanto mais baixa a temperatura, a imobilização e exposição prolongada, a existência de doença vascular periférica e feridas expostas prévias, maior a seriedade da lesão ocasionada pelo frio.

Sobre as lesões por calor, o líquido superaquecido é identificado como a maior razão. O que sanciona os Estudos nacionais, apontam o domicílio como local de maior incidência desse tipo de acidentes que resultam em queimaduras, acometendo indivíduos de ambos os sexos e de diferenciadas faixas etárias. Outras causas de lesões por energia térmicas são a exposição ao sol, ao fogo, ao vapor e a exposição a objetos aquecidos (CRUZ *et al.*, 2012; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2014). De acordo com Aragão *et al.* (2012), que analisaram os prontuários dos pacientes que foram internados na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2006, houve uma predominância de líquido aquecido como agente causador, sendo responsável por

71,6% das internações.

3.3 Aspectos clínicos da queimadura

As queimaduras clinicamente tem sido classificadas de acordo com o grau de profundidade que atinge os tecidos: queimadura de primeiro grau, apresenta eritema associado à dor, pois o grau de destruição celular limita-se às camadas superficiais da epiderme; queimadura de segundo grau atinge toda a epiderme com destruição da maioria dos elementos da derme, apresentando edema intersticial com extravasamento de líquido que resulta na formação de bolhas sobre a pele avermelhada, com dor e umidade; e a queimadura de terceiro grau, que acomete todas as camadas da pele, incluindo músculos e vasos sanguíneos, deixando a pele esbranquiçada, com coloração avermelhada viva, acastanhada ou carbonizada, ocorrendo uma ausência de dor devido à destruição dos nervos (SALLUM; PARANHOS, 2010).

Outra classificação clínica das queimaduras é quanto a extensão, em que vários métodos são empregados para estimar a área de superfície corporal queimada (SCQ) afetada. Entre esses métodos destacam-se: a regra dos nove, o da palma da mão e o de Lund e Browder. Na regra dos nove, o corpo de um adulto é dividido em regiões anatômicas que representam 9%, ou múltiplos de 9%, da superfície corporal total, na criança a cabeça corresponde a uma percentagem maior e os membros inferiores a uma percentagem menor do que no adulto, sendo que a percentagem da superfície corporal total que corresponde à cabeça de uma criança é duas vezes maior que a do adulto normal. O método da palma da mão do paciente, incluindo os dedos, representa aproximadamente 1 % de sua superfície corporal. Este método de cálculo da ASCT auxilia na avaliação da extensão das lesões com distribuição irregular e é a ferramenta mais utilizada para calcular e documentar a extensão de queimaduras, e pode ser empregado na avaliação da vítima no atendimento pré-hospitalar (APH), visto a necessidade de uma avaliação rápida. Porém o método de Lund e Browder possuiu maior exatidão na estimativa nos cálculos da ASCT, pois reconhece o percentual da área de superfície de várias regiões anatômicas, principalmente da cabeça e das pernas, correlacionando-os com a idade do paciente e ao dividir o corpo em áreas menores, obtém-se uma estimativa mais precisa (SMELTZER *et al.*, 2011).

A vítima de queimadura ainda pode ser classificada quanto a complexidade das lesões da seguinte forma: pequeno queimado ou queimado de pequena gravidade, médio queimado ou queimado de média gravidade e grande queimado ou queimado de grande gravidade e são caracterizadas conforme Quadro 1 (SBCP, 2008).

Quadro 01 – Classificação das vítimas de queimaduras quanto a complexidade das lesões.

	Tipo de Queimadura			Extensão da Queimadura (Área Corporal Atingida)										Idade			
	1º Grau	2º Grau	3º Grau	Até 5%	Até 10%	5% à 15%	10% à 20%	Maior 10%	Maior 15%	Maior 20%	Qualquer Extensão	Mão ou pé ou face ou pescoço ou axila ou grande articulação	Face ou mão ou períneo ou pé	Períneo	Menor de 12 Anos	Maior de 12 Anos	Qualquer Idade
Pequeno Queimado	X										X						X
		X		X											X		
		X			X											X	
Médio Queimado	X				X									X			
		X					X									X	
		X										X					
			X			X							Sem Envolver		X		
			X		X								Sem Envolver			X	
Grande Queimado		X							X						X		
		X								X						X	
			X					X								X	
		X												X			X
			X											X			X
			X									X					X

Adaptado. Fonte: Projeto Diretrizes - Queimaduras: Diagnóstico e Tratamento Inicial (SBCP, 2008).

Vítimas de queimaduras estão sujeitas a alterações de temperatura por conta da perda da barreira natural de proteção do organismo. Apresentam ainda um quadro de alteração do metabolismo, podendo desenvolver infecções no ferimento ou de forma sistêmica, pois além de apresentar a integridade da pele prejudicada, são submetidas a vários procedimentos invasivos. O edema é outra complicação vivenciada pelas vítimas, podendo estar limitado ao ferimento ou sistêmico, como nos casos dos grandes queimados. Na circulação, ocorre o comprometimento dos vasos por conta da lesão direta e na amplitude dos movimentos, quando a queimadura atinge as articulações (BATISTA *et al.*, 2011). A dor persistente é bastante marcante nas vítimas de queimaduras, sobretudo durante a troca de curativos, inicialmente causada pela ação direta dos estímulos calóricos sobre as terminações nervosas e, posteriormente, pela exposição destes filetes aos diversos excitações do meio ambiente (MONTES *et al.*, 2011).

É possível vivenciar nos dias de hoje o preconceito sofrido pelas vítimas de queimaduras, pois há quem pense que ao tocar uma cicatriz de queimadura possa haver contaminação por parte de quem tocou (DUARTE *et al.*, 2012). Desse modo, é explícito a importância intervenções imediatas e progressivas em termos de oferta de subsídios no que diz respeito à vulnerabilidade e aos meios preventivos da população (LIMA JÚNIOR *et al.*, 2014).

3.4 Fatores de risco para queimaduras

Na ocorrência das queimaduras, é plausível ansiar maior mortalidade onde a desigualdade de renda é maior, como decorrência de menores investimentos na fornecimento de padrões mínimos de vida e condições de habitação adequadas para as classes menos favorecidas da população, bem como acesso restrito a serviços de saúde universais (PECK, 2011; SENGOELGE *et al.*, 2017).

Segundo os resultados do estudo de Rossi *et al.* (2003), ficou evidenciada a necessidade da implementação de programas educativos, mirando à prevenção de queimaduras, sobretudo no ambiente doméstico, local onde ocorre a maior parte dos acidentes. Quanto aos acidentes que incidem no trabalho, as condições para a realização das atividades muitas vezes são inadequadas e são aceitas passivamente, a ponto de o trabalhador realizar atividades de risco com pouco preparo profissional. Dessa forma, os programas de prevenção de acidentes por queimaduras dependem, também, da conscientização da população, no que fere aos direitos e deveres enquanto cidadãos.

Nos jovens e nas crianças, os principais fatores de risco de são a negligência familiar, líquidos e comidas quentes, uso de velas e fósforos, costumes locais (festas juninas) e violência em famílias de baixa renda (KEMP *et al.*, 2014; FARAH *et al.*, 2015).

Alguns estudos afirmam que o pior nível socioeconômico do país, a cultura, os hábitos dos moradores do local podem influenciar diretamente a incidência e as etiologias mais comuns dos queimados (RAFII *et al.*, 2012; AKTHER *et al.*, 2010; JAIN *et al.*, 2016).

3.5 Terapêuticas das queimaduras

O tratamento das queimaduras tem evoluído ao longo dos anos, principalmente nas últimas décadas. Este avanço deve-se a diversos fatores como o aprimoramento de pesquisas nesta área, desenvolvimento de técnicas cirúrgicas para a fase aguda e o melhor conhecimento da fisiopatologia da queimadura (HARBIN; NORRIS, 2012; PISHNAMAZI *et al.*, 2012; PECK, 2012).

A avaliação do doente queimado se inicia com a coleta de dados sobre a história do

acidente, seguida pela estimativa da superfície corporal queimada e pela profundidade da lesão. A história de como aconteceu a lesão, a dinâmica do trauma, deve ser considerada na terapêutica da vítima, visto que pode sofrer lesões associadas durante tentativas para escapar do fogo. No caso de queimaduras em ambientes fechados, deve-se conjecturar a existência de lesão por inalação e lesão cerebral anóxica se houver uma associação com perda de consciência (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2012). A avaliação inicial precisa ser realizada no momento em que a vítima chega a unidade hospitalar, devendo ser revista nas primeiras 72 horas, em virtude da demarcação da lesão e a profundidade que se apresentam com maior clareza nesse momento (SMELTZER *et al.*, 2011).

No que se refere as abordagens de reabilitação funcional, são citados: tratamento cirúrgico, mecanismos de geração de cicatrizes, postura precoce mantida pelo paciente e uso de diferentes dispositivos de reabilitação. Devem ainda ser levados em consideração aspectos psicossociais, pois as vítimas de queimaduras estão predispostas a apresentarem ansiedade, depressão, entre outras reações de estresse psicológico. No entanto, a maioria do uso destes métodos não é sistemática e pode ser alterada para se adequar a cada caso específico (CHEN *et al.*, 2013).

O tratamento do paciente queimado vai depender da dimensão e da seriedade da queimadura. O tratamento pode incluir um elenco de diversas e diferentes medidas necessárias para a efetividade e segurança do paciente, destacando entre essas medidas o tratamento conservador que inclui o atendimento de emergência, o tratamento da dor, o desbridamento cirúrgico e o enxerto. Os pacientes com pequenas lesões de espessura parcial não precisam de procedimentos clínicos de emergência, apenas de analgesia e breves cuidados hospitalares ou ambulatoriais para o desbridamento, trocas de curativo, exercícios, posicionamento, imobilização e tratamento da cicatriz (IRION *et al.*, 2012).

A possibilidade do emprego de algum substituto cutâneo surge como resultado da perda apreciável do tegumento cutâneo, o que ocorre mais repetidamente em queimaduras extensas e que, se não debeladas ao tratamento, podem ser fatais (MEYER *et al.*, 2012). Segundo Pinho *et al.* (2016), existem três vertentes no tratamento das lesões de queimaduras: a realização de curativos com e sem terapia tópica, podendo ainda ser curativos especiais que permitem a redução da periodicidade das trocas dos curativos e a dor gerada pelas trocas, promovendo conforto ao paciente; o uso de substitutos cutâneos; a excisão cirúrgica e enxertia cutânea.

Segundo Macieira (2006), as queimaduras que atingem mais de 40% da superfície corporal precisam de uma abordagem cirúrgica precoce, realizada por um suporte clínico intensivo para que o fechamento da área queimada ocorra em um tempo menor, antes que a infecção ocasionada pelas perdas cutâneas, os déficits nutricional e imunológico possam causar a sepse sistêmica, podendo até levar ao desfecho do óbito.

Até o ano 2000, os pacientes queimados eram tratados em qualquer hospital, visto que não havia uma política nacional de assistência específica, até que o Ministério da Saúde (MS) constatou que tratava-se de uma problemática para o atendimento, tanto do ponto de vista técnico como assistencial. A imprecisão de como tratar os pacientes queimados, como e para onde encaminhá-los, impedia uma adequada e oportuna assistência, afetando a sobrevivência dos pacientes mais gravemente atingidos. Diante deste cenário o MS instituiu a Portaria GM/MS Nº 1.273 de 21 de novembro de 2000, que no uso de suas atribuições legais, avaliou a necessidade de organizar a assistência a pacientes com queimaduras em serviços hierarquizados e regionalizados, com estreita relação com os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde. Além disso, a referida Portaria também passou a garantir a esses pacientes assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas; além de considerar a necessidade de estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada. A Portaria ainda definiu mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados e determinou às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas Redes Estaduais de Assistência a Queimados que são integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência a pacientes com queimaduras (BRASIL, 2000).

3.6 Assistência de enfermagem no processo de reabilitação do paciente queimado

Em 1967, o Processo de Enfermagem (PE) foi descrito por Helen Yura e Mary B. Walsh com quatro fases: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação. Ao expor as autoras enfatizaram as habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas que consideravam ser necessárias e essenciais à prática profissional e, portanto, aspectos significativos para a execução do PE (YURA; WALSH, 1967).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas elaborada por Wanda de Aguiar Horta, é uma das Teorias de Enfermagem que auxilia a aplicabilidade do PE, com o objetivo auxiliar na construção de instrumento para coleta de dados da clientela alvo (GARCIA; NÓBREGA, 2009). A NANDA Internacional (NANDA-I) é o principal compilado que subsidia a fase do planejamento do PE, pois é composta pela taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, sua última versão (11ª edição – 2018-2020), possui 244 diagnósticos de enfermagem agrupados em 13 domínios e 47 classes (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL, 2018). Já a fase da intervenção é consubstanciada pela NIC e pela NOC. A NIC contempla a classificação das intervenções de enfermagem que devem ser prescritas pelo enfermeiro e a

NOC contempla a classificação dos resultados esperados com o plano de cuidados traçado pelo enfermeiro. A última fase é a avaliação, na qual o enfermeiro avaliará a eficácia do plano de cuidados e realizará as alterações necessárias, afim de buscar a melhora contínua do paciente (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2016; JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2016).

O paciente queimado demanda do profissional enfermeiro a competência que deverá estar alicerçada em saber (conhecimento científico), fazer (capacitação técnica) e valores (pessoais e profissionais), deve ainda conhecer a fisiopatologia da queimadura permitindo atuar na detecção precoce de complicações para que possa determinar adequadamente as condutas a serem tomadas em cada fase do tratamento. O período de internação pós-queimadura pode ser longo, o indivíduo queimado por muitas vezes sente-se fragilizado por permanecer longe da família e vivenciar novas rotinas de cuidados. Neste processo, a equipe de enfermagem desempenha suas atividades procurando melhorar as condições de reabilitação desses pacientes. De forma geral, durante a hospitalização, além da equipe de saúde, a presença da rede de apoio social é considerada um aspecto importante para a reabilitação, por se tratar de uma opção particular e de atributos sinceros, e a ausência de tal suporte dificultaria a vivência e superação desta experiência (CARLUCCI, 2007; TOLLEY; FOROUSHANI, 2014).

Os cuidados da equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar, inclui a presença do enfermeiro, a avaliação neurológica, a 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. Dentre os cuidados específicos da enfermagem ao grande queimado, estão as intervenções diretas nas lesões provocadas pela queimadura, que incluem prevenção de infecções e traumas, além do alívio da dor, deve ainda está apta a amenizar o sofrimento. A avaliação contínua e frequente da resposta apresentada é importante, o que agrega e completa a atuação do enfermeiro no que se refere ao gerenciamento da dor do indivíduo (SMELTZER *et al.*, 2011; NAZÁRIO; LEONARDI, 2012).

Nesse sentido, o enfermeiro deve observar nas ações de cuidado todos os aspectos que facilitam ou dificultam o processo de recuperação, a partir da individualidade de cada paciente, ou seja, deve ter um olhar integral frente ao paciente queimado, tanto no período de internação quanto após a alta hospitalar, não restringindo seu olhar apenas à lesão física, utilizando seus conhecimentos e habilidades para exercer suas atividades além da técnica, de forma holística. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é portanto um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao indivíduo, caracterizando sua prática profissional, colaborando para a definição do seu papel (AGUIAR *et al.*, 2012).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter exploratório, com abordagem quantitativa com dados secundários do banco da Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE), localizado na região Nordeste do Brasil, na cidade de Aracaju, capital do estado de Sergipe.

4.2 Local do Estudo e Censo

O estudo foi realizado na unidade de terapia de queimados do HUSE, que é referência no atendimento a pacientes vítimas de queimadura. O hospital é considerado de alta complexidade, que atende pacientes clínicos de diversas especialidades, traumas, queimados, pediátricos e oncológicos, sendo referência para todo o estado sergipano e atende também pacientes de alguns municípios da Bahia e Alagoas. A amostra foi definida por meio de levantamento dos prontuários de todos os pacientes admitidos na UTQ do HUSE de 24 de fevereiro de 2018 a 23 de fevereiro de 2019, perfazendo um período de 12 meses ($n = 180$) e que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos.

4.3 Instrumentos de Coleta de Dados

4.3.1 Questionário Básico do Censo Demográfico

A fim de identificar informações sobre dados gerais do paciente e de identificação da família dos pacientes, local de residência, tipo de moradia, renda mensal, sexo, idade, etnia e outras relevantes para esta pesquisa foi aplicado o Questionário Básico do Censo Demográfico de 2010 adaptado pela pesquisadora, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Anexo A).

4.3.2 Ficha de Avaliação dos Critérios Diagnósticos

Foi aplicado a Ficha de Avaliação dos Critérios Diagnósticos, que aponta dados relevantes ao trauma sofrido, como data do trauma, data da internação, dias de internação, número do prontuário, procedência, local de ocorrência do acidente, agente causador da lesão, classificações da queimadura, tratamento empregado, prognóstico médico sobre a recuperação, sequelas apresentadas e aplicabilidade da SAE na assistência ao paciente (Apêndice A).

4.4 Sistemática de Coleta De Dados

A coleta de dados foi realizada a partir das informações contidas no prontuário dos

pacientes internados na UTQ, bem como através da entrevista realizada a cada paciente, por meio da aplicação ficha de avaliação dos critérios diagnósticos (Apêndice A) e do questionário básico do censo demográfico de 2010 adaptado pela pesquisadora, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Anexo A). Cada participante foi abordado pessoalmente pelo examinador, encaminhado a um ambiente confortável e privativo, para esclarecimento sobre a pesquisa, onde este ao aceitar participar, assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice B), caso o paciente possuísse idade inferior a 18 (dezoito) anos, o seu responsável legal foi quem assinou o TCLE (Apêndice C) e o menor de 18 anos ainda assinou o termo de assentimento do menor (Apêndice D).

4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos nesta pesquisa todos os pacientes internados na UTQ durante o período de avaliação sem restrição quanto ao gênero, idade, etnia ou qualquer outra categorização. Não houve exclusão de paciente, tendo em vista que todos admitidos na unidade aceitaram participar da pesquisa, bem como não houve dados essenciais perdidos.

4.6 Análise dos Dados

As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absoluta e relativa e o programa estatístico SPSS versão 21.0 foi utilizado para a análise dos dados. Foi variável primárias os indivíduos vítimas de queimadura e as secundárias foram: o agente etiológico, a classificação das lesões por queimadura, as áreas corporais atingidas, os tipos tratamentos utilizados, os desfechos e os dados sociodemográficos: sexo, moradia, religião, renda, nível de escolaridade.

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT) via Plataforma Brasil, obedecendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Brasília (DF), que prevê normas para pesquisas envolvendo seres humanos, sob o parecer consubstanciado: 2.408.555 (Anexo B).

Para a coleta de dados, foi enviado para o Hospital de referência no atendimentos de vítimas de queimaduras um Termo de Confidencialidade, confeccionado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT), sob o parecer consubstanciado nº 2.477.336, permitindo a liberação do campo de pesquisa pela Direção Clínica. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi assinado, em duas vias, pelos sujeitos participantes desta pesquisa, onde constam dados sobre a pesquisa,

além dos riscos e benefícios atribuídos a ela. O Termo de Assentimento do Menor (Apêndice D) foi assinado, em duas vias, pelas crianças e adolescentes (até 18 anos incompletos) participantes da pesquisa, onde constam dados sobre a pesquisa, com uma linguagem de fácil entendimento, incluindo assim como no TCLE, os riscos e benefícios da pesquisa. Vale ressaltar que o Termo de Assentimento do Menor não elimina a necessidade de preenchimento por parte do responsável pelo menor ou seu representante legal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

No período avaliado, de 24 de fevereiro de 2018 a 23 de fevereiro de 2019, foram admitidos na UTQ do HUSE, 180 pacientes, todos incluídos na pesquisa, 61,1% do sexo masculino e 38,9% do feminino.

Os Municípios de residência das vítimas admitidas na UTQ foram agrupados conforme as Regiões de Saúde (Tabela 1).

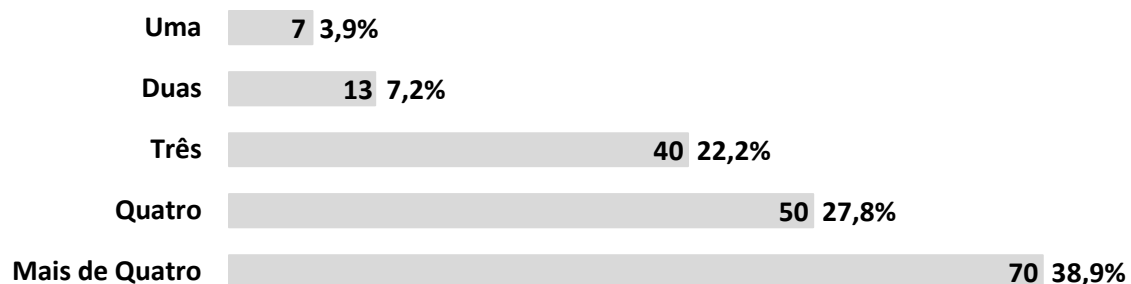
Tabela 1 – Distribuição das vítimas de queimaduras atendidas, de acordo com a região de saúde dos Estados de Sergipe, Bahia e Alagoas – UTQ – HUSE, 2018/2019.

REGIÃO DE SAÚDE	UF	NÚMERO DE VÍTIMAS	% DE VÍTIMAS
REGIÃO DE ARACAJU	SE	75	41,7
REGIÃO DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO	SE	35	19,4
REGIÃO DE ESTÂNCIA	SE	21	11,7
REGIÃO DE PROPRIÁ	SE	13	7,2
REGIÃO DE LAGARTO	SE	17	9,4
REGIÃO DE ITABAIANA	SE	9	5,0
REGIÃO DE CÍCERO DANTAS	BA	4	2,2
REGIÃO DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	SE	5	2,8
REGIÃO 2	AL	1	0,6
TOTAL		180	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

Na figura 1 está representada a distribuição do número de pessoas residentes no domicílio no dia do agravo por queimadura.

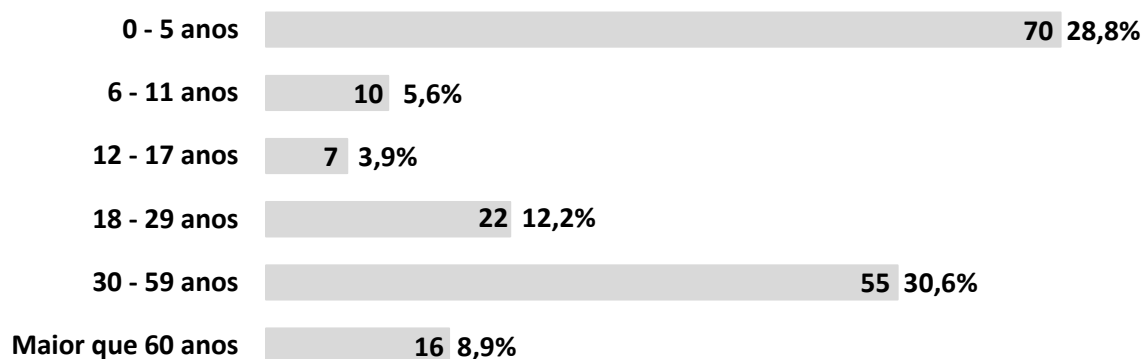
Figura 1 – Distribuição do percentual de pessoas residentes no domicílio no dia do agravo das vítimas de queimaduras atendidas – UTQ – HUSE, 2018/2019.



Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

A figura 2 representa a frequência de queimaduras, pode ser observado que 39% das vítimas estavam na faixa etária de 0 a 5 anos, seguida de 31% na faixa entre 30 e 59 anos.

Figura 2 – Distribuição do percentual das vítimas de queimaduras atendidas de acordo com a faixa etária – UTQ – HUSE, 2018/2019.



Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

A etnia a mais acometida foi a parda com representação de 91,1%, seguida da etnia branca com 5,0% e a menor prevalência na etnia preta com 3,9% das vítimas.

A tabela 2 mostra o nível de escolaridade das vítimas de queimaduras avaliadas.

Tabela 2 – Distribuição das vítimas de queimaduras atendidas quanto ao nível de escolaridade – UTQ – HUSE, 2018/2019.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	NÚMERO DE VÍTIMAS	% DE VÍTIMAS
Analfabeto	78	43,3
1º Grau Incompleto	37	20,6
1º Grau Completo	33	18,3
2º Grau Incompleto	24	13,3
2º Grau Completo	5	2,8
Nível Superior Incompleto	1	1,1
Nível Superior Completo	2	0,6
TOTAL		

Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

No que se refere ao rendimento pessoal do queimado, 95% possuía de 0 a 1 salário mínimo e 5% de 2 a 3 salários mínimos. Quanto aos rendimento familiar, 77,8%

possuía de 0 a 1 salário mínimo e 22,2% de 2 a 3 salários mínimos.

Quanto a religião, a distribuição pode ser observada, conforme a tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das vítimas de queimaduras atendidas quanto a religião – UTQ – HUSE, 2018/2019.

RELIGIÃO	NÚMERO DE VÍTIMAS	% DE VÍTIMAS
Católica	141	78,2
Evangélica	30	16,7
Umbanda e Candomblé	1	0,6
Espírita	1	0,6
Outras	7	3,9
TOTAL	180	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

Os pacientes queimados admitidos na UTQ, tiveram a seguinte procedência: 25% de outra unidade de saúde, 66,7% da própria residência e 2,2% do local de trabalho, e 6,1% da via pública ou de procedências que não se encaixaram nos demais critérios.

Quanto aos agentes etiológicos, os líquidos inflamáveis foi a principal causa das queimaduras, seguido pelos líquidos aquecidos, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das vítimas de queimaduras atendidas quanto aos agentes etiológicos – UTQ – HUSE, 2018/2019.

AGENTES ETIOLOGICOS	NÚMERO DE VÍTIMAS	% DE VÍTIMAS
Líquidos Inflamáveis	85	47,2
Líquidos Aquecidos	78	43,3
Eletricidade	5	2,8
Químico	2	1,1
Outros	10	5,6
TOTAL	180	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

No que se refere a avaliação das áreas atingidas evidenciou-se que o tronco foi a região mais acometida. Pacientes vítimas de queimaduras costumam apresentar mais de uma área corporal atingida, considerando a cinemática do acidente (figura 3).

Figura 3 – Distribuição do percentual das vítimas de queimaduras atendidas de acordo com as áreas corporais atingidas – UTQ – HUSE, 2018/2019.

Membros Inferiores	234	34,5%
Membros Superiores	200	29,5%
Tronco	106	15,6%
Face	59	8,7%
Pescoço	44	6,5%
Períneo	13	1,9%
Outros	10	1,5%
Couro Cabeludo	6	0,9%
Grande Articulação	6	0,9%

Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

Quanto a classificação das queimaduras de acordo com sua profundidade, 8,9% dos casos foram de 1º grau, 87,2% de 2º grau e 3,9% de 3º grau. Foi ainda encontrado 17% de queimaduras mistas: 3,3% de queimaduras de 1º e 2º grau, 4,4% queimaduras de 2º e 3º grau. Não foram registradas associações de queimaduras de 1º e 3º grau e de queimaduras de 1º, 2º e 3º graus.

Na tabela 5 está representada a distribuição das queimaduras classificadas quanto a extensão da superfície corporal queimada (SCQ).

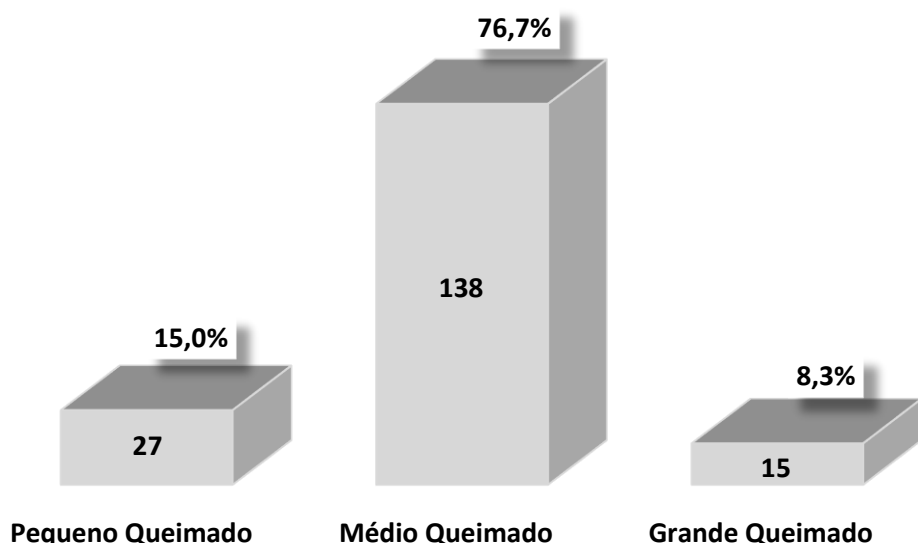
Tabela 5 – Classificação das queimaduras quanto a extensão da superfície corporal queimada (SCQ) das vítimas de queimaduras atendidas – UTQ – HUSE, 2018/2019.

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS QUANTO À ÁREA CORPORAL ATINGIDA	NÚMERO DE VÍTIMAS	% DE VÍTIMAS
00 a 10%	97	53,9
11 a 20%	45	25,0
21 a 30%	24	13,3
31 a 40%	8	4,4
41 a 50%	3	1,7
≥50%	3	1,7
TOTAL	180	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

A figura 4 representa a distribuição do percentual das vítimas de queimaduras quanto a complexidade das lesões.

Figura 4 – Classificação das queimaduras quanto a complexidade das lesões das vítimas de queimaduras atendidas – UTQ – HUSE, 2018/2019.



Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

A periodicidade de troca dos curativos aconteceu em 94,4% uma vez ao dia, 3,9% duas vezes ao dia e 0,6% foi realizado caso houvesse necessidade. Dos curativos realizados, 33,3% aconteceram sob sedação anestésica e 66,7% sem sedação. Houve 18,3% de curativos especiais. As terapias tópicas utilizadas estão representadas na tabela 6.

Tabela 6 – Classificação das tópicas aplicadas nas vítimas de queimaduras atendidas – UTQ – HUSE, 2018/2019.

TIPOS DE TERAPIAS TÓPICAS	FREQUÊNCIA DA APLICAÇÃO DAS TERAPIAS TÓPICAS	% DA APLICAÇÃO DAS TERAPIAS TÓPICAS
Ácidos Graxos Essenciais (AGE)	133	54,3
Sulfadiazina de Prata	109	44,5
Colagenase	3	1,2
TOTAL	245	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

Dos 180 pacientes admitidos na UTQ, 02 fizeram uso de substitutivos cutâneos, sendo 01 de aloenxerto cutâneo e 01 de membrana amniótica. Não houve excisão cirúrgica e enxertia.

A tabela 7 mostra os tipos de desfechos clínicos e os prognósticos das sequelas. Constatou-se que 4% dos pacientes internados na UTQ foram a óbito e 2,4% teve como prognóstico sequelas definitivas.

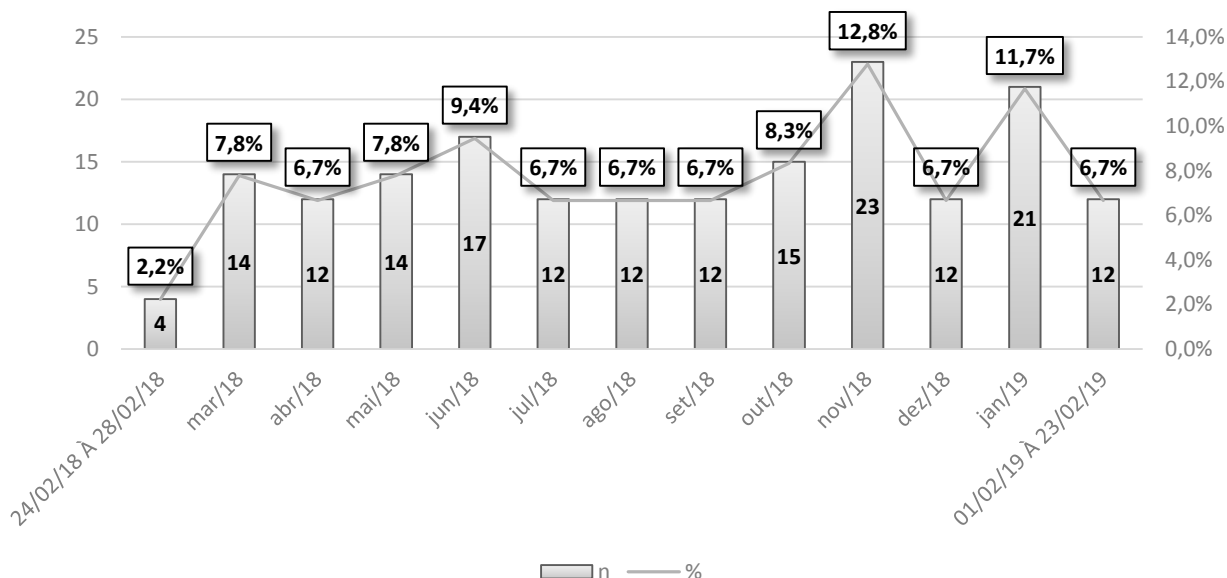
Tabela 7 – Desfechos clínicos e prognóstico das sequelas das vítimas de queimaduras atendidas – UTQ – HUSE, 2018/2019.

DESFECHO CLÍNICO			PROGNÓSTICO DAS SEQUELAS				
Tipos	Nº	%	Nº	%	Tipos	Nº	%
Alta Médica	170	94,4	171	95	Temporária	166	97,6
Evasão	1	0,6			Definitiva	4	2,4
Óbito	9	5,0	9	5			
Alta a Pedido	0	0,0					
	180	100	180	100		170	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

Novembro mostrou-se com o maior número de internações, totalizando 23 (12,8% do total). Abril, julho, agosto, setembro, dezembro de 2018 e fevereiro (01 à 23) de 2019 apresentaram uma estabilidade de 12 pacientes (6,7%) internados (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição do total de internações mensais das vítimas de queimaduras atendidas – UTQ – HUSE, 2018/2019.



Fonte: Pesquisa Direta, 2018/2019.

Não foi evidenciada aplicabilidade do processo de enfermagem (PE) na UTQ do HUSE.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, dos 180 pacientes atendidos na UTQ do HUSE, o maior número foi da região de Aracaju, o que pode ser justificado pelo fato da capital do Estado de Sergipe fazer parte dessa região e apresentar a maior densidade demográfica dos Municípios, 3.140,65 hab/km² (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010a).

O sexo masculino foi o mais acometido (61,1%), assim como verificado nos estudos de Fernandes *et al.* (2012) e Barbosa *et al.* (2016) que afirmaram que o predomínio do sexo masculino pode estar relacionado às diferenças de comportamento. As crianças do sexo masculino, normalmente apresentam maior disposição para as brincadeiras de risco e, portanto, maior exposição para os fatores causais de queimaduras. Também na fase adulta, os homens correntemente estão mais expostos a situações de risco como atividades envolvendo altas tensões, correntes elétricas, equipamentos e máquinas.

Embora não tenham sido encontrados estudos específicos sobre a proporção de acidentados e número de pessoas residentes no domicílio, foi possível observar que o número de pessoas residentes no domicílio foi diretamente proporcional ao percentual de vítimas de queimaduras. Fato que pode ser justificado pela ocorrência de maior aglomeração de pessoas em um único domicílio, permitir uma maior chance de haver este incidente, principalmente na área da cozinha.

Foi constatado que a faixa etária mais acometida foi de 0 a 5 anos (38,8%), dados semelhantes aos encontrados por Gallach-Solano *et al.* (2015) e Sanches *et al.* (2016). As crianças menores de sete anos perfazem a maioria dos estudos epidemiológicos da literatura mundial sobre queimados, possivelmente isso se explique devido às próprias características ativas, de curiosidade, inquietude e de desconhecimento dos perigos que favorecem esses episódios nessa população. A aglomeração de crianças na cozinha junto aos pais, sobretudo à mãe, durante a preparação das refeições com líquidos aquecidos é um outro fator desencadeante para o alto índice de queimaduras nessa faixa etária (MARTINS; ANDRADE, 2007; FERNANDES *et al.*, 2012).

A etnia mais acometida foi a parda (91,1%) e a maior parte das vítimas pertenciam a população de baixa renda, tinham baixo nível de escolaridade e viviam em condições impróprias de moradia. Estes achados estão de acordo com os descritos por, Gawryszewski *et al.* (2012), Echevarría-Guanilo *et al.* (2016), Santos *et al.* (2017). Este predomínio da etnia parda pode ser justificado, em virtude da miscigenação da população do Estado de Sergipe e de suas características socioculturais. A predominância da hiposuficiência financeira, de escolaridade e de habitação pode ser explicada pelo o fato do HUSE ser um hospital de referência para queimaduras e ser prestador de atendimento exclusivamente do SUS.

Quanto a religião, 78,3% referiram-se ser católicos. Esta representatividade é

diretamente proporcional à relação população sergipana e a religião que pratica. De acordo com o censo demográfico do IBGE de 2010 foi constatado que 77% dos sergipanos são católicos, 12% são evangélicos, o que pode explicar o valor tão expressivo de vítimas católicas encontradas no presente estudo (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010b).

Em 91,7% dos casos as vítimas de queimaduras foram encaminhadas de outras unidades de saúde ou vieram diretamente da residência. Números que corroboram com estudo realizado em Belém do Pará de Silva *et al.* (2016). Por ser o HUSE referência para queimados e o maior contingente da população de Sergipe ser de baixa renda este hospital recebe as vítimas encaminhadas de outras unidades bem como, vindas do local de ocorrência do agravo.

No presente estudo, líquidos inflamáveis e aquecidos, juntos representaram 90,5% dos agentes como responsáveis pelos casos de queimaduras. Arrunategui (2011), também verificou que estes foram os principais agentes causadores de hospitalização em todas as faixas etárias. A livre comercialização de produtos inflamáveis como antissépticos e o armazenamento destes em casa expõem as pessoas, principalmente crianças, ao risco de sofrerem queimaduras (COSTA *et al.*, 2016). Os acidentes com líquidos aquecidos (água, óleo, café e leite) e o álcool, na sua forma líquida, por ser de uso tradicional na maioria dos lares brasileiros e nem sempre está fora do alcance de crianças, são fatores contribuintes para ocorrência de queimaduras. É necessário a educação doméstica dos responsáveis para o armazenamento correto de líquidos inflamáveis e a intensificação da supervisão do menor em ambientes de risco, a exemplo das cozinhas residenciais.

A Anvisa publicou a Resolução Nº 46 de 20 de fevereiro, com a finalidade de regulamentar o uso do álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro, comercializado por atacadistas e varejistas. Esta Resolução permaneceu em vigor por apenas seis meses e foi avaliado que neste período houve uma redução de 60% (90 mil adultos e 27 mil crianças) no número de acidentes com esses produtos. Entretanto, uma liminar em benefício de um grupo de fabricantes do produto foi concedida e os números de acidentes por queimaduras causadas por esses produtos voltou a aumentaram (ANVISA, 2002; TÍBOLA, 2007).

Na presente pesquisa, os membros inferiores seguido de membros superiores e tronco foram as áreas do corpo mais atingidas por queimadura. No estudo de Francisconi *et al.* (2016), a área mais acometida foi o tronco, seguido de cabeça e pescoço. A concentração maior de queimadura nessas áreas pode estar relacionada, provavelmente, com a posição da vítima em relação ao agente causador.

Quanto a profundidade, a maior parte das vítimas foi acometidas por queimaduras apenas de 2º grau e 7,8% do total de queimados apresentaram queimaduras mistas, destas

a de maior frequência foram as queimaduras associadas de 2º e 3º graus (57,1%). Silva *et al.* (2016) em Belém do Pará, constataram que 45% dos pacientes sofreram queimaduras de 2º grau, enquanto Freitas *et al.* (2015), no estudo realizado em Sergipe, encontraram um predomínio de lesões de queimaduras de 1º e 2º graus (82,8%).

Embora a UTQ seja capacitada para atendimentos de queimados graves, os dados coletados apontaram que a maior parte dos queimados eram vítimas de líquidos aquecidos e inflamáveis o que parece justificar serem as queimaduras de 1º e 2º graus as mais prevalentes nessa unidade. Esses pacientes de menor gravidade, supomos que bem poderiam ser atendidos nas unidades de saúde de atenção básica, o que reduziria de maneira significativa a taxa de ocupação da UTQ do HUSE.

Na análise das queimaduras quanto a extensão da superfície corporal queimada, mais da metade dos pacientes apresentaram um percentual de até 10%. Este achado corrobora com estudos, de Rani e Schwacha (2012); Liu *et al.* (2013); Giuli *et al.* (2015); e Soares *et al.* (2016). Quanto a complexidade das lesões, a maior parte dos acidentados (76,7%) foi classificada como de médio queimados, seguido dos pequenos queimados (15,0%) e grandes queimados (8,3%). Estes dados estão de acordo com os resultados encontrados no Centro de Tratamento de Queimados de Natal por Queiroz *et al.*, 2013. Sabe-se que quanto maior a extensão e a complexidade das queimaduras, maiores os riscos de complicações e até mesmo o óbito, tal afirmação está em concordância com Oliveira *et al.* (2012). A baixa ocorrência de pacientes graves e com SCQ maior que 40% foi responsável pelo índice de sequelas definitivas e óbitos encontrados na UTQ do HUSE.

A periodicidade de troca dos curativos aconteceu em sua maior parte uma vez ao dia e o uso de sedação anestésica fez parte da maioria desses curativos. A terapia tópica não foi utilizada por todos os pacientes e alguns deles fizeram uso de mais de uma terapia tópica, sendo o ácidos graxos essenciais e a sulfadiazina de prata os medicamentos mais utilizados. Um menor percentual das vítimas fez uso da aplicação de curativo especial. Apenas dois pacientes fizeram o uso de substitutivos cutâneos. Não houve excisão cirúrgica ou enxertia. Os avanços no tratamento das queimaduras tem implementado um melhor apoio na etapa clínica de reposição de líquidos, tratamento de infecções, suporte nutricional, fisioterapia precoce, associados também à melhor rotina de curativos especiais e outras coberturas temporárias, como, por exemplo, o curativo com membrana amniótica (PICCOLO, 2002; PECK, 2012).

No presente estudo o índice de óbito foi de 5,0% dos pacientes internados na UTQ e dos 94,6% que tiveram alta médica, 2,4% apresentou prognóstico de sequela definitiva. Admitimos, como alguns autores que o avanço do desenvolvimento de agentes antimicrobianos tópicos e sistêmicos e o suporte nutricional, tem contribuído para um melhor

prognóstico (MANN et al., 2012; TULLOCH et al., 2017).

Os meses de janeiro e novembro apresentaram índices de 12,8% e 11,7% respectivamente, enquanto junho apresentou índice de 9,4% do total de vítimas de queimaduras admitidas na UTQ do HUSE. Lacerda *et al.*, 2010, após avaliarem um período de 12 meses, constatou na UTQ da Universidade Federal de São Paulo o mês de maior incidência foi outubro com 16,8% do total. Tratando-se de Nordeste, onde a cultura do uso de fogos de artifício é bastante forte, acreditava-se que na UTQ do HUSE o mês de junho seria a temporada com maior número de admissões, mas conforme resultados encontrados, tal hipótese não foi confirmada. Pode ter ocorrido que no período de festas juninas as queimaduras sofridas por parte dos pacientes não necessitaram de atendimento de maior complexidade.

O Processo de Enfermagem (PE) consiste em um método que direciona e organiza de forma sistematizada o trabalho do enfermeiro. É considerado o instrumento e a metodologia da profissão do enfermeiro, permitindo-o tomar decisões, predizer e avaliar o cuidado, satisfazendo as necessidades das pessoas de forma global e eficaz (IYER *et al.*, 1993). Para Garcia e Nóbrega (2009), o PE pode ainda ser definido como uma atividade intelectual premeditada, por meio da qual a prática de enfermagem é dirigida dentro de uma ordem e um método sistemático. A ausência deste em um serviço de terapia intensiva como a UTQ do HUSE, pode desacelerar o processo de recuperação destes pacientes, visto que não permite o acompanhamento individualizado por parte do enfermeiro. O PE implantado permitiria ainda o acompanhamento diário das lesões, das necessidades individuais, além de comportar a prescrição de cuidados distintos para cada paciente.

A presente pesquisa, forneceu dados que serão apresentados à direção clínica da UTQ mostrando a necessidade e importância do Processo de Enfermagem, para a busca do melhor atendimento dos pacientes vítimas de queimaduras. A implementação do PE poderá ser avaliada por futuras pesquisas dentro da unidade de queimados.

As queimaduras continuam sendo um grande desafio para a saúde pública e para aqueles que o fazem. A presença de novos tratamentos e conhecimentos científicos mais aprofundados, permitem um novo panorama no que se refere aos desfechos clínicos e sequelas apresentadas por essas vítimas. É necessário aprimorar as campanhas de conscientização através de educação em saúde em escolas e locais de trabalho com a finalidade de reduzir o elevado número de queimados no Brasil e no mundo.

7 CONCLUSÕES

A maior parte das vítimas atendidas na Unidade de Tratamento de Queimados do HUSE, foi proveniente da região de saúde de Aracaju, oriundas de outras unidades de saúde e da residência. A faixa etária entre 0 e 5 anos, o gênero masculino, a etnia parda e a religião católica foram os mais acometidos. Quanto maior o número de residentes em uma única moradia e quanto menor a renda pessoal e familiar, maior a possibilidade de haver acidentes térmicos.

Os principais agentes etiológicos das queimaduras foram com os líquidos inflamáveis e os aquecidos. As regiões do corpo mais atingidas foram os membros inferiores seguido dos membros superiores e tronco. Os meses de janeiro e novembro apresentaram maior incidência no número de pacientes admitidos na UTQ do HUSE, embora em nossa região, culturalmente no mês de junho, devido as festividades juninas, ocorre maior utilização de fogos de artifícios.

As classificações de queimaduras, mostraram que lesões exclusivas de 2º grau, vítimas com até 10% da superfície corporal e os médios queimados perfizeram a maior incidência das vítimas. Quanto a profundidade das lesões houve um número significativo de vítimas com lesões mistas, tendo maior representatividade nas lesões conjuntas de 2º e 3º graus. O tratamento empregado, a periodicidade da troca, o uso de sedação anestésica nos curativos, a aplicação de terapias tópicas, mostraram que a UTQ do HUSE acompanha a evolução dos tratamentos de queimados. Fatos esses que justifica a elevada taxa de altas médicas com baixo teor de sequela definitiva e de óbito.

A não aplicabilidade do Processo de Enfermagem não individualizará o cuidado, o direcionamento da prática e a tomada de decisão do enfermeiro, limitando os avanços na qualidade da assistência, na otimização dos registros, na satisfação do usuário e no favorecimento do controle de custos e de auditoria. Apesar da ausência do PE, pode-se afirmar que a assistência prestada aos pacientes da UTQ do HUSE foi satisfatória tendo em vista o alto índice da alta hospitalar com prognóstico maior de sequelas temporárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A. S. C.; MARIANO, M. R.; ALMEIDA, L. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; REBOUÇAS, C. B. A. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 2012; 46(2):428- 35.
- AKTHER, J.M.; NERKER, N.E.; REDDY, P.S.; KHAN, M.I.; CHAUHAN, M.K.; SHAHAPURKAR, V.V. Epidemiology of Burned Patients Admitted In Burn Unit of A Rural Tertiary Teaching Hospital. *Pravara Medical Review*, 2010; 2(4):11-7.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ED.). Lesões Térmicas. In: *Advanced trauma life support: ATLS; student course manual*. 9nd ed. Chicago, 2012. p. 230-244.
- ARAGÃO, J. A.; ARAGÃO, M. E. C. DE S.; FILGUEIRA, D. M.; TEIXEIRA, R. M. P.; REIS, F. P. Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 2012; 27(3): 379–382.
- ARRUNÁTEGUI G.C.C. *Queimaduras com álcool em crianças: realidade brasileira e vulnerabilidades* [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.
- BATISTA, L. T. DE O.; RODRIGUES, F. DE A.; VASCONCELOS, J. DE M. B. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. *Revista RENE*, 2011; p. 158–165.
- BARBOSA G. dos S.; OLIVEIRA D. M. S.; ARAÚJO L. A.; CARNEIRO S. R.; ROCHA L. S. de O. Características clínicas e fatores associados aos óbitos de indivíduos queimados em um Centro de Referência de Ananindeua-PA. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2016; 15(2):104-109.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS, DATASUS. *Base de dados das informações de saúde: morbidade hospitalar do SUS – causas externas por local de residência–Brasil-2019*. 2019[acessado em 07 fev 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>
- BRASIL. Portaria GM/MS Nº 1.273 de 21 de novembro de 2000. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 nov. 2000. [acessado em 23 out 2016]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- BRASIL. Resolução GM/MS Nº 1 de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 set. 2011. [acessado em 03 out 2018]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. CTEQ. 2012; 20 p.

CARLUCCI, V.D.S.; ROSSI, L. A.; FICHER, A. M. F. T.; FERREIRA, E.; CARVALHO, E. C. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 2007; 41(1):21-8.

CARPENITO, L. J. *Diagnóstico de enfermagem: aplicação a prática clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Panorama da População da Cidade de Aracaju/SE: IBGE, 2010a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/aracaju/panorama> Acesso em: out. 2018.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência da Cidade de Aracaju/SE: IBGE, 2010b. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_uf_ods.shtm Acesso em: nov. 2018.

CHEN, J.; LI-TSANG, C. W. P.; YANG, H.; LIANG, G. TAN, J.; YANG, S.; et al. A survey on the current status of burn rehabilitation services in China. *Burns*, 2013; 39(2): 269–278.

CHEN, S.-H.; CHEN, Y.-C.; CHEN, T.-J.; MA, H. Epidemiology of burns in Taiwan: A nationwide report including inpatients and outpatients. *Burns*, 2014; 40(7): 1397–1405.

COSTA, G. O. P. DA; SILVA, J. A. DA; SANTOS, A. G. DOS. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem. *Ciência & Saúde*, v. 8, n. 3, p. 146–155, 22 jan. 2016.

CRUZ, B. DE F.; CORDOVIL, P. B. L.; BATISTA, K. DE N. M. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2012; 11(4): 246–250.

DOCHETERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6nd ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

DUARTE M. L. C.; LEMOS L; ZANINI L. N. N.; WAGNES Z.I. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012; 33(1):77-84.

FARAH, A.C.F.; BACK, I.C.; PEREIMA, M.L. Análise das internações por causas externas não intencionais em menores de 15 anos em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2015; 14(4):273-8.

FERNANDES F. M. F. de A.; TORQUATO I. M. B.; DANTAS M. S. de A.; FRANCISCO PONTES JÚNIOR de A. C.; FERREIRA J. de A.; COLLET N. queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012; 33(4):133-141.

FREITAS M.S.; MACHADO M.M.; MORAES R.Z.C.; SOUSA A.H.; ARAGÃO L.H.F.B.; SANTOS JUNIOR R.A. et al. Características epidemiológicas dos pacientes com queimaduras de terceiro grau no Hospital de Urgências de Sergipe. *Revista Brasileira Queimaduras*, 2015; 14(1):18-22.

FORJUOH, S. N. Burns in low- and middle-income countries: A review of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention. *Burns*, 2006; 32(5): 529– 537.

FRANCISCONI, M. H. G.; ITAKUSSU, E. Y.; VALENCIANO, P. J.; FUJISAWA, D. S.; TRELHA, C. S.; Perfil epidemiológico das crianças com queimaduras hospitalizadas em um

Centro de Tratamento de Queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*; 2016; 15(3):137- 41.

GALLACH-SOLANO E.; PEREZ DEL CAZ M. D.; VIVO-BENLLOCH C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cirurgia Plástica Ibero-latino-am.* 2015; 41(4):427-36.

GARCIA T.R.; NÓBREGA M. M. L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2009; 13(1): 188-193.

GAWRYSZEWSKI V.P.; BERNAL R.T.I.; SILVA N.N.; NETO MORAIS O.L.; SILVA M.M.A.; MASCARENHAS M.D.M.; et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. *Caderno de Saúde Pública*, 2012; 28(4):629-40.

GOMES D. R.; SERRA M.C.; GUIMARÃES J. R. L. M. *Condutas atuais em queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

GONÇALVES, L. R. R.; NERY, I. S.; NOGUEIRA, L.T.; BONFIM, E. G. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. *Escola Anna Nery*, 2007; 11(3):459-65.

GIULIA E.; ITAKUSSU E. Y.; VALENCIANO P. J.; FUJISAWA D. S.; TRELHA C. S. Caracterização de idosos vítimas de queimaduras internados em um centro de tratamento de queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2015; 14(4):253-6.

HARBIN, K.R.; NORRIS, T. E. Anesthetic management of patients with major burn injury. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 2012; 80(6):430-9.

HERSON, M. R.; TEIXEIRA NETO, N.; PAGGIARO, A. O.; CARVALHO, V. F.; MACHADO, L. C. C.; UEDA, T.; FERREIRA, M. C. Estudo epidemiológico das sequelas de queimaduras: 12 anos de experiência da Unidade de Queimaduras da Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2009; 8(3): 82–86.

IRION, G.; BARROS, J. C. D. DO R.; SOUZA, S. R. DE. *Feridas novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

IYER P.W.; TAPTICH B.J.; BERNOCCHI-LOSEY D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JAIN, M.; GUPTA, R.; SINGH, L.; MISHRA, A.; AHIRWAR, S.K.; URABINAHATTI, K.A. et al. Pattern of distribution and demographic profile of burn injuries with assessment of various factors affecting morbidity and mortality in Vindhya region, SGM Hospital Rewa, Madhya Pradesh, India. *Journal of evolution of medical and dental sciences*, 2016; 5(30):1532-6.

JOHNSON, M.; MASS, M.; MOORHEAD, S. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 5nd ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KEMP, A.M.; JONES, S.; LAWSON, Z.; MAGUIRE, S.A.; Patterns of burns and scalds in children. *Archives of Disease in Childhood*, 2014; 99(4): 316-21.

LACERDA L. A.; CARNEIRO A. C.; OLIVEIRA A. F.; GRAGNANI A.; FERREIRA L. M. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2010; 9(3):82-8.

LIMA JÚNIOR, E. M.; MELO, M. C. DE A.; ALVES, C. C.; ALVES, E. P.; PARENTGE, E. A.; FERREIRA, G. E. Avaliação do conhecimento e promoção da conscientização acerca da prevenção de queimaduras na população de Fortaleza - CE. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2014; 13(3): 161-167.

LIU Y.; CHEN J. J.; CROOK N.; YU R.; XU X.W.; CEN Y. Epidemiologic investigation of burns in the elderly in Sichuan Province. *Burns*. 2013; 39(3):389-94.

MACIEIRA, L. *Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico*. Rio de Janeiro, RJ: Rubio, 2006.

MANN E. A.; BAUN M. M.; MEININGER J. C.; WADE C. E. Comparison of mortality associated with sepsis in the burn, trauma, and general intensive care unit patient: a systematic review of the literature. *Shock*. 2012; 37(1):4-16.

MARTINS C.B.G.; ANDRADE S.M.; Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4):464-9.

MEYER, C. M.; KÖCHE, F. E.; SOUZA, M. E. P. DE; LEONARDI, D. F.; Sequelas de queimaduras: retração cervical. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2012; 11(1): 38–42.

MONTES, S. F.; BARBOSA, M. H.; SOUSA NETO, A. L. DE; Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2011; 45 (2): 369-373.

NATHANS, A.B.; FANTUS, R.B. National Trauma Data Bank: Annual Report version 8.0. *The American College of Surgeons Committee on Trauma*; 2008.

NAZÁRIO, O. N.; LEONARDI, D. F. Queimaduras: atendimento pré-hospitalar. Palhoça: Ed. Unisul, 2012.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018 - 2020. 11nd ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OLIVIERA, T. S.; MOREIRA K.F.A.; GONÇALVES T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2012; 11(1):31-7.

ORTIZ-PRADO, E.; ARMIJOS, L.; ITURRALDE, A. L. A population-based study of the epidemiology of acute adult burns in Ecuador from 2005 to 2014. *Burns*, 2015; 41(3): 582-589.

PECK, M. D. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 2011; 37(7): 1087-1100.

PECK, M. D. Epidemiology of burns throughout the World. Part II: intentional burns in adults. *Burns*, 2012; 38(5):630-7.

PICCOLO N.S. The 2002 Everett Idris Evans Memorial Lecture. Burn care in Brazil: ideas from the past, trends of the present, and hopes for the future. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*; 2002; 23(6):385-400.

PINHO, F. M. DE; AMARANTE, L. N.; SALUM, N. C.; MARTINS, T.; Guideline das ações no cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado. *Revista Brasileira de Queimaduras*,

2016; 15(1): 13-23.

PISHNAMAZI, Z.; ASIABAR, A. K.; KARIMAVI, M. H.; ZAERI, F.; ZADEH, R. N. Quality of life Burn Patients. *Payesh*, 2012; 11(1):103-10.

QUEIROZ P.R.; LIMA K.C.; ALCÂNTARA I.C. Prevalência e fatores associados a queimaduras de terceiro grau no município de Natal, RN - Brasil. *Revista Brasileira de Queimaduras*. 2013; 12(3):169-76.

RAFII, M.H.; SABERI, H.R.; HOSSEINPOUR, M.; FAKHARIAN, E.; MOHAMMADZADEH, M. Epidemiology of Pediatric Burn Injuries in Isfahan, Iran. *Archives of Trauma Research*, 2012; 1(1):27-30.

RANI M.; SCHWACHA M.G. Aging and the pathogenic response to burn. *Aging and Disease*, 2012; 3(2):171-80.

ROSSI, L. A.; FERREIRA, E.; COSTA; E. C. F. B.; BERGAMASCO; E. C.; CAMARGO, C.; Burn prevention: perceptions of patients and their relatives. *Revista Latino-Americana de SALLUM, A. M. C.; PARANHOS, W. Y. O Enfermeiro e as situações de emergências*. São Paulo: Atheneu, 2010.

SANCHES, P. H. S.; SANCHES, J. A.; NOGUEIRA, M. J.; PERONDI, N. M.; SUGAI, M. H.; JUSTULIN, A. F.; et al. Perfil epidemiológico de crianças atendidas em uma Unidade de Tratamento de Queimados no interior de São Paulo. *Revista Brasileira de Queimaduras*; 2016; 15(4):246-50.

SANTOS G. P.; FREITAS N. A.; BASTOS V. D.; CARVALHO F. F. Perfil epidemiológico do adulto internado em um centro de referência em tratamento de queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2017; 16(2):81-6.

SBCP. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. **Projeto Diretrizes - Queimaduras: Diagnóstico e Tratamento Inicial**. PDQDTI. 2008; 14 p.

SENGOELGE, M.; EL-KHATIB, Z.; LAFLAMME, L. The global burden of child burn injuries in light of country level economic development and income inequality. *Preventive Medicine Reports*, 2017; 6: 115-120.

SILVA J. A. C. da; LIMA A. V. M.; BORBOREMA C. L. P. de; CUNHA L. M. da; MARTINS M. M.; PANTOJA M. de S. Perfil dos pacientes queimados atendidos em um centro de referência na região metropolitana de Belém do Pará. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2016; 15(3):153-7.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H.; Cuidados aos pacientes com lesões por queimadura. In: *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2876-680.

SOARES L. R.; BARBOSA F. S.; SANTOS L. de A. dos; MATTOS V. C. R.; DE-PAULA C. A.; LEAL P. da M. L. et al. Estudo epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas em um hospital de urgência da Bahia. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2016; 15(3):148-52.

TÍBOLA, J.; BARBOSA, E.; RENCK, L.I.; GUIMARÃES, F.S.V.; KROEFF, M.S.; PEREIRA, M.J.L.; The liquid alcohol in Brazilian current context. *Burns*, 2007; 33(3): 19.

TOLLEY, J. S.; FOROUSHANI, P. S. What do we know about one-to-one peer support for adults with a burn injury? A scoping review. *Journal of Burn Care & Research*; 2014; 35(3):233- 42.

TULLOCH L. G.; CHAN J. D.; CARLBOM D. J.; KELLY M. J.; DELLIT T. H.; LYNCH J. B. Epidemiology and Microbiology of Sepsis Syndromes in a University-Affiliated Urban Teaching Hospital and Level-1 Trauma and Burn Center. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2017; 32 (4): 264-272.

UNICEF. Wold Health Organization. **World report on child injury prevention**. WRCIP. 2008; 232 p.

YURA H.; WALSH M.B. **The nursing process: assessment, planning, implementation and evaluation**. New York (USA): Appleton-Century- Crofts; 1967.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A - Questionário básico do censo demográfico adaptado

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP

ANEXO C - Comprovante de Submissão na Revista Anna Nery (B1 – Interdisciplinar)

ANEXO D - Comprovante de Submissão na Revista Saúde em Debate (B1 – Interdisciplinar)

APÊNDICE A – Ficha de Avaliação dos Critérios Diagnósticos

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Maiores de 18 Anos

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os Responsáveis dos Menores de 18 Anos

APÊNDICE D - Termo de Assentimento do Menor

ANEXOS

ANEXO A - Questionário básico do censo demográfico adaptado

	Censo Demográfico 2010 Adaptado CD 2010 Questionário Básico	MUNICÍPIO: POSTO DE COLETA:
---	---	--

1	IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO					
1.01 UF 	1.02 MUNICÍPIO 	1.03 DISTRITO 	1.04 SUBDISTRITO 	1.05 SETOR 	1.06 Nº DA QUADRA 	1.07 Nº DA FACE
LOCALIDADE:				CEP:		
LOGRADOURO: (Endereço completo)						

TIPO														
1.09	☐ 11 – CASA ☐ 12 – CASA DE VILA OU EM CONDOMÍNIO ☐ 13 – APARTAMENTO ☐ 14 – HABITAÇÃO EM: CASA DE CÔMODOS, CORTIÇO OU CABEÇA DE PORCO ☐ 15 – OCA OU MALOCA ☐ 51 – TENDA OU BARRACA ☐ 52 – DENTRO DO ESTABELECIMENTO Obs.: A categoria em negrito só foi disponibilizada em setores de terras indígenas.	☐ 53 – OUTRO (VAGÃO, TRAILER, GRUTA, ETC.) ☐ 61 – ASILO, ORFANATO E SIMILARES COM MORADOR ☐ 62 – HOTEL, PENSÃO E SIMILARES COM MORADOR ☐ 63 – ALOJAMENTO DE TRABALHADORES COM MORADOR ☐ 64 – PENITENCIÁRIA, PRESÍDIO OU CASA DE DETENÇÃO COM MORADOR ☐ 65 – OUTRO COM MORADOR Se código 1 no quesito 1.08, siga para o quesito 2.01 Se código 5 no quesito 1.08, siga para o quesito 3.01 Se código 6 no quesito 1.08, siga para o quesito 4.01												
2.05 – A FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO É: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ 1 – REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO</td> <td>☐ 5 – ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA EM CISTERNA</td> <td>☐ 8 – OUTRA</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 – POÇO OU NASCENTE NA PROPRIEDADE</td> <td>☐ 6 – ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA DE OUTRA FORMA</td> <td>☐ 9 – POÇO OU NASCENTE NA ALDEIA</td> </tr> <tr> <td>☐ 3 – POÇO OU NASCENTE FORA DA PROPRIEDADE</td> <td>☐ 7 – RIOS, AÇUDES, LAGOS E IGARAPÉS</td> <td>☐ 10 – POÇO OU NASCENTE FORA DA ALDEIA</td> </tr> <tr> <td>☐ 4 – CARRO-PIPA</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> Obs.: As categorias em negrito só foram disponibilizadas em setores de terras indígenas.			☐ 1 – REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO	☐ 5 – ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA EM CISTERNA	☐ 8 – OUTRA	☐ 2 – POÇO OU NASCENTE NA PROPRIEDADE	☐ 6 – ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA DE OUTRA FORMA	☐ 9 – POÇO OU NASCENTE NA ALDEIA	☐ 3 – POÇO OU NASCENTE FORA DA PROPRIEDADE	☐ 7 – RIOS, AÇUDES, LAGOS E IGARAPÉS	☐ 10 – POÇO OU NASCENTE FORA DA ALDEIA	☐ 4 – CARRO-PIPA		
☐ 1 – REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO	☐ 5 – ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA EM CISTERNA	☐ 8 – OUTRA												
☐ 2 – POÇO OU NASCENTE NA PROPRIEDADE	☐ 6 – ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA DE OUTRA FORMA	☐ 9 – POÇO OU NASCENTE NA ALDEIA												
☐ 3 – POÇO OU NASCENTE FORA DA PROPRIEDADE	☐ 7 – RIOS, AÇUDES, LAGOS E IGARAPÉS	☐ 10 – POÇO OU NASCENTE FORA DA ALDEIA												
☐ 4 – CARRO-PIPA														
Siga 2.06														
2.06 – O LIXO DESTES DOMICÍLIO É: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ 1 – COLETADO DIRETAMENTE POR SERVIÇO DE LIMPEZA</td> <td>☐ 4 – ENTERRADO (Na propriedade)</td> <td>☐ 6 – JOGADO EM RIO, LAGO OU MAR</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 – COLOCADO EM CAÇAMBA DE SERVIÇO DE LIMPEZA</td> <td>☐ 5 – JOGADO EM TERRENO BALDIO OU LOGRADOURO</td> <td>☐ 7 – TEM OUTRO DESTINO</td> </tr> <tr> <td>☐ 3 – QUEIMADO (Na propriedade)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			☐ 1 – COLETADO DIRETAMENTE POR SERVIÇO DE LIMPEZA	☐ 4 – ENTERRADO (Na propriedade)	☐ 6 – JOGADO EM RIO, LAGO OU MAR	☐ 2 – COLOCADO EM CAÇAMBA DE SERVIÇO DE LIMPEZA	☐ 5 – JOGADO EM TERRENO BALDIO OU LOGRADOURO	☐ 7 – TEM OUTRO DESTINO	☐ 3 – QUEIMADO (Na propriedade)					
☐ 1 – COLETADO DIRETAMENTE POR SERVIÇO DE LIMPEZA	☐ 4 – ENTERRADO (Na propriedade)	☐ 6 – JOGADO EM RIO, LAGO OU MAR												
☐ 2 – COLOCADO EM CAÇAMBA DE SERVIÇO DE LIMPEZA	☐ 5 – JOGADO EM TERRENO BALDIO OU LOGRADOURO	☐ 7 – TEM OUTRO DESTINO												
☐ 3 – QUEIMADO (Na propriedade)														
Siga 2.07														
2.07 – EXISTE ENERGIA ELÉTRICA NO DOMICÍLIO? <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ 1 – SIM, DE COMPANHIA DISTRIBUIDORA Siga 2.08</td> <td>☐ 2 – SIM, DE OUTRAS FONTES Passe ao 3.01</td> <td>☐ 3 – NÃO EXISTE ENERGIA ELÉTRICA Passe ao 3.01</td> </tr> </table>			☐ 1 – SIM, DE COMPANHIA DISTRIBUIDORA Siga 2.08	☐ 2 – SIM, DE OUTRAS FONTES Passe ao 3.01	☐ 3 – NÃO EXISTE ENERGIA ELÉTRICA Passe ao 3.01									
☐ 1 – SIM, DE COMPANHIA DISTRIBUIDORA Siga 2.08	☐ 2 – SIM, DE OUTRAS FONTES Passe ao 3.01	☐ 3 – NÃO EXISTE ENERGIA ELÉTRICA Passe ao 3.01												

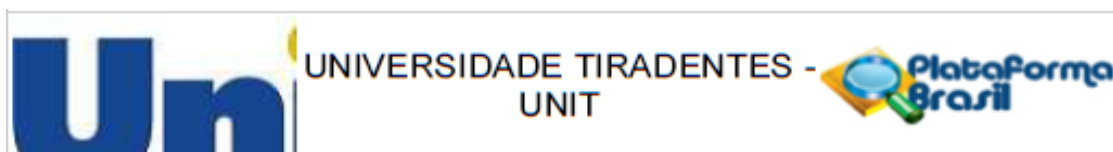
4	PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES E COLETIVOS		
4.01 – QUANTAS PESSOAS RESIDEM NO DOMICÍLIO NO DIA DO ACIDENTE? 			
Siga 4.02			
PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES			
4.02 – A RESPONSABILIDADE PELO DOMICÍLIO É DE: (Pessoa Responsável pelo domicílio é aquela que é reconhecida como tal pelos demais moradores) <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ 1 – APENAS UM MORADOR</td> <td>☐ 2 – MAIS DE UM MORADOR</td> </tr> </table>		☐ 1 – APENAS UM MORADOR	☐ 2 – MAIS DE UM MORADOR
☐ 1 – APENAS UM MORADOR	☐ 2 – MAIS DE UM MORADOR		
Siga 5.01			

6 CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTADO	
6.00 - NOME DA PESSOA Siga 6.01	
6.01 - SEXO ☐ 1 - MASCULINO ☐ 2 - FEMININO Siga 6.02	6.02 - QUAL É O MÊS E O ANO DO SEU NASCIMENTO? 6.021 - MÊS 6.022 - ANO (Se mês ou ano em branco, siga 6.03) (Se mês e ano preenchidos, passe ao 6.04)
6.03 - QUAL ERA A SUA IDADE NO DIA DO ACIDENTE? 6.031 - UM ANO OU MAIS 6.032 - MENOS DE UM ANO MESES Siga 6.04	
6.04 - A SUA COR OU RAÇA É: ☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - AMARELA ☐ 4 - PARDA ☐ 5 - INDÍGENA (Passe ao 6.06) (Se terra indígena no tipo de setor e código 1 a 4 neste quesito, siga 6.05) (Se tipo de setor diferente de terra indígena e código 1 a 4 neste quesito: a) Tem idade menor ou igual a 10 anos, passe ao 6.10) b) Tem idade maior do que 10 anos, passe ao 6.11)	
6.05 - VOCÊ SE CONSIDERA INDÍGENA? ☐ 1 - SIM (Siga 6.06) ☐ 2 - NÃO → (Tem idade menor ou igual a 10 anos, passe ao 6.10) (Tem idade maior do que 10 anos, passe ao 6.11)	

EDUCAÇÃO	
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	
☐ 1 - ANALFABETO	☐ 2 - 1º GRAU INCOMPLETO
☐ 3 - 1º GRAU COMPLETO	☐ 4 - 2º GRAU INCOMPLETO
☐ 5 - 2º GRAU COMPLETO	
☐ 6 - NÍVEL SUPERIOR INCOMPLETO	☐ 7 - NÍVEL SUPERIOR COMPLETO

RENDIMENTO	
6.12 - QUAL O SEU RENDIMENTO MENSAL? ☐ 1 - EM DINHEIRO, PRODUTOS OU MERCADORIAS ↳ 6121 - R\$,00	6.13 - QUAL O SEU RENDIMENTO MENSAL DA FAMÍLIA? ☐ 1 - EM DINHEIRO, PRODUTOS OU MERCADORIAS ↳ 6121 - R\$,00

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sociodemografia, etiologia e desfechos de pacientes internados em um centro de referência para atendimento de queimados em Sergipe

Pesquisador: Sonia Oliveira Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76961917.4.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.477.336

Apresentação do Projeto:

A queimadura é um trauma que acomete um grande número de pessoas em todo o mundo, sendo uma injúria que causa muitas sequelas físicas e psicológicas e o seu risco de acometimento está diretamente relacionado as condições de vida dos indivíduos, logo o estilo de vida e a cultura de uma determinada população vai influenciar diretamente no número de casos, logo aprofundar-se sobre esta temática é de suma importância para assegurar medidas de prevenção e da consequente redução dos casos, além de garantir um melhor planejamento e execução de ações para garantir uma assistência qualificada a essas vítimas. O presente estudo tem como principal objetivo descrever a sociodemografia, a etiologia e os desfechos de vítimas de queimaduras dos casos atendidos na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE, identificando as condutas no tratamento das vítimas de queimaduras, listando as sequelas temporárias e definitivas apresentadas por pacientes atendidos nesta unidade de tratamento, ponderando a assistência de enfermagem no processo de reabilitação das vítimas de queimaduras, além de analisar os desfechos clínicos das vítimas que foram objeto desta pesquisa. Será realizado um estudo epidemiológico, prospectivo de caráter exploratório, transversal com abordagem quantitativa de base hospitalar. Tendo como variáveis primárias os dados referentes ao acidente e das lesões provocadas por ele, como: agente etiológico, área(s) atingida(s) pela(s) queimadura(s), classificação da(s) lesão(ões) quanto a profundidade, quanto a extensão da área atingida e quanto a complexidade, além dos tipos de tratamentos empregados e seus desfechos.

Endereço: Campus Fardândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fardândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Como variáveis secundárias, pode-se citar os dados de identificação do paciente, como sexo, moradia, religião, renda, nível de escolaridade. A coleta de dados será realizada a partir das informações contidas no prontuário dos pacientes internados na UTQ, bem como através da entrevista realizada a cada paciente, por meio da aplicação do questionário de critérios diagnósticos e do questionário básico do censo demográfico de 2010 adaptado pela pesquisadora, do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a sociodemografia, a etiologia e os desfechos de vítimas de queimaduras dos casos atendidos na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a sociodemografia das vítimas de queimaduras;
- Reconhecer a etiologia que provoca as queimaduras;
- Identificar as condutas no tratamento das vítimas acometidas por essa injúria;
- Listar as sequelas temporárias e definitivas apresentadas por pacientes atendidos na UTQ;
- Ponderar a assistência de enfermagem no processo de reabilitação das vítimas de queimaduras;
- Analisar os desfechos clínicos das vítimas que foram objeto desta pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área da saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br



responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_997089.pdf	07/12/2017 01:13:54		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostaparecer.pdf	07/12/2017 01:13:18	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOmodificada.pdf	07/12/2017 01:10:52	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Outros	APENDICEAmodificado.pdf	07/12/2017 01:08:11	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODASPESQUISADORASmodificado.pdf	07/12/2017 01:07:16	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAmodificado.pdf	07/12/2017 01:06:49	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODASPESQUISADORAS.pdf	07/12/2017 01:05:57	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Outros	APENDICEAQUESTIONARIODECRITERIOSDIAGNOSTICOS.pdf	07/12/2017 01:05:42	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/12/2017 01:04:54	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Outros	Respostaparecer.docx	06/12/2017 18:41:50	ADRIANA KARLA DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICECTCLEPARAOSRESPONSAVEIS MENORES DE 18 ANOS.pdf	18/09/2017 16:30:46	Sonia Oliveira Lima	Aceito
TCLE / Termos de	APENDICEBCTCLEPARAMAIORES DE 18	18/09/2017	Sonia Oliveira Lima	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.477.336

Assentimento / Justificativa de Ausência	NOS.pdf	16:30:07	Sonia Oliveira Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APEDNDICEDTERMODEASSENTIMEN TODOMENOR.pdf	18/09/2017 16:26:23	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FormularioparaCEPDEFINITIVOABNT.p df	18/09/2017 16:25:17	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/09/2017 16:24:08	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodeInfraestruturaaAutorizacao doHUSE.pdf	18/09/2017 16:06:54	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodeInfraEstruturadaUNIT.pdf	18/09/2017 16:06:15	Sonia Oliveira Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodaInstituicaodaUNIT.pdf	18/09/2017 16:05:53	Sonia Oliveira Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 29 de Janeiro de 2018

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Fardolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Fardolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br



Escola Anna Nery

Home

Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to
Escola Anna Nery

Manuscript ID
EAN-2019-0041

Title
Perfil epidemiológico de pacientes internados em um centro de referência para atendimento de queimados no Estado de Sergipe

Authors
Monteiro, Mariana

Date Submitted
10-Feb-2019

Author Dashboard

ANEXO D - Comprovante de Submissão na Revista Saúde em Debate (B1 – Interdisciplinar)

Saúde em Debate Tarefas 0 Português (Brasil) Ver o Site mfm

saúde
EM DEBATE

Submissões

Submissões

Fila Arquivos Ajuda

Minhas Submissões Designadas

Buscar Nova Submissão

2049	Mariana Mendonça Franco Monteiro, Yasmim Anayr Costa Ferrari, Renata Li... O processo de enfermagem como instrumento de educação aos pacientes quem...	Submissão	1
------	---	-----------	---

1 de 1 submissões

Platform & workflow by
OJS/PKP

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de Avaliação dos Critérios Diagnósticos

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				
Iniciais do Paciente: _____				
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____			Data de Internação: ____ / ____ / ____	
Nº do Prontuário: _____			Data do Trauma: ____ / ____ / ____	
Procedência	Residência	De outra unidade de saúde		
	Local de Trabalho	Outros _____		
Religião	Católica	Umbanda e Candomblé	Espírita	
	Adventista do 7º dia	Evangélica	Outras _____	

2. DADOS DO ACIDENTE				
Local de Ocorrência	Domicílio	Local de trabalho	Via pública	
	Outros _____			
Agente Etiológico	Líquidos aquecidos	Químico	Fogo	
	Eleticidade	Outros _____		
Área(s) Atingida(s)	Face	Axila D	Grande articulação	
	Couro cabeludo	Axila E	MID	
	Pescoço	Tronco - Dorsal	MIE	
	MSD	Tronco - Ventral	Pé D	
	MSE	Períneo	Pé E	
	Mão D	Nádega D	Outro	
	Mão E	Nádega E		

3. CLASSIFICAÇÕES DA QUEIMADURA				
Quanto a Profundidade	1º grau	2º grau	3º grau	
Quanto a Extensão da Área Atingida	0 a 10%	21 a 30%	41 a 50%	
	11 a 20%	31 a 40%	≥50%	
Quanto a Com plexidade	Pequeno Queimado	Médio Queimado	Grande Queimado	

5. TRATAMENTO EMPREGADO				
5.1 CURATIVO				
Periodicidade na troca do curativo	1xdia		Curativo com Sedação	Sim
	2xdia			Não
	SOS		Curativo Especial	Sim
	Outro _____			Não
5.2 TERAPIA TÓPICA				
	Não	Sim	Qual? _____	
5.3 SUBSTITUTOS CUTÂNEOS				
	Aloenxerto cutâneo	Membrana Amniótica	Xenoenxerto cutâneo	
	Outros _____			
5.4 EXCISÃO CIRÚRGICA E ENXERTIA				
	Excisão			
		Local de Doação: _____		

6. DESFECHO				
Tipo de Desfecho	Alta médica		Evasão	Óbito
	Alta a Pedido			

7. SEQUELAS		
Prognóstico das Sequelas	Temporária	Definitiva

8. PROCESSO DE ENFERMAGEM - PE		
O PE é aplicado?	Sim	Não

APÊNDICE B - TCLE para Maiores de 18 Anos

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes – UNIT, por intermédio do (a) aluno (a), _____ devidamente assistido (a) pela sua orientadora Sonia Oliveira Lima, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1 - Título da pesquisa: Sociodemografia, etiologia e desfechos de pacientes internados em um centro de referência para atendimento de queimados em Sergipe.

2 - Objetivos Primários e secundários: Descrever o perfil sociodemográfico de vítimas de queimaduras dos casos atendidos na Unidade de Tratamento de Queimados - UTQ no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE. Identificar as condutas no tratamento das vítimas de queimaduras; Listar as sequelas temporárias e definitivas apresentadas por pacientes atendidos na Unidade de Terapia de Queimados; Ponderar a assistência de enfermagem no processo de reabilitação das vítimas de queimaduras; Analisar os desfechos clínicos das vítimas que foram objeto desta pesquisa.

3 - Descrição de procedimentos: Como instrumento de avaliação, será utilizado o Questionário Básico do Censo Demográfico de 2010 adaptado, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que contém informações sobre os dados gerais do paciente e de identificação da família dos pacientes, tais local de residência, tipo de moradia, renda mensal, sexo, idade, etnia e outras relevantes para esta pesquisa, além da ficha de avaliação dos critérios diagnósticos, que aponta dados relevantes ao trauma sofrido, como data do trauma, data da internação, dias de internação, número do prontuário, procedência, local de ocorrência do acidente, agente causador da lesão, classificações da queimadura, tratamento empregado, prognóstico médico sobre a recuperação e sequelas apresentadas.

4 - Justificativa para a realização da pesquisa: Em Sergipe, os dados estatísticos e epidemiológicos sobre queimadura são escassos para sugerir um desenho apurado da realidade, o conhecimento de suas determinantes, do perfil do público alvo e dos encaminhamentos terapêuticos é de extrema importância para assegurar medidas de prevenção e da consequente redução dos casos, logo este estudo justifica-se pelo o inestimável aporte das análises sobre os casos, seus registros e avaliações técnicas, representará um avanço na direção da apreciação científica fortalecida por estudos e pesquisas que objetem o entendimento das variáveis geradoras do sinistro e das ações terapêuticas adequadas.

5 - Desconfortos e riscos esperados: O presente estudo apresenta risco mínimo ao indivíduo que irá participar da pesquisa, visto que trata-se de uma observação de dados prospectivos que empregam o registro de dados através de procedimentos comuns em exames físicos ou psicológicos do diagnóstico ou tratamento rotineiros, além da coleta de dados em prontuários, podendo o indivíduo apresentar como riscos psicológicos a modificação nas emoções, stress, culpa, perda da auto-estima, o estresse emocional relacionado a experiências com doença e morte e o tipo de relacionamento entre pesquisadores e participantes; Como riscos sociais os participantes podem sentir-se discriminados e sentir estigma como resultado da invasão de privacidade e quebra da confidencialidade ou ainda perceber uma comunicação inapropriada de resultados dos estudos pode gerar situações de conflito ou abalar vínculos para pessoas. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6 - Benefícios esperados: Espera-se que os resultados desta pesquisa preencham a lacuna no que se refere as poucas informações existentes sobre as queimaduras, considerando, dados estatísticos e epidemiológicos, além de levantar a discussão sobre a necessidade de elaboração de programas de tratamento e prevenção para este agravo e os participantes serão orientados quanto a medidas de prevenção de novos eventos.

7 - Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8 - Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9 - Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10 - Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11- Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12- Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13- Dados do pesquisador responsável:

Nome: Sonia Oliveira Lima

Endereço profissional: Rua Monsenhor Silveira, nº 342 - bairro São José - Aracaju - Sergipe

Telefones: (79) 3214-3084 e 3214-0680. fax (79) 3214-2844

E-mail: sonialima.cirurgia@gmail.com

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br

Aracaju, _____ de _____ de 201____.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE C - TCLE para os Responsáveis dos Menores de 18 Anos

Eu, _____, abaixo
assinado, responsável pelo menor

_____,
autorizo a Universidade Tiradentes – UNIT, por intermédio do (a) aluno (a),
_____ devidamente assistido (a)
pela sua orientadora Sonia Oliveira Lima, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

- 1 Título da pesquisa:** Sociodemografia, etiologia e desfechos de pacientes internados em um centro de referência para atendimento de queimados em Sergipe.
- 2 Objetivos Primários e secundários:** Descrever o perfil sociodemográfico de vítimas de queimaduras dos casos atendidos na Unidade de Tratamento de Queimados - UTQ no Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE. Identificar as condutas no tratamento das vítimas de queimaduras; Listar as sequelas temporárias e definitivas apresentadas por pacientes atendidos na Unidade de Terapia de Queimados; Ponderar a assistência de enfermagem no processo de reabilitação das vítimas de queimaduras; Analisar os desfechos clínicos das vítimas que foram objeto desta pesquisa.
- 3 Descrição de procedimentos:** Como instrumento de avaliação, será utilizado o Questionário Básico do Censo Demográfico de 2010 adaptado, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que contém informações sobre os dados gerais do paciente e de identificação da família dos pacientes, tais local de residência, tipo de moradia, renda mensal, sexo, idade, etnia e outras relevantes para esta pesquisa, além da ficha de avaliação dos critérios diagnósticos, que aponta dados relevantes ao trauma sofrido, como data do trauma, data da internação, dias de internação, número do prontuário, procedência, local de ocorrência do acidente, agente causador da lesão, classificações da queimadura, tratamento empregado, prognóstico médico sobre a recuperação e sequelas apresentadas.
- 4 Justificativa para a realização da pesquisa:** Em Sergipe, os dados estatísticos e epidemiológicos sobre queimadura são escassos para sugerir um desenho apurado da realidade, o conhecimento de suas determinantes, do perfil do público alvo e dos encaminhamentos terapêuticos é de extrema importância para assegurar medidas de prevenção e da consequente redução dos casos, logo este estudo justifica-se pelo o inestimável aporte das análises sobre os casos, seus registros e avaliações técnicas, representará um avanço na direção da apreciação científica fortalecida por estudos e

pesquisas que objetem o entendimento das variáveis geradoras do sinistro e das ações terapêuticas adequadas.

- 5 Desconfortos e riscos esperados:** O presente estudo apresenta risco mínimo ao indivíduo que irá participar da pesquisa, visto que trata-se de uma observação de dados prospectivos que empregam o registro de dados através de procedimentos comuns em exames físicos ou psicológicos do diagnóstico ou tratamento rotineiros, além da coleta de dados em prontuários, podendo o indivíduo apresentar como riscos psicológicos a modificação nas emoções, stress, culpa, perda da auto-estima, o estresse emocional relacionado a experiências com doença e morte e o tipo de relacionamento entre pesquisadores e participantes; Como riscos sociais os participantes podem sentir-se discriminados e sentir estigma como resultado da invasão de privacidade e quebra da confidencialidade ou ainda perceber uma comunicação inapropriada de resultados dos estudos pode gerar situações de conflito ou abalar vínculos para pessoas. Foi devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.
- 6 Benefícios esperados:** Espera-se que os resultados desta pesquisa preencham a lacuna no que se refere as poucas informações existentes sobre as queimaduras, considerando, dados estatísticos e epidemiológicos, além de levantar a discussão sobre a necessidade de elaboração de programas de tratamento e prevenção para este agravo e os participantes serão orientados quanto a medidas de prevenção de novos eventos.
- 7 Informações:** Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.
- 8 Retirada do consentimento:** O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.
- 9 Aspecto Legal:** Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.
- 10 Confiabilidade:** Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e

sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11 Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12 Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13 Dados do pesquisador responsável:

Nome: Sonia Oliveira Lima

Endereço profissional: Rua Monsenhor Silveira, nº 342 - bairro São José - Aracaju - Sergipe

Telefones: (79) 3214-3084 e 3214-0680. fax (79) 3214-2844

E-mail: sonialima.cirurgia@gmail.com

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br

Aracaju, _____ de _____ de 201____.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE D - Termo de Assentimento do Menor

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Sociodemografia, etilogia e desfechos de pacientes internados em um centro de referência para atendimento de queimados em Sergipe**. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber sobre questões demográficas, ou seja, características da sociedade ou um grupo específico, definido por critérios como a educação, a nacionalidade, religião e grupo étnico, bem como os problemas sociais de um município, cidade, distrito, estado, país ou continente dos pacientes que sofreram queimaduras e que encontram-se internados na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Bem como queremos identificar os tipos de tratamento das vítimas de queimaduras; listar os efeitos temporários e definitivos causadas pelas queimaduras e avaliar o que aconteceu com o paciente ao deixar a UTQ.

As crianças e adolescentes que irão participar dessa pesquisa têm de 0 (zero) a 17 (dezesete) anos incompletos. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Unidade de Terapia de Queimados Do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE), onde as crianças e os adolescentes vão responder dois questionários, um sobre as questões sociodemográficas (termo explicado acima) e outro sobre como e onde ocorreu o acidente, bem como o que causou. O uso dos questionários é considerado seguro, mas é possível ocorrer estresse emocional, sentimento de culpa, perda da auto-estima. **Caso** aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone (____) _____ do (a) pesquisador (a) _____. Mas há coisas boas que podem acontecer como o levantamento e divulgação para ajudar novas pesquisas que possam ajudar no atendimento e tratamento das vítimas de queimaduras e os participantes serão orientados quanto a medidas de prevenção de novos acidentes.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa, quando terminarmos a pesquisa **em fevereiro de 2019**.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou a pesquisador(a) _____ Eu escrevi o telefone na parte de cima desse texto.

Eu _____

aceito participar da pesquisa **Sociodemografia, etiologia e desfechos de pacientes internados em um centro de referência para atendimento de queimados em Sergipe**, que tem como objetivos: características da sociedade ou um grupo específico, definido por critérios como a educação, a nacionalidade, religião e grupo étnico, bem como os problemas sociais de um município, cidade, distrito, estado, país ou continente dos pacientes que sofreram queimaduras e que encontram-se internados na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Bem como queremos identificar os tipos de tratamento das vítimas de queimaduras; listar os efeitos temporários e definitivos causadas pelas queimaduras, avaliar a assistência de enfermagem no processo de melhora das vítimas de queimaduras e avaliar o que aconteceu com o paciente ao deixar a UTQ.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Aracaju, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do(a) menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)