



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

FLÁVIA MENDONÇA DA SILVA OUSSAKI

**ANÁLISE DOS INTERNAMENTOS EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA AO QUEIMADO NO NORTE DO
PARANÁ NO ANO DE 2012**

Maringá
2014

FLÁVIA MENDONÇA DA SILVA OUSSAKI

**ANÁLISE DOS INTERNAMENTOS EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA AO QUEIMADO NO NORTE DO
PARANÁ NO ANO DE 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas: Mestrado Profissional, do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dr^a Lilian Denise Mai

Maringá
2014

FLÁVIA MENDONÇA DA SILVA OUSSAKI

**ANÁLISE DOS INTERNAMENTOS EM UM CENTRO DE
REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA AO QUEIMADO NO NORTE DO
PARANÁ, ANO DE 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas: Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dra. Lilian Denise Mai (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Prof. Dra. Rozilda das Neves Alves
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Aprovada em: _____

Local de defesa: _____

DEDICATÓRIA

A Deus,
Por ter aberto as portas e mostrado o caminho,
Por me sustentar nos momentos mais difíceis,
Por proporcionar momentos que jamais imaginei conquistar,

A Nossa Senhora Aparecida,
Por sempre me conceder sabedoria nas escolhas,
Coragem para acreditar, força para não desistir e
Proteção para me amparar.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por sempre acreditarem na minha capacidade e pelo incentivo nas horas difíceis.

Ao meu amado esposo Cleger, por estar sempre ao meu lado, me incentivando a percorrer este caminho, pela paciência e sabedoria.

Aos meus filhos Yuri Henrique e Anna Luiza que apesar de tão jovens, tiveram comigo imensa paciência e souberam compreender meus muitos momentos de ausência e impaciência.

Aos meus queridos pais pela ajuda, carinho e apoio que sempre me concederam e me impulsionaram a lutar pelo que acredito.

Aos meus queridos sogros por todo o incentivo, carinho e apoio nesta caminhada.

A minha irmã e sobrinho que também compartilharam da minha luta e sempre estavam a disposição para me socorrer.

Aos meus cunhados pela atenção e ajuda em determinados momentos desta caminhada.

A todos os meus companheiros de mestrado, em especial a Sueli, que hoje para mim são grandes amigos com os quais muito aprendi.

A minha orientadora Prof. Dr^a Lilian Denise Mai, por me encorajar, direcionar e compartilhar comigo sua vasta experiência.

A Enfermeira Elza Anami – Chefe de Divisão do Centro de Tratamento de Queimados, pela compreensão, incentivo e ajuda com as escalas de plantões, por compartilhar sua experiência as quais foram muito importantes para esse trabalho.

As Enfermeiras Elizangela Flauzino Zampar, Elisana Agatha Iakimiu Camargo Cabulon, Fernanda Yoshitami de Lima, Marcia Bernadete Camuci, Margarete Andrade, Neuma Barros Nascimento Vieira e Silvana Kelie Souza de Almeida Barros que se revezaram no acúmulo de funções durante as minhas ausências para que pudesse concluir este trabalho.

A amiga Maria Nazaré Albuquerque pelo ombro amigo, ouvindo minhas aflições e angustias durante todo o curso.

A todos os colaboradores do CTQ pelo estímulo, incentivo e colaboração.

A Diretoria Superintendente do Hospital Universitário regional do Norte do Paraná, por abrir as portas da Instituição para essa pesquisa.

A Diretoria de Enfermagem, pela confiança e por proporcionar condições para participação deste curso.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram em algum momento para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

OUSSAKI, Flávia M. da S. **Análise dos Internamentos em um Centro de Referência de Assistência ao Queimado no Norte do Paraná no ano de 2012.** 75 páginas. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional) – Universidade Estadual de Maringá – UEM - Maringá/ Paraná. 2014.

RESUMO

A queimadura gera graves sequelas funcionais, psíquicas e estéticas. A atenção especializada de alta complexidade ao indivíduo queimado foi incentivada pela Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro de 2000, bem como a criação de Centros de Tratamentos de Queimados (CTQ). O objetivo desse estudo foi analisar os internamentos ocorridos no CTQ do norte do Paraná, em 2012, identificando o perfil dos sujeitos vítimas de queimaduras, a caracterização das queimaduras, demandas assistenciais e a inserção locorregional do serviço. Pesquisa quantitativa, transversal e descritiva, utilizou como fontes 310 prontuários clínicos, investigados de janeiro a março de 2013, após aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva, com as variáveis organizadas em planilha eletrônica Excel versão 2010 e ilustradas em figuras e tabelas. Os resultados evidenciaram que o serviço absorveu demandas de 82% (18) das 22 Regionais de Saúde do Estado, com uma demora de entrada no serviço igual ou maior há três dias após o acidente em 43% (112) dos casos. Houve predomínio em 65% (202) do sexo masculino e 55% (170) de adultos, prevalecendo os acidentes domésticos com o álcool e o escaldado com líquido superaquecido como principais causas. Quanto à morbidade e mortalidade, 47% (146) dos pacientes tiveram queimaduras de 2º grau e 53% (164) de 3º grau; ocorreram 34 óbitos, sendo 53% (18) em homens e 47% (16) em mulheres. A média de internação foi de 13 dias e de ocupação de leitos no serviço de 78,3%. O tratamento foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional, com ações incluindo terapia medicamentosa, curativos, cirurgias e uso de dispositivos invasivos. Desde a admissão inicia-se o processo de reabilitação que segue com acompanhamento ambulatorial por anos, sendo que 14% (45) dos pacientes realizaram cirurgias reparadoras em retorno ambulatorial. Discutiu-se que lesões por queimaduras representam um grave problema de saúde e um desafio para as políticas públicas e o sistema de saúde. O tratamento especializado representa um alto custo, mas vários avanços e a disponibilidade de tecnologias de cuidado e qualificação dos atendimentos têm aumentado a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes, favorecendo o prognóstico e a redução de danos. Destacam-se algumas fragilidades como retardo na construção de todos os CTQs previstos em 2000: lentidão na disponibilidade de tecnologias específica de cuidado; melhor qualificação dos serviços de saúde no atendimento inicial e em nível ambulatorial às vítimas nos locais de origem; maior rapidez e segurança nos sistemas de logística como transporte e suporte terapêutico. Quanto ao serviço analisado, trata-se de um local de excelência no atendimento ao queimado, com alguns aspectos a aprimorar. Conclui-se que uma prioridade no tratamento do paciente queimado refere-se à rapidez, qualidade e continuidade do atendimento, o que justifica a implantação dos CTQs e a organização de serviços em uma rede macrorregional de atenção em saúde. Estudos epidemiológicos, identificando grupos, locais e fatores de risco, podem ainda subsidiar campanhas preventivas, reduzindo o número de queimaduras ou de internações, alterando o seu perfil ligado à gravidade das lesões.

Palavras-chave: Queimaduras. Políticas públicas de saúde. Hospitalização. Tratamento avançado. Equipe interdisciplinar de saúde.

OUSSAKI, Flavia M. from S. **Analysis of admissions in a Reference Center Assistance Burned in Northern Parana 2012.** 75 pages. Master (Graduate Program in Public Policy - Master Professional) - Universidade Estadual de Maringá – UEM Maringá / Paraná. 2014.

ABSTRACT

The burn produces severe functional, aesthetic and psychological sequelae. The specialized care to highly complex individual burned was encouraged by GM / MS No. 1273, of November 21, 2000, as well the creation of Burn Treatments Centers (CTQ). The aim of this study was to analyze the CTQ admissions occurred in the north of Paraná in 2012, identifying the personal characteristics of burn victims, the characterization of burns, care demands and loco regional insertion service. Quantitative, cross-sectional descriptive study involving 310 clinical records as sources, investigated from January to March 2013, after approval by the Ethics and Research Committee. Data were analyzed using descriptive statistics, with variables organized in a spreadsheet Excel version 2010 and illustrated in image and tables. The results showed that the service demands of absorbed 82% (18) of the 22 health districts in the state with a delay of entry into service equal to or greater than three days after the accident in 43% (112) of cases. Predominated in 65% (202) were male and 55% (170) of adults, with the prevailing domestic alcohol and scald with superheated liquid as major cause of accidents. As for morbidity and mortality, 47% (146) of the patients had 2nd degree burns and 53% (164) of 3rd degree; there were 34 deaths, 53% (18) in men and 47% (16) in women. The mean hospital stay was 13 days and bed occupancy of 78.3% in service. Treatment was developed by a multidisciplinary team, including actions as drug therapy, dressings, surgery and use of invasive devices. Since admission begins the rehabilitation process that follows with outpatient care for years, and 14% (45) of the patients perform reconstructive surgeries in outpatient. It has been argued that burn injuries represent a serious health problem and a challenge for public policy and the health care system. The specialized treatment is a high cost, but several advances and the availability of care technologies and qualification of care have improved the survival and quality of life of patients, favoring the prognosis and harm reduction. Emphasize some weaknesses as a delay in the construction of all CTQs planned in 2000; delays in the availability of specific technologies of care; better qualification of health services in the initial care and outpatient victims in places of origin; greater speed and safety in logistics such as transportation systems and therapeutic support. Regarding the analyzed service, it is a place of excellence in service to the burnt, with some aspects to improve. It is concluded that a priority in the treatment of burned patients refers to the speed, quality and continuity of care, which justifies the deployment of CTQs and organizing services on a macro-regional network of health care. Epidemiological studies, identifying groups and local risk factors may still subsidize preventive campaigns, reducing the number of burn admissions or by changing your profile linked to the severity of injuries.

Keywords: Burns. public health policies. Hospitalization. advanced treatment. interdisciplinary health care team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Distribuição dos internamentos no Centro de Tratamento de Queimados de acordo com a Regional de Saúde de origem. Londrina - 2012	30
Figura 2: Distribuição do tempo em dias decorrido do acidente até a internação no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina - 2012.....	33
Figura 3: Caracterização dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados segundo sexo e natureza do acidente de queimadura. Londrina – 2012.....	36
Figura 4: Caracterização dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados segundo faixa etária e profundidade das lesões oriundas de queimadura. Londrina – 2012....	41
Figura 5: Distribuição dos casos de queimadura em face segundo faixa etária dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina – 2012.....	42
Figura 6: Distribuição dos casos de óbito decorrentes de queimadura associados à natureza do acidente e sexo dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina – 2012	43
Figura 7: Distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina – 2012	47
Figura 8: Distribuição das altas hospitalares de acordo com o sexo dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina – 2012.	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantitativo de Centros de Tratamento de Queimados por Estado da Federação segundo a Portaria GM/SAS nº 1273/2000	20
Tabela 2: Caracterização dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados segundo sexo e faixa etária. Londrina – 2012	35
Tabela 3: Caracterização das queimaduras segundo natureza do acidente e agente causal. Londrina – 2012.	36
Tabela 4: Caracterização dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados segundo agente causal da queimadura, sexo e faixa etária. Londrina – 2012	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACQ	Área Corporal Queimada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
DF	Distrito Federal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GL	Gay Lussac
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HURNP	Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe
HU-UEL	Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
INPM	Porcentagem de álcool em peso ou grau alcoólico
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MMSS	Membros Superiores
MMII	Membros Inferiores
MS	Ministério da Saúde
NPQ	Núcleo de Proteção aos Queimados
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PS	Pronto Socorro

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS	Secretaria de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SBQ	Sociedade Brasileira de Queimaduras
SCQ	Superfície Corporal Queimada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UEL	Universidade estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 MATERIAIS E MÉTODOS	25
3.1 LOCAL DE ESTUDO.....	25
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	26
3.3 A COLETA DE DADOS	27
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	28
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1 ORIGEM DOS PACIENTES	30
4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES E DAS QUEIMADURAS	34
4.3 MORBIDADE E MORTALIDADE RELACIONADAS À QUEIMADURA.....	40
4.4 O TRATAMENTO HOSPITALAR.....	44
4.5 O TRATAMENTO AMBULATORIAL E A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
6 REFERÊNCIAS	57
ANEXOS	66
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	67
ANEXO B – Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	70
ANEXO C – Termo de Confidencialidade e Sigilo	71

ANEXO D – Tabela de Lund Browder para determinação da superfície corpórea queimada, de acordo com a idade	73
APÊNDICES	74
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	75

APRESENTAÇÃO

As queimaduras são consideradas um grave problema mundial de saúde pública, em função principalmente de suas sequelas permanentes, sejam elas de caráter físico ou psicológico. A epidemiologia desse trauma varia em diferentes partes do mundo, assim como nas diversas regiões do Brasil (ASUQUO et al., 2008). Diferenças socioculturais e ambientais na origem das queimaduras ou um desempenho mais efetivo e com maior qualidade dos serviços públicos nas diferentes áreas do conhecimento contribuem para tais variações.

Percebe-se um esforço no sentido de identificar fatores de risco e as condições que propiciam os eventos de queimadura em estudos desenvolvidos em todas as regiões do Brasil, assim como em outros países. Estudos têm destacado em comum o álcool líquido enquanto importante agente etiológico gerador de muitas queimaduras (GIMENES et al., 2009; LACERDA et al., 2010). No entanto, Gimenes et al., (2009) alerta para uma carência importante de estudos epidemiológicos acerca dos acidentes com queimaduras em nosso país, agravada pela falta de registro e subnotificação de sua ocorrência.

O presente trabalho de pesquisa versou sobre os atendimentos a indivíduos queimados em um Centro de Referência em Assistência a Queimados no norte do Estado do Paraná, somando-se aos estudos sobre perfil epidemiológico das queimaduras em uma determinada região brasileira. Esses serviços também são denominados de Centros de Tratamento de Queimados (CTQ), doravante assim referenciados ao longo do presente texto.

Como enfermeira integrante da equipe multiprofissional do CTQ do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), tenho atuado diretamente no processo de tratamento, internação e reabilitação dos usuários vítimas de queimaduras. Ao longo dos anos, surgiram indagações sobre o tema que motivaram essa pesquisa de forma a compreender a importância do tratamento especializado a essa clientela. Assim, o impulso inicial para o desenvolvimento da pesquisa surgiu desses questionamentos sobre as fragilidades e potencialidades do CTQ e sua importância social. Considero necessária, importante e atual a discussão sobre esse tema, uma vez que traz em si o potencial de contribuir com as políticas públicas na elaboração de programas de tratamento mais eficazes, tanto em serviços especializados quanto em hospitais gerais, bem como de fortalecer campanhas de prevenção de combate a esse importante trauma.

A dissertação foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, a introdução, faz a problematização e fundamentação do tema. No segundo capítulo, são apresentados os objetivos. O terceiro trata dos aspectos metodológicos com a definição do local e população de estudo, bem como os procedimentos para a coleta e análise dos dados. O quarto capítulo, que traz a sistematização dos resultados e discussão, apresenta-se subdividido em cinco tópicos, desenvolvidos a partir das variáveis investigadas, a saber: origem dos pacientes, perfil epidemiológico dos pacientes e das queimaduras, morbidade e mortalidade relacionadas à queimadura, o tratamento hospitalar, e, o tratamento ambulatorial e a rede de atenção em saúde. Tais tópicos respondem aos objetivos específicos quanto à caracterização do perfil dos sujeitos vítimas de queimaduras e das queimaduras que motivaram internamento no serviço, bem como a compreensão das demandas assistenciais oriundas desses internamentos e a inserção locorregional do CTQ no norte do Paraná. Por fim, no capítulo quinto, as considerações finais sintetizam os principais achados e as contribuições do estudo.

1 INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, por meio da cartilha “Queimaduras: Diagnóstico e Tratamento Inicial” pertencente ao Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, define as queimaduras como sendo:

lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, eletricidade, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção (PICCOLO et al., 2008, p.3)

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro de 2000, tais lesões seguem uma classificação de grau de extensão e gravidade da queimadura, destacando-se: 1) pequeno queimado: paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida; 2) médio queimado: paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com área corporal atingida entre 10% e 25%; com queimaduras de 3º grau com até 10% de área corporal atingida; ou, ainda, pacientes com queimaduras de mão e/ou pé; 3) grande queimado: paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com área corporal atingida maior que 26%; queimaduras de 3º grau em mais de 10% da área corporal; ou, ainda, pacientes com queimadura de períneo.

Considera-se também como grande queimado o paciente que for vítima de queimadura de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, poli trauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbios de hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental e doenças consuptivas que geram uma severa perda de peso (SERRA et al., 2006).

Essa determinação de pequeno, médio ou grande queimado está de acordo com o grau das lesões. Para classificar a profundidade da lesão e determinar se ela é de 1º, 2º ou 3º grau, leva-se em consideração os sinais na pele a partir da seguinte especificação: 1) primeiro grau: quando as lesões ocorrem apenas na epiderme e o sinal característico é o eritema; 2) segundo grau: quando além da epiderme, as lesões alcançam parte da derme, com eritema e presença de bolhas; 3) terceiro grau: quando as lesões atingem a epiderme e a derme e mostram-se com coloração branca nacarada.

Mas, mais do que uma caracterização técnica, a queimadura é considerada uma ruptura biográfica na saúde do indivíduo, quando este passa a perceber em seu corpo a sua identidade social afetada (BOTELHO, 2012). Queimaduras são traumas graves, que ocasionam em seus sobreviventes sequelas funcionais, psíquicas e estéticas, como também limitação dos movimentos que geram incapacidades para as atividades cotidianas. Ainda, tem o potencial de desencadear estigmas e rejeições devido às desfigurações, sendo responsáveis por significativa morbidade e elevada mortalidade no mundo todo, mesmo frente aos avanços de tratamento disponíveis (MACHADO et al., 2009). E, se há tratamento e várias tecnologias de cuidado já desenvolvidas, pode-se questionar em que medida a falta de acesso rápido e eficaz a esses recursos não representaria uma falha significativa do sistema de saúde para evitar ou minimizar tais danos.

A ocorrência da reepitelização da área atingida, as cicatrizes, as contraturas e a distorção de toda a imagem culminam, com frequência, na morte social da vítima de queimadura. Sequelas podem provocar um impacto social relevante no retorno à produtividade ou o indivíduo pode apresentar baixa ou nenhuma propensão à interação social não familiar e, mais grave, a interfamiliar, tendendo a afastar-se por completo do convívio social.

Além das sequelas, também as causas de queimaduras passaram a ser objeto de estudo em diversas áreas, como a psicologia e as ciências sociais, representando importantes e graves eventos sociais (PARK et al., 2009). Casos envolvendo acidentes por tentativas de suicídio, torturas, tentativas de homicídio, negligências, maus tratos, abuso infantil ou de autoridade, entre outros, deixaram de ser fatos isolados na mídia televisiva e escrita, aumentando a incidência de queimaduras e evidenciando ainda mais as falhas no modelo de atenção à saúde. Além das causas ligadas à violência, os acidentes ainda são as principais explicações para a ocorrência de queimadura. Todo esse quadro é explicitado no site do Núcleo de Proteção aos Queimados (NÚCLEO DE PROTEÇÃO AOS QUEIMADOS, 2007):

Além de indescritíveis dores e desconfortos, as queimaduras representam um dos acidentes domésticos mais comuns, geram sofrimento e ansiedade intensa, estando em geral envolvidas pela ignorância específica sobre o tema - de condutas de primeiros socorros à possibilidade de tratamento.

No Brasil, conforme a Sociedade Brasileira de Queimaduras, em 2005 estimou-se que tenham ocorrido em torno de um milhão de acidentes dessa natureza, sendo que 200 mil foram atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandaram hospitalização (VALE,

2005). De acordo com *World Health Organization* (WHO, 2012), estima-se que em todo o mundo as queimaduras sejam responsáveis por 195.000 mortes a cada ano, das quais a maioria ocorre nos países de baixa e média renda. As taxas de mortalidade variam de 11,6/100 mil, média dos países do Sudeste da Ásia, até 1,0/100 mil, média dos países desenvolvidos (WHO, 2008).

De modo geral, tem-se observado uma queda dos índices mundiais de mortalidade por queimaduras. Entre 1982 e 2002, a taxa de mortalidade na Austrália passou de 1,5 para 0,7/100.000 habitantes, queda também observada no Canadá, França, México, Panamá, Tailândia, Reino Unido e Venezuela (WHO, 2010).

Os dados preliminares disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2008a) referentes ao ano de 2009, mostraram que o número de vítimas fatais por essa causa foi 2.175, representando 1,6% do total de mortes decorrentes de causas externas (BRASIL, 2008). Já em relação às vítimas não fatais, a tabulação dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008b) para o ano de 2009 mostrou que 80.607 pessoas foram internadas no sistema público de saúde brasileiro por lesões decorrentes de queimaduras nesse ano (BRASIL, 2008).

Nos últimos cinco anos as internações devido às queimaduras cresceram 79,5%, principalmente entre os anos de 2008 e 2009, com um acréscimo de 60.025 para 80.607 casos anuais registrados no DATASUS. O Paraná também apresentou uma linha crescente de internações no mesmo período, quando ocorreram 1.193 internações em 2008 e 2.226 no ano de 2009. Nos anos seguintes, houve uma queda nesses números, sendo que em 2012 ocorreram 1.863 internações por queimaduras advindas de exposição à fumaça, ao fogo e às chamas e contato com fonte de calor e substâncias quentes (BRASIL, 2012).

Como uma forma de enfrentamento à problemática, a primeira política pública de atenção ao queimado surgiu em novembro de 2000, quando o Ministério da Saúde (MS) editou a Portaria n^o 1.273, criando mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados, surgindo o cadastro de CTQs em todo o Brasil. Políticas públicas configuram-se um conjunto de ações, metas e planos dos quais os governos fazem uso para alcançar o bem-estar social e o interesse público, podendo ser definidas como sendo:

[...] o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras

palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. Ao responder, o Estado empresta ao problema maior ou menor importância, define seu caráter (social, de saúde, policial etc.), lança mão de instrumentos para seu equacionamento, define responsabilidades (ministérios, Congresso, Judiciário etc.) e adota, ou não, planos de trabalho ou programas (TEIXEIRA, 1997, p.43).

As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais (TEIXEIRA, 2002). Elas correspondem à prática dos direitos assegurados constitucionalmente e se desenvolvem a partir de uma totalidade de ações, programas e atividades formuladas por iniciativa dos poderes executivo ou legislativo, em conjunto ou não, a partir das demandas e propostas da sociedade, que deveria participar diretamente na formulação, acompanhamento e avaliação das mesmas. No caso das políticas públicas na área da saúde, a sociedade civil participa por meio dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, sendo que a Lei Complementar nº 131 (Lei da Transparência), de 27 de maio de 2009, garante a participação popular na elaboração e discussão de planos e leis.

Com base na Constituição Brasileira de 1988, o artigo 196 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de adoecer e de outros agravos. O caminho para alcançar tal resultado pauta-se nos fundamentos básicos do SUS, quais sejam a universalidade, a integridade e a equidade e o acesso ao sistema de todas as camadas da população em todas as situações de necessidade.

O SUS, em sua Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro de 2000 e seus anexos I, II, III, IV organizou 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 assim estabeleceu mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Dessa forma, foi reconhecida a importância do atendimento à queimadura e seu lugar garantido na política pública de saúde, regulamentada e conduzida pela Coordenação Geral da Alta e Média Complexidade (PESCUMA JUNIOR; MENDES; ALMEIDA, 2013).

A Portaria GM nº 1274, de 21 de novembro de 2000, definiu os procedimentos da área de queimados, incluindo procedimentos que antes não eram contemplados na tabela

SIA/SUS, e definiram por CTQ aqueles hospitais/serviços devidamente cadastrados como tal, que, dispondo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, seja capaz de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados (BRASIL, 2000).

Quando definida a implantação dos CTQ, determinou-se um quantitativo máximo de serviços por Estado da Federação, de acordo com o Anexo I da Portaria GM/SAS nº 1273 de novembro de 2000. A tabela 1 apresenta essa distribuição por Estado:

Tabela 1: Quantitativo de Centros de Tratamento de Queimados por Estado da Federação segundo a Portaria GM/SAS nº 1273/2000.

UF(s)	Nº de Centros
São Paulo	14
Minas Gerais	7
Rio de Janeiro, Bahia	5
Rio Grande do Sul, Paraná	4
Pernambuco, Ceará	3
Pará, Santa Catarina, Goiás, Maranhão	2
Piauí, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Sergipe, Tocantins, Paraíba, Espírito Santo, Alagoas, Rio Grande do Norte, Rondônia, Acre, Amapá, Roraima	1
TOTAL	68

Fonte: autora

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimadura, atualmente o Brasil possui em funcionamento quarenta e seis centros para atendimento ao paciente queimado. Porém, levando-se em conta o tamanho territorial, a população do país e os dados epidemiológicos sobre queimaduras, as unidades especializadas para tratamento de queimaduras ainda são escassas e com distribuição irregular entre as regiões brasileiras.

Dessas quarenta e seis unidades, vinte e cinco se concentram na região sudeste. A região sul soma cinco unidades, sendo duas no Rio Grande do Sul, uma especializada em pediatria em Santa Catarina, e duas no Paraná (SOUZA et al., 2009). A região centro-oeste conta com nove unidades para atendimento de vítimas de queimaduras. A região norte com sete Estados não possui nenhuma unidade de tratamento especializado em queimaduras, bem como dois Estados da região nordeste.

Os CTQs tem como prioridade o atendimento aos grandes queimados, seguindo critérios estabelecidos pela Portaria GM/SAS nº 1273. São eles: queimadura de 3º grau em mais de 10% SCQ; queimadura de 2º grau acometendo no adulto acima de 20% da SCQ e na

criança acima de 10% da SCQ; queimaduras em face, mãos e pés; queimadura de face ou de períneo; queimadura circunferencial; queimaduras elétricas ou químicas; queimaduras de vias aéreas; queimaduras em menores de 2 anos; queimaduras com traumas ou doenças sistêmicas associadas; e, ainda, impossibilidade de hidratação oral.

Confirmada a necessidade de sua criação, estes centros devem obedecer a normas de cadastramento de acordo com a legislação. Para ser cadastrado como CTQ – Alta Complexidade, o serviço deverá estar integrado e/ou instalado em Hospital classificado como de tipo I, II ou III no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência (BRASIL, 2000).

Deverá situar-se em área física específica, com atendimento nos níveis de urgência/emergência, ambulatorial e internação hospitalar. Esta área deverá estar inserida ou inter-relacionada com hospital geral ou ser integrante de hospital especializado na assistência a queimados, devendo contar com no mínimo 08 e no máximo 20 leitos. A Portaria prevê quartos com no máximo 02 leitos adultos, com lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro, e enfermarias pediátricas com no máximo 04 leitos, com banheiro e/ou bancada em aço inox para higienização. Será permitido, ainda, um limite de 06 leitos para a Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras, no caso de CTQ – Alta Complexidade (BRASIL, 2000).

Com a implantação dos CTQ, houve avanços significativos no setor, como a abordagem com equipe multiprofissional especializada, a disponibilidade de materiais e equipamentos específicos e adequados e o tratamento individualizado e direcionado de alta qualidade. Tratar queimaduras sempre foi um grande desafio não só pela sua gravidade como também pelas complicações advindas (COUTINHO et al., 2010). Além disso, o tratamento para esse tipo de trauma gera custos altíssimos, tanto para o governo quanto para o paciente (LAPORTE; LEONARDI, 2010).

Os Estados Unidos estimam um custo total para tratamento de seus pacientes vítimas de queimaduras de US\$ 2.000 a US\$ 5.000 (AHUJA; GOSWAMI, 2013). Já a Espanha estima custos diários de US\$ 477 nas internações por esta causa (SANCHEZ et al., 2007). Na Noruega, os custos para a gestão hospitalar em queimaduras, em 2007, ultrapassou 10,5 milhões de euros, na África do Sul são gastos aproximadamente US\$ 26 milhões nos cuidados com incidentes de queimaduras (WHO, 2012).

No Brasil, Arruda (2009) observou que no ano de 2009 o custo diário do tratamento para queimados foi de até R\$ 1.000,00 (hum mil reais) por pessoa. Em 2012, essas

internações chegaram a custar R\$ 3.000,00 ou mais em função do quadro geral do paciente (BRASIL, 2012). O estudo realizado por Pescuma Junior Mendes; Almeida (2013) entre os anos de 2002 e 2010 constatou no Brasil um financiamento total de mais de R\$185 milhões enviados pelo governo federal. O financiamento médio por atendimento variou de R\$ 1,6 mil na região Norte a R\$ 3,2 mil na região Sudeste devido ao maior número de CTQs. Ainda, os americanos disponibilizam, em média, um leito especializado para o tratamento de queimaduras para cada 140.000 habitantes, enquanto que no Brasil há em média um leito especializado para cada 327.167 habitantes, de acordo com informações do MS.

No entanto, o impacto econômico da queimadura não se limita ao tratamento, mas inclui muitos outros aspectos, como dias de absenteísmo no trabalho, custos com a reabilitação, incapacidades diversas e danos emocionais (WHO, 2004). Muitos deles decorrem das morbidades pós-queimadura e que por vezes prolongam o tempo de recuperação e acompanhamento desses indivíduos.

Diante de tais dados, de uma incidência ainda alta de casos, apesar da diminuição gradativa da mortalidade, e da busca por uma melhor assistência aos pacientes queimados, destaca-se a necessidade de criação de novos centros, especialmente os vinte e dois previstos em 2000 e ainda não implantados.

Do total de sessenta e oito CTQs citados no Anexo I da Portaria GM/SAS nº 1273, de novembro de 2000, o Estado do Paraná comportaria quatro serviços, tendo instalados até o momento duas unidades. Uma na macrorregião leste, em Curitiba, e outra na macrorregião norte, em Londrina, ficando as macrorregionais noroeste e oeste ainda desprovidas desse tipo de serviço.

Em função da carência desses serviços no Estado e considerando a vivência cotidiana como enfermeira no CTQ de Londrina, percebeu-se o aumento da demanda e a dificuldade em restringir o tratamento exclusivamente à macrorregião a qual o centro pertence. Em decorrência, podem-se limitar sobremaneira os benefícios e o alcance social dessa política pública de assistência ao queimado, o que motivou o interesse em desenvolver a presente pesquisa, orientada pela questão: qual a abrangência do CTQ do norte do Paraná e a caracterização dos atendimentos na atenção aos usuários vítimas de queimaduras?

Parte-se do pressuposto de que a identificação de grupos, comportamentos e condições de risco pode contribuir para melhorias da qualidade da atenção em saúde em caso de queimaduras, bem como da efetividade de campanhas de prevenção desse agravo.

Um estudo dessa natureza justifica-se pela possibilidade de produção de dados epidemiológicos sobre o perfil das queimaduras em uma determinada região brasileira e melhor compreensão sobre a temática; e, de contribuição para a organização e avaliação de um serviço especializado de atendimento ao queimado, mediante o levantamento de variáveis epidemiológicas e clínicas ligadas a esse perfil queimaduras (SOUZA et al., 2009; MONTES; BARBOSA; NETO, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os internamentos de indivíduos vítimas de queimaduras ocorridos no CTQ do norte do Paraná, no ano de 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar o perfil dos sujeitos vítimas de queimaduras com necessidade de internação no serviço;
2. Caracterizar as queimaduras que motivaram internamento no período analisado;
3. Identificar demandas assistenciais oriundas do internamento por queimaduras em um CTQ;
4. Compreender a inserção locorregional do CTQ do norte do Paraná.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se como sendo um estudo transversal, retrospectivo, descritivo e de análise quantitativa, com foco nos atendimentos a pacientes vítimas de queimaduras em um serviço de alta complexidade.

3.1 LOCAL DE ESTUDO

O serviço eleito como campo de investigação foi o CTQ de Londrina, por ser um dos serviços especializados instalados no Estado do Paraná e por ser meu atual campo de trabalho como enfermeira. Esse serviço foi implantado em agosto de 2007 para atender a noventa e oito municípios da macrorregional norte do Estado do Paraná, com população estimada em 1.783.826 habitantes (BRASIL, 2003). Sua criação decorreu das dificuldades encontradas quanto à disponibilidade de assistência nos vários níveis de complexidade aos pacientes queimados da cidade e região, com atendimento por equipes multiprofissionais e utilização de técnicas terapêuticas adequadas e específicas.

Inserido na política nacional de atenção ao queimado e após análise e aprovação do projeto de implantação do CTQ em Londrina, foi definido que este seria vinculado ao Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, um hospital de nível terciário e órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Sua missão foi definida como sendo prestar assistência especializada, holística, segura, com preceitos de humanização aos pacientes acometidos por queimaduras com a finalidade de sua total recuperação e reintegração à sociedade. Além da assistência, tem como objetivos ser um centro de referência para ações educativas relacionadas com a prevenção de queimaduras e contribuir para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão nessa área (MANUAL DE NORMAS E ROTINAS, 2010).

Majoritariamente, o CTQ de Londrina é um serviço de referência no Estado do Paraná para pacientes grandes queimados na fase aguda do tratamento, recebendo indivíduos de diversas cidades do Estado. Mas, ele atende também vítimas de pequenas queimaduras encaminhadas das unidades básicas de saúde (UBS) e que demandaram tratamento especializado sem a necessidade de internação, mesmo não sendo essa a prioridade de

atendimento do serviço. O tratamento ambulatorial prevê a utilização de recursos específicos, como curativos especializados, os quais são disponibilizados também aos pacientes internados. Além disso, pacientes com acompanhamento ambulatorial podem vir a necessitar de intervenção cirúrgica quando a evolução da lesão não for satisfatória e, desta forma, passam a ser internados no CTQ.

No ano de 2012, foram realizadas 1.233 consultas ambulatoriais, sendo 211 atendimentos de casos novos e 1.022 retornos de pacientes que haviam sido internados. Quanto aos internamentos, estes somaram 312 pacientes. Desde a criação do serviço, em 2007, ele vem mantendo uma regularidade de atendimentos anuais, com uma média de 330 internações por ano.

Ocupando uma área de 844 m², sua estrutura física é de acesso restrito e conta com os seguintes setores: ambulatório, pronto-atendimento, centro cirúrgico com duas salas operatórias, unidade de internação comportando duas enfermarias com dois leitos adultos e duas com três leitos pediátricos, somando dez leitos para os internamentos que são utilizados de acordo com a demanda, unidades de terapia intensiva (UTI) adulta e pediátrica com seis leitos, dois postos de enfermagem, sala de estudos, brinquedoteca, vestiário masculino e feminino, refeitório e almoxarifado.

A equipe multiprofissional era composta, em 2012, por sete cirurgiões plásticos, sete médicos intensivistas, seis anestesistas, nove enfermeiras, quatro fisioterapeutas, dois pediatras, dois infectologistas, um psicólogo, uma assistente social, uma nutricionista e cinquenta e seis técnicos e auxiliares de enfermagem, além da equipe de apoio de dez servidores. Totalizaram cento e seis trabalhadores, sendo o CTQ gerenciado por uma chefia de divisão da área médica e uma da área de enfermagem, aos quais competem responsabilidades definidas na Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro de 2000.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Por ser um estudo retrospectivo, a fonte de dados foram os prontuários clínicos dos indivíduos internados no CTQ do HURNP, no ano de 2012. Apesar de terem ocorrido 312 internamentos, a população de estudo foi constituída por 310 prontuários, havendo a exclusão de dois prontuários referentes a indivíduos internados cujo diagnóstico foi Síndrome de Stevens-Johnson. Doença que acomete pele e mucosas com formação de erupções cutâneas

generalizadas, desencadeada por uma reação alérgica do organismo a um medicamento ou uma infecção, não tendo, portanto, a queimadura como causa da internação (FALCÃO et al., 2008).

Assim, a população de estudo foi constituída por 99,35% do total dos prontuários de sujeitos internados no ano de 2012. O prontuário é um importante instrumento de trabalho para o registro sistemático das ações e cuidados desenvolvidos, de forma a identificar o que foi realizado, quando foi e qual profissional o fez. Esses registros em prontuário representam um indicador de qualidade da atenção ofertada, uma ferramenta para avaliar a necessidade de educação permanente no serviço e constituem um instrumento para respaldo ético e legal aos profissionais responsáveis pelo cuidado, assim como ao próprio paciente.

O Conselho Federal de Enfermagem tem dado ênfase ao registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela e a importância da documentação de maneira concisa e organizada nos prontuários, inclusive exigidos pela Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986; COFEN, 2002). O prontuário é definido, pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1638/2002, como sendo o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Nesse documento estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante todo seu acompanhamento no serviço de saúde.

3.3 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita nos meses de janeiro a março de 2013, no Arquivo de Prontuários do Hospital Universitário de Londrina. Diariamente, eram disponibilizados dez prontuários para análise em uma sala própria para pesquisa.

O prontuário ainda é um documento físico na instituição, ou seja, não eletrônico, no qual são feitos os registros dos atendimentos dos pacientes internados no CTQ, composto por prescrição médica e de enfermagem, evoluções diárias na área clínica, de enfermagem e de fisioterapia, além do registro de exames laboratoriais. São também arquivadas as fichas

cirúrgicas, exames de imagens e documentos transfusionais, sendo de fácil acesso durante toda a internação.

A partir da consulta a todos esses impressos e documentos, foram investigadas as seguintes variáveis em cada prontuário: idade, sexo, cidade de origem, ocupação, grau de escolaridade, fonte da queimadura, porcentagem da área corporal queimada, tempo de internação, setores nos quais houve atendimento, atendimentos multiprofissionais (diferentes especialidades e tempo de atendimento), procedimentos cirúrgicos realizados (desbridamentos, enxertos, cirurgia corretiva), demandas assistenciais e/ou encaminhamentos após a alta. Todos esses dados foram organizados seguindo-se um instrumento de coleta de dados elaborado para esse fim (APÊNDICE A).

A falta de anotações claras ou completas, a divergência de informações e ainda a caligrafia de má qualidade foram fatores que dificultaram a coleta em alguns prontuários, sendo necessária também a busca em banco de dados informatizados da unidade de internação. Os dados graus de escolaridade e ocupação não foram sistematizados na coleta, pela ausência gradativa de registro em prontuário.

Com vistas à construção teórica do tema, foi feita pesquisa bibliográfica em livros, teses, dissertações, documentos legais e artigos científicos selecionados nas bases de dados informatizados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Fiocruz e Medline.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, as informações coletadas foram organizadas e armazenadas em planilha eletrônica Excel versão 2010. Os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva, sendo as variáveis organizadas e ilustradas com uso de figuras e tabelas. A discussão dos resultados foi subdividida em cinco tópicos, respondendo aos objetivos propostos, a saber: origem dos pacientes; perfil epidemiológico dos pacientes e das queimaduras; morbidade e mortalidade relacionadas à queimadura; o tratamento hospitalar; e, o tratamento ambulatorial e a rede de atenção em saúde.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá; o qual foi aprovado sob o Parecer nº 292.884 e CAAE nº 11590313.8.0000.0104 (ANEXO A).

Considerando que a pesquisa teve como fontes os prontuários dos pacientes atendidos no serviço, não sendo estes abordados pessoalmente, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) e, por se tratar de fonte documental, foi assinado pela pesquisadora o Termo de Confidencialidade e Sigilo (ANEXO C) das informações obtidas durante consulta aos prontuários.

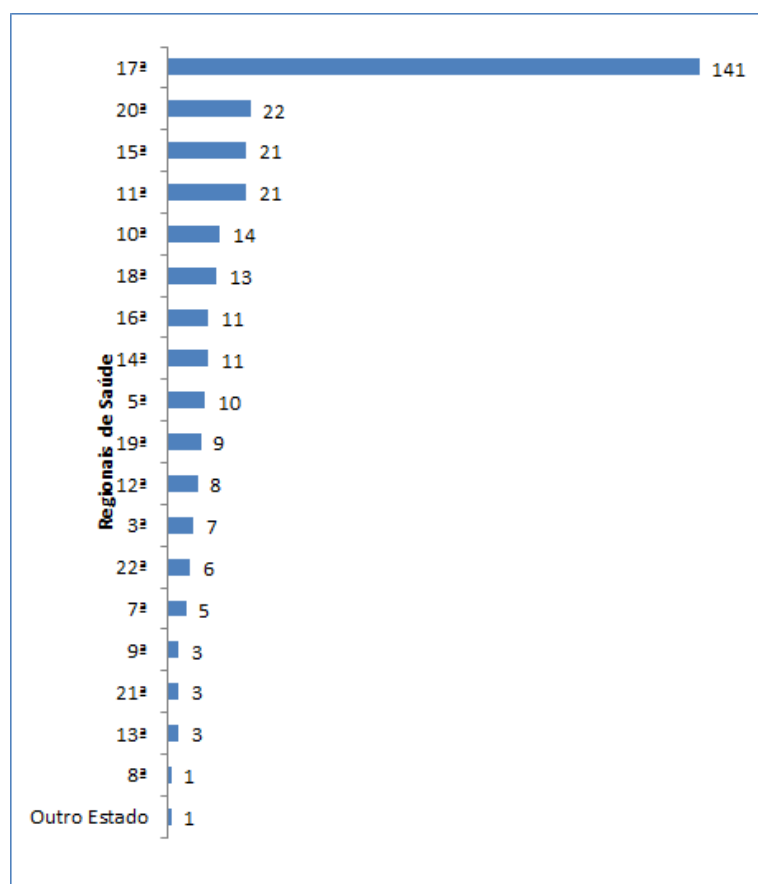
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo apresenta os dados e características dos internamentos no CTQ de Londrina, a partir da investigação nos 310 prontuários, no ano de 2012.

4.1 ORIGEM DOS PACIENTES

Quanto à origem dos pacientes, é possível observar na Figura 1 a grande demanda de encaminhamentos das mais diversas Regionais de Saúde (RS) do Estado. O Paraná, com uma população de mais de dez milhões de habitantes, conta com apenas dois CTQs, um localizado em Curitiba e o de Londrina, no interior do Estado.

Figura 1: Distribuição dos internamentos no Centro de Tratamento de Queimados de acordo com a Regional de Saúde de origem. Londrina - 2012.



Fonte: autora

Apesar de um plano diretor para implantação de quatro CTQ no Estado e de que o CTQ de Londrina foi implantado para atender a macrorregião norte do Estado do Paraná, observa-se o aumento da demanda e a dificuldade em restringir o tratamento exclusivamente a essa região, devido a ausência das outras duas unidades. Essa carência do serviço especializado e o aumento da demanda implicam, muitas vezes, na falta de vagas para o atendimento desses pacientes.

Isto pode ser observado quando, das 310 internações, o CTQ de Londrina absorveu demandas de 82% (18) das 22 RS existentes no Estado, contrariando o plano diretor e comprometendo a qualidade da assistência de alta complexidade aos grandes queimados que dela necessitam.

Considerando que a população do Paraná é estimada em 10.577.755 habitantes, somente a macrorregião norte envolve aproximadamente 1.877.148 habitantes (BRASIL, 2012), número de abrangência bastante ampliado frente às demandas verificadas.

A maior concentração de encaminhamentos foi da região norte, noroeste e oeste do Estado, sendo a 17ª RS com maior número de pacientes atendidos no serviço, seguido da 20ª, 15ª e 12ª RS.

Pela 17ª RS, que abrange a região de Londrina, as cidades com maior número de pacientes encaminhados, em torno de 141, foram Londrina e Cambé. Já a 20ª RS, encaminhou no ano de 2012, um total de 22 pacientes, sendo que 50% (11) destes são da cidade de Toledo. Embora a 10ª RS esteja em 5º lugar, com 14 encaminhamentos, a cidade de Cascavel destacou-se com 08 pacientes encaminhados.

De modo geral, os pacientes foram admitidos no CTQ pelas seguintes formas: 1) referenciados de outra instituição, pública ou privada, desde que previamente autorizado via central reguladora de leitos; 2) por procura espontânea no pronto socorro da instituição; 3) atendimento no ambulatório para cirurgias reparadoras ou cirurgias agendadas.

A maioria dos pacientes locais, pertencentes à 17ª RS, procuraram de forma espontânea os serviços de pronto socorro (PS) ou via encaminhamento da UBS, para avaliação e conduta diante da queimadura. No caso, os 141 pacientes foram pacientes que necessitaram de internação; porém, algumas vezes, os pacientes necessitam apenas de continuação do tratamento ambulatorial, dependendo do grau da queimadura. Isso indica que os números de vítimas de queimaduras são bem maiores do que o aqui mostrado.

Dentre os pacientes da 17ª RS internados, 11% (15) representavam pacientes com ACQ acima de 25%, 69% (98) dos pacientes foram acometidos por queimaduras de até 10% de ACQ. Com relação ao grau da queimadura, 40% (57), tiveram como diagnóstico, queimaduras de 3º grau.

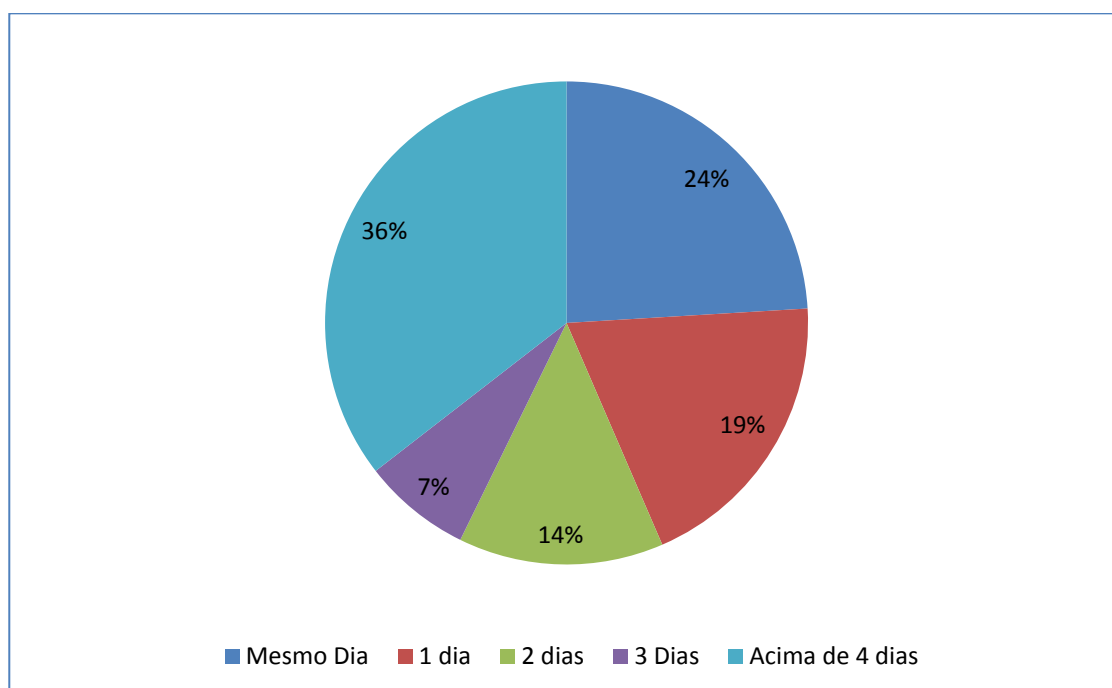
Esse dado evidencia um aspecto relevante, uma vez que nesses atendimentos são acionadas diversas tecnologias de cuidado utilizadas também em casos de queimadura de menor extensão, capazes de minimizar danos não redutíveis por outras abordagens ou quando não há qualquer intervenção, conforme descrito posteriormente sobre o tratamento das queimaduras.

Geralmente, tais tecnologias de cuidado não estão disponíveis nos municípios em que não há um centro especializado e é justamente neles que são atendidos muitos casos de queimaduras, até porque apenas os casos de maior gravidade acabam sendo encaminhados ao CTQ ou serviços de maior complexidade tecnológica. Essa situação é explicitada pela diferença entre o número de casos de Londrina e Cambé e dos municípios das demais RS, este último muito inferior aos primeiros. Porém, não significa um menor número de casos de queimaduras nessas regionais, inclusive de alta gravidade; mas, antes, que há ainda muitas vítimas de queimaduras que não estão recebendo o atendimento especializado diante das inúmeras e profundas necessidades decorrentes desse agravo.

Por outro lado, quando se tratam de grandes queimados, mesmo necessitando internação imediata no CTQ, muitas vezes faz-se necessária a internação em outras instituições, quando não há vaga para esse paciente no CTQ. Dependendo da extensão e gravidade da queimadura, os pacientes são encaminhados para hospitais gerais que disponham de recursos como UTI para os cuidados necessários até sua transferência ao CTQ, quando esta vier a ocorrer.

A figura 2 mostra em dias o intervalo de tempo entre a ocorrência do acidente e a internação no CTQ. Para realizar o cálculo foram excluídos os 45 pacientes que internaram via ambulatorial para tratamento de sequelas, contabilizando 265 pacientes.

Figura 2: Distribuição do tempo em dias decorrido do acidente até a internação no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina - 2012.



Fonte: autora

Percebe-se que em 43% (112) a demora foi igual ou maior do que três dias para o internamento no CTQ, o que pode incidir negativamente sobre o tratamento e a recuperação do paciente, agravando danos decorrentes da queimadura ou da falta de atendimento adequado e no devido tempo. Deve-se considerar a queimadura um evento agudo e, como tal, seu tratamento está diretamente relacionado ao tipo de atendimento e ao tempo em que esse cuidado é prestado. Um CTQ deve compor uma rede de urgência e emergência quanto à atenção em caso de queimadura, que deve estar organizada com a oferta de serviços em macrorregiões incluindo ampliação e qualificação de ações de trabalho no atendimento às vítimas de queimaduras e, principalmente, um sistema de logística que dê o suporte necessário até a internação, incluindo transporte ágil, equipes multiprofissionais habilitadas para os primeiros atendimentos, insumos e materiais disponíveis, além de assessoria, por exemplo, em forma de telemedicina (MENDES, 2011).

Considerando a população do Estado, pode-se inferir que a queimadura ainda representa um grave problema, dada as suas características, grande seriedade e impacto na vida do indivíduo, em relação à família, trabalho e vida social. Os dados evidenciam carências

de atendimento que o sistema de saúde pública ainda enfrenta no Estado, tanto em quantidade quanto em qualidade.

No tratamento das queimaduras, grande é a preocupação com relação à qualidade da assistência prestada e sua agilidade, isso justifica a necessidade de implantação dos CTQs bem como a organização de uma rede de atenção em nível macrorregional. O levantamento de dados epidemiológicos sobre os internamentos em um CTQ permitiu evidenciar aspectos importantes que ainda carecem de aprimoramento. Um deles é a demora com que vem ocorrendo a implementação de elementos cruciais presentes nos dispositivos legais, a exemplo do atraso na construção de todos os CTQs previstos em 2000.

Considerando a distribuição desigual dos CTQs entre todas as regiões do país (Tabela 1), pode-se inferir que tais dificuldades e carências podem ser generalizadas para as demais regiões brasileiras. No caso do Paraná, em janeiro de 2014, foi anunciada pelo governo do Estado a construção de um novo CTQ na região oeste, a ser localizado na cidade de Cascavel (PARANÁ, 2014). Seguramente, esse novo serviço contribuirá para melhorias da assistência ao paciente e maior facilidade e agilidade de acesso a tratamento especializado, mediante o aumento do número de leitos ofertados e mais equipes especializadas no tratamento de queimaduras no Estado.

Se, por um lado, essa informação traz benefícios à população, por outro, denuncia uma demora de quatorze anos desde a aprovação do Anexo I da Portaria GM/SAS nº 1273, em novembro de 2000, que definiu que o Paraná comportaria quatro CTQs. Apesar de no Brasil a saúde ter *status* de direito social, a estruturação da rede de serviços na atenção ao queimado soma-se às inúmeras ações que destoam entre o tempo político da ação e o tempo de emergência das diversas necessidades de saúde dos indivíduos (OSORIO; SERVO; PIOLA, 2011).

4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES E DAS QUEIMADURAS

As vítimas de queimaduras internadas no CTQ de Londrina, em 2012 foram 65% (202) do sexo masculino e 35% (108) do sexo feminino. A maior ocorrência no sexo masculino mostra-se compatível com dados encontrados nas literaturas nacionais e internacionais (COUTINHO et al., 2010; FAGENHOLZ et al., 2007).

Estudos realizados na Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) também apontaram o predomínio de internações do sexo masculino, com 69,3% (LACERDA et al., 2010). O comportamento menos cauteloso, atitudes e brincadeiras com teor mais agressivo e a maior exposição ocupacional dos homens quando comparados às mulheres, podem ser os agravantes dessas ocorrências segundo os autores.

Quanto à idade, houve um predomínio dos adultos com 55% (170), seguido pelas crianças com 35% (108) e dos adolescentes e idosos com o mesmo percentual de 5% (16). Tais dados convergem com o estudo de Gawryszewski et al (2012) e encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados segundo sexo e faixa etária. Londrina – 2012.

Variáveis	n	%	
Sexo			
Feminino	108	35%	
Masculino	202	65%	
Faixa etária			
Criança	--11 anos	108	35%
Adolescente	12--17 Anos	16	5%
Adulto	18 --59 anos	170	55%
Idoso	60 --	16	5%
Total	310	100%	

Fonte: autora

Quando analisada a natureza do acidente, observou-se a predominância de ocorrências em ambiente doméstico, aparecendo o álcool e o escaldado com líquido superaquecido como maiores causadores de queimaduras, conforme a Tabela 3.

Tabela 3: Caracterização das queimaduras segundo natureza do acidente e agente causal. Londrina – 2012.

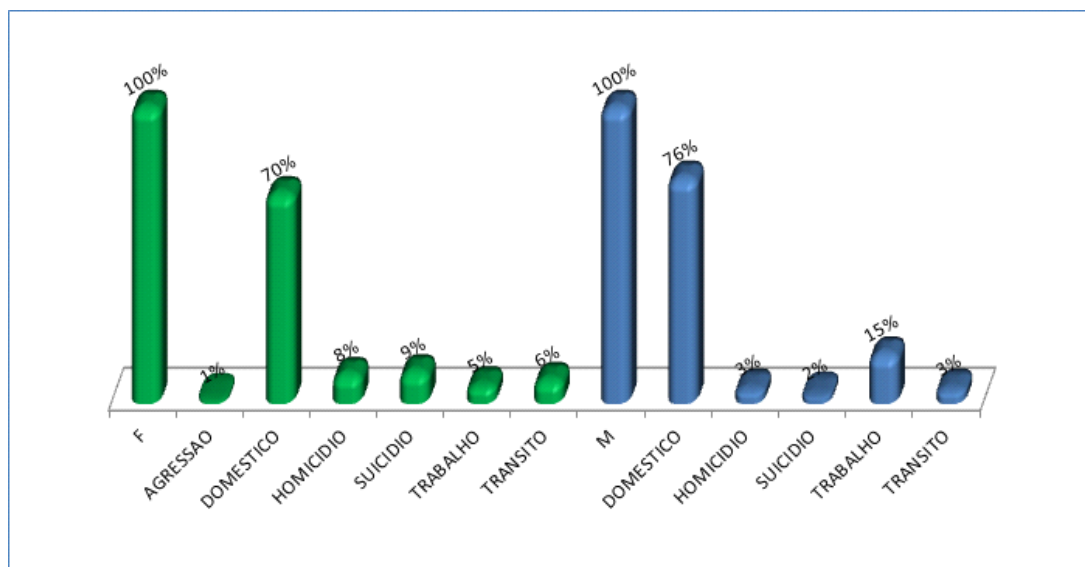
Variáveis	n	%
Natureza do acidente		
Agressão	1	0%
Doméstico	229	74%
Homicídio	16	5%
Suicídio	14	5%
Trabalho	36	12%
Trânsito	14	5%
Agente Causal		
Alcool	98	32%
Escaldo	91	29%
Elétrica	19	6%
Fogo	26	8%
Gasolina	14	5%
Ferro de passar	13	4%
Outros	49	16%
Total	310	100

Fonte: autora

Os meses de maior ocorrência de acidentes resultantes em queimaduras em 2012 foram novembro e dezembro, com 11% (33) e 14% (44), respectivamente; os demais meses permaneceram com médias de 7% (21) a 9% (29), com predominância nestes dos acidentes domésticos por escaldo.

Quando são cruzadas as informações de sexo dos pacientes e natureza do acidente, revelam-se aspectos significativos que apontam para diferenças sociais e de comportamento entre os indivíduos, conforme a Figura 3.

Figura 3: Caracterização dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados segundo sexo e natureza do acidente de queimadura. Londrina – 2012.



Fonte: autora

De acordo com os dados, quanto ao sexo masculino, os acidentes domiciliares destacaram-se com 76% (153), seguido pelos acidentes de trabalho com 15% (31), sendo a causa mais recorrente nestes a eletricidade. Macedo et al (2012) relatam que os homens apresentam maior predisposição a estes agravos, por trabalharem em serviços mais insalubres, expondo-se a um maior número de traumas e acidentes.

Além disso, esses indivíduos estão dentro da faixa etária que corresponde à população economicamente ativa, o que irá refletir-se em um custo indireto significativo para a sociedade, em termos de anos potenciais de vida produtivos perdidos e incapacidades prematuras. Frequentemente, as queimaduras acarretam danos físicos que afetam as habilidades e capacidade funcional dos indivíduos para a realização de tarefas (NOBLE; GOMEZ; FISH, 2006). Por atingirem indivíduos em idade produtiva, geram grandes problemas de ordem social e econômica, pois muitas vezes esses indivíduos são os únicos responsáveis pela renda familiar (SOUZA et al., 2009).

Um estudo realizado na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) constatou que o tipo de acidente mais comum também foi o domiciliar (62%), seguido por acidente de trabalho (24,4%), sendo as demais causas responsáveis por 13,6% (GONÇALVES, 2012).

Com os indivíduos do sexo feminino, os acidentes domésticos somaram 70% (76) das ocorrências, seguido por um dado relevante, o suicídio, que nesta pesquisa representou

9% (10). A Tabela 4 associa sexo, faixa etária e agente causal, evidenciando que os acidentes acometendo adultos tem grande relevância e são na maioria ocasionados pelo uso do álcool líquido.

Tabela 4: Caracterização dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados segundo agente causal da queimadura, sexo e faixa etária. Londrina – 2012.

Variáveis			Álcoois		Chama		Elétrica		Escaldos		Ferro Passar		Gasolina		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Criança	108	35%	21	19%	6	6%			57	53%	13	12%	1	1%	10	9%
F	44	41%	11	52%	1	17%			23	40%	6				3	
M	64	59%	10	48%	5	83%			34	60%	7		1		7	
Adolescente	16	5%	7	44%	1	6%	0%		2	13%	0%	4	25%	2	13%	
F	6	38%	2	29%		0%			1	50%		1		2		
M	10	63%	5	71%	1	100%			1	50%		3				
Adulto	170	55%	66	39%	15	9%	18	11%	30	18%	0%	9	5%	32	19%	
F	53	31%	22	33%	3	20%	1	6%	16	53%		2		9		
M	117	69%	44	67%	12	80%	17	94%	14	47%		7		23		
Idoso	16	5%	4	25%	4	25%	1	6%	4	25%	0%		0%	3	19%	
F	5	31%	2	50%		0%		0%	2	50%				1		
M	11	69%	2	50%	4	100%	1	100%	2	50%				2		
Total	310		98	32%	26	8%	19	6%	93	30%	13	4%	14	5%	47	15%

Fonte: autora

No presente estudo, o álcool foi responsável por 39% (66) dos atendimentos em adultos, produto este utilizado de forma indiscriminada nas residências, tanto nas atividades diárias de limpeza, quanto em momentos de lazer, especialmente no caso de uso de churrasqueiras, registrando um total 14% (42) das ocorrências do total da amostra.

O álcool líquido está amplamente presente nos ambientes domésticos, permanecendo muitas vezes ao alcance também das crianças e sendo capaz de causar acidentes graves, representando o segundo agente causal encontrado nessa faixa etária, com 19% (21) dos casos de queimaduras. As queimaduras provocadas pelo álcool são mais profundas que as provocadas por água fervente, devido ao maior tempo de exposição da pele ao calor.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) considera que a restrição do acesso a esse produto pode impactar na redução da incidência e gravidade das queimaduras. Assim, em 2002, a Resolução RDC nº 46, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2002), determinou a substituição do álcool líquido acima de 46° de porcentagem de álcool em peso ou grau alcoólico (INPM) pela versão gel. Durante um período de adaptação em que o

produto parou de ser comercializado, verificou-se que o número de acidentes com álcool reduziu 60% e, da mesma forma, o número de internações hospitalares e a gravidade das queimaduras, com uma redução de 26%, segundo informações da Sociedade Brasileira de Queimaduras (SOCIEDADE BRASIEIRA DE QUEIMADURAS, 2013).

Essa medida chegou a ser suspensa após uma liminar judicial; mas, em 29 de janeiro de 2013, entrou em vigor uma determinação da ANVISA para que o álcool líquido com mais de 54° Gay Lussac (46,3 INPM) saísse do mercado, não estando mais à disposição livre do consumidor. A medida é válida apenas o álcool líquido com graduação maior que 54° GL, o qual passou a ser vendido em forma de gel, estando os produtos comercializados para fins industriais e hospitalares ainda liberados na forma líquida. Também passou a ser comercializado para o consumidor final o álcool líquido com teor maior que 54° GL, em embalagens de no máximo 50 mililitros. A decisão judicial ainda pode ser contestada em tribunais superiores (BRASIL, 2013).

Conforme a Tabela 4, no caso de queimaduras em adolescentes, o álcool apareceu em 44% (7) das ocorrências, das quais 13% (2) estão associadas ao álcool para acender churrasqueiras e 31% (5) a outros acidentes com o produto. A gasolina apareceu em 25% (4) das ocorrências, sendo o segundo principal agente causador.

As queimaduras em crianças são na grande maioria provenientes de acidentes domésticos. Nessa faixa etária o principal causador de queimaduras foi o escaldamento, que contabilizou 53% (57) dos atendimentos, sendo o álcool o segundo causador, com 19% (21) das ocorrências. Em crianças com idade entre 01 e 05 anos, verificou-se a ocorrência da queimadura mais associada ao próprio desenvolvimento neuropsicomotor, quando ela deixa de ser totalmente dependente de um adulto e passa a experimentar e explorar o mundo com mais liberdade (MILLAN et al., 2012). Os acidentes com ferro de passar roupas apareceram somente na faixa etária infantil e representam alto percentual dos atendimentos, correspondendo a 12% (13) dos casos, sendo 8 em crianças de 01 ano e 5 em crianças de 02 anos. Santana (2010) também descreveu resultados semelhantes em seu estudo.

Atitudes características da infância como curiosidade, exploração e hiperatividade, quando associados à precariedade da situação socioeconômica, a qual aumenta a insegurança pela falta de locais adequados de uso e guarda de equipamentos como o ferro de passar, podem justificar esse percentual de ocorrência de queimaduras nesta faixa etária. Ainda, é importante alertar para a negligência direta ou indireta dos adultos, pois grande parte dos acidentes ocorreu quando as crianças se encontravam sob supervisão de seus responsáveis.

Nestes casos, mais do que direcionar políticas públicas de educação e saúde propriamente às crianças, cabe fazê-las maciçamente aos adultos, de modo a procurar diminuir tais índices.

Nos pacientes idosos, as ocorrências estão divididas entre o álcool e escaldos como agentes causadores com 25% (5) cada, sendo a predominância no sexo masculino, com 69% (11) do total dos casos; o contato direto com chamas contabilizou também 25% (5), com incidência de 100% de pacientes do sexo masculino. Verifica-se, geralmente, que os acidentes com chamas são oriundos de descuido com velas e cigarros próximos a cortinas e sofás, dificuldade de locomoção ou estado de embriaguez. Muitas vezes, esses pacientes possuem comorbidades e apresentam-se desnutridos, fatores que aumentam a gravidade da lesão e interferem negativamente em seu prognóstico. Silva et al (2010) também descreveram que na variável agente causal, o fogo ocupou o primeiro lugar, com 31,6% dos pacientes hospitalizados desta faixa etária.

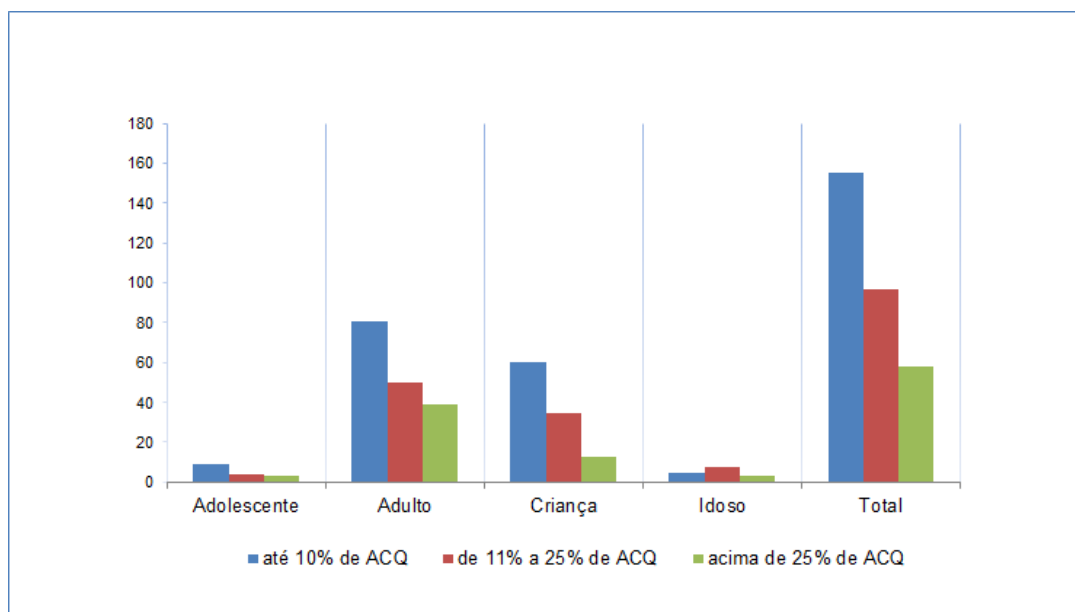
De modo geral, é possível inferir que todos os dados analisados sinalizam para comportamentos e grupos de risco no tocante à ocorrência de queimaduras, os quais tanto apontam para demandas assistenciais específicas quanto reforçam a necessidade de ações preventivas mais impactantes diante desses grupos.

4.3 MORBIDADE E MORTALIDADE RELACIONADAS À QUEIMADURA

Determinar a porcentagem da área corporal queimada (ACQ) é de suma importância, pois é esse índice que irá indicar a gravidade da situação e interferir diretamente nas condutas a serem tomadas. Conforme Serra et al (2006), a identificação da profundidade e extensão da lesão irá influenciar diretamente no prognóstico do paciente. Quanto mais visível e extensa a queimadura, maiores os riscos associados e os sentimentos negativos em relação à imagem corporal (POPE; SOLOMONS; DONE, 2007). O mais apurado método de determinar a ACQ é a tabela de Lund-Browder (ANEXO D), que considera a superfície corporal, levando em conta a idade e o crescimento dos diferentes segmentos corporais (MIMINAS, 2007).

Foi possível apurar, no presente estudo, que dos 310 pacientes atendidos no CTQ, 47% (146) tiveram queimaduras de 2º grau e 53% (164) queimaduras de 3º grau, prevalecendo as internações do médio e grande queimado de acordo com a classificação. A Figura 4 permite observar a distribuição das queimaduras de acordo com sua extensão por grupo de faixa etária.

Figura 4: Caracterização dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados segundo faixa etária e profundidade das lesões oriundas de queimadura. Londrina – 2012.



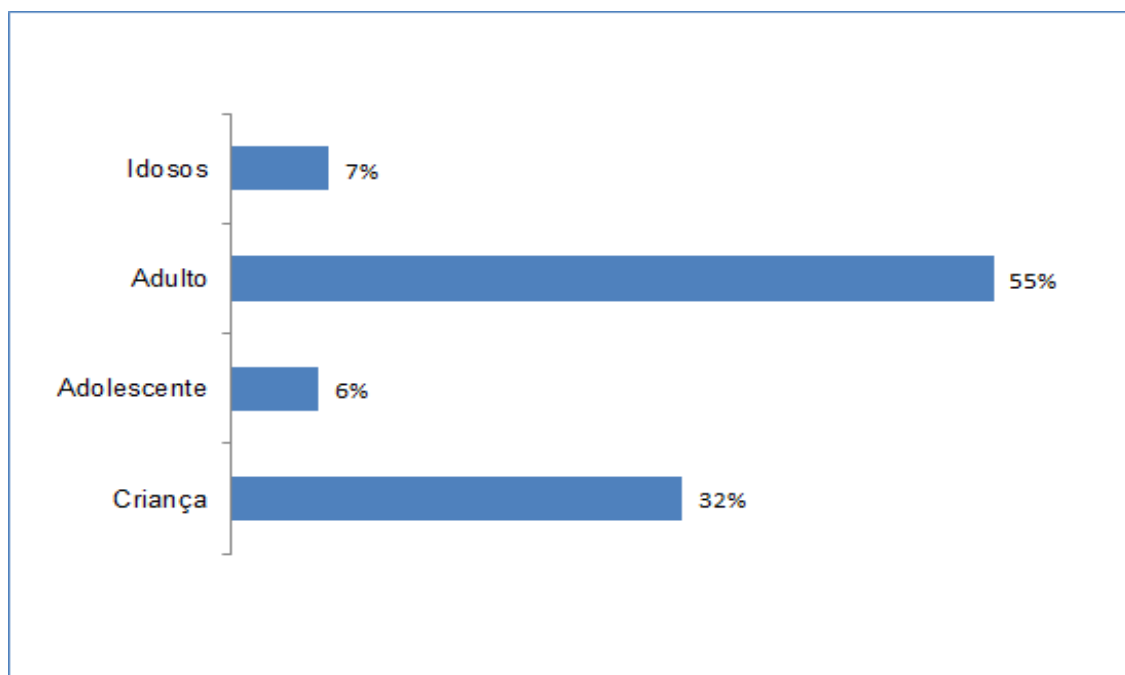
Fonte: autora

As partes mais atingidas foram face, mãos, membros superiores e membros inferiores, justificando-se dessa forma o número de internações de pacientes com até 10% da ACQ. A importância das queimaduras em mãos é devido a maior possibilidade de deformidades ocasionadas pelas lesões que acometem tendões e articulações e são agravadas pela dificuldade de mobilização. Já as queimaduras em face requerem atenção devido ao importante edema que se desenvolve e a possibilidade do paciente ter sofrido lesão de vias aéreas, fator esse que eleva sobremaneira o índice de mortalidade.

Gonçalves (2012) descreveu em seu estudo que a SCQ variou de 0,5 a 85% e que a queimadura de 3º grau foi a predominante, acometendo 74,2% dos pacientes. A SCQ apresentou-se bastante variada, sendo as áreas mais atingidas os membros superiores, com destaque às queimaduras nas mãos, sendo 35,5% (75) na mão esquerda e 37,9% (80) na mão direita (GONÇALVES, 2012).

Tais dados também corroboram com o estudo de Taira et al (2010), em que houve predomínio de queimadura nos membros superiores, principalmente braços e mãos, e face. Considerando a gravidade desse tipo de queimadura, a figura abaixo demonstra a distribuição dos casos investigados por faixa etária.

Figura 5: Distribuição dos casos de queimadura em face segundo faixa etária dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina – 2012.



Fonte: autora

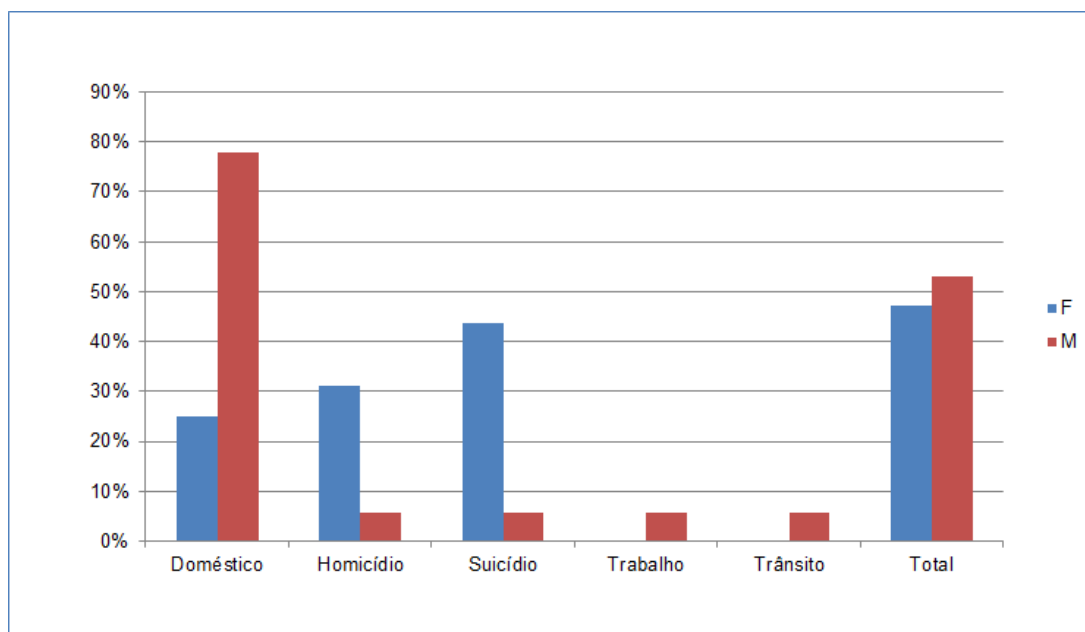
As queimaduras em face apareceram em ambos os sexos e faixa etária dos pacientes, sendo 32% (42) das ocorrências de queimaduras em face em crianças menores de 11 anos, 6% (8) em adolescentes de 12 a 17 anos, 55% (71) em adultos de 18 a 59 anos e 7% (9) em idosos com mais de 60 anos, contabilizando um total de 130 ocorrências de queimadura em face, o que corresponde a 41,9% dos pacientes atendidos. Uma pesquisa realizada na Colômbia mostrou a queimadura em face acometendo 55% de sua amostra, tornando-se um fator negativo na qualidade de vida dessas pessoas (ZAPATA; ESTRADA, 2010).

Pelo fato de deixar marcas irreversíveis, a queimadura em face é socialmente a mais difícil de ser aceita pelo próprio indivíduo, pois se configura em uma desfiguração de área completamente visível. Além disso, pode ocorrer a formação de contraturas que causam deformidades que dificultam o fechamento dos olhos, a abertura da boca e, em algumas vezes, até alterações na fala, cujos tratamentos envolvem exercícios específicos, uso de órteses ou tratamento cirúrgico (FAUCHER, 2008).

Além da morbidade associada à ocorrência de queimadura, a mortalidade também é um indicador significativo no impacto social e humano desse agravo, mesmo diante dos

avanços dos tratamentos disponíveis. A Figura 6 apresenta o número de casos de óbito decorrentes de queimadura associados ao sexo e natureza do acidente.

Figura 6: Distribuição dos casos de óbito decorrentes de queimadura associados à natureza do acidente e sexo dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina – 2012.



Fonte: autora

No ano de 2012, dos 310 pacientes investigados, 34 foram a óbito, sendo 53% (18) do sexo masculino e dentre estes, a maioria (77%) resultante de queimaduras ocorridas em ambiente doméstico. Já o grupo feminino representou 47% (16) de óbitos da amostra, sendo 44% (7) destes ocorridos por suicídio. Embora o tipo de acidente seja diferente, o agente causal continuou a ser o mesmo, o álcool líquido, sendo apontado por vários estudos como uma das principais fontes de queimadura (LACERDA et al., 2010).

Considera-se a queimadura autoinfligida como uma das formas mais violentas e efetivas de atentar contra a própria vida. As principais causas que levam a tentativa de suicídio relacionam-se a fatores sociais, emocionais, psicológicos e familiares, a exemplo de conflitos conjugais, dificuldade de relacionamento familiar ou doenças psiquiátricas, sendo a mulher mais vulnerável a esses fatores (FERREIRA; LUIS, 2002). A intenção primária dessa atitude pode trazer consigo um componente de busca por atenção, mas, quando as vítimas

sobrevivem, estabelece-se grande prejuízo à imagem corporal por aspectos desfigurados decorrentes das cicatrizes.

Estudos realizados no CTQ do Hospital Geral do Andaraí-SP (CARVALHO; SERRS; MACIEIRA, 2011), bem como dados da pesquisa realizada na Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte em Brasília, DF (MACEDO; ROSA; SILVA, 2011), também apontaram o predomínio do sexo feminino na queimadura por autoextermínio. Em todas as tentativas de suicídio do presente estudo houve a predominância do uso do álcool. No Irã, a maioria dos suicídios é cometida por mulheres jovens e casada, com o uso de gasolina, situação semelhante no Cairo e em outras populações asiáticas (TAGHADDOSINEJAD et al., 2010).

4.4 O TRATAMENTO HOSPITALAR

O início do tratamento para o grande queimado é de fundamental importância para sua recuperação. A situação ideal é iniciar dentro das primeiras vinte e quatro horas, nas quais as primeiras seis horas são muito críticas e merecem atenção criteriosa. Nesse período ocorre grande desidratação que pode levar o indivíduo a desenvolver insuficiência renal aguda e, nos casos em que houve a queimadura em face, pode ocorrer um edema intenso comprometendo as vias aéreas superiores, resultando em um quadro de insuficiência respiratória grave (MÉLEGA, 2002).

Porém, nem sempre é possível admitir o paciente nas primeiras horas no CTQ, devido a fatores como disponibilidade de transporte no município de origem e, principalmente, a existência de vaga para a internação hospitalar. Tais situações retardam a transferência do paciente ao CTQ, momento em que o paciente deve receber o tratamento inicial em sua cidade de origem ou local mais próximo que apresente recursos tecnológicos e condições suficientes para atender a gravidade das lesões. Durante esse período, a equipe médica do CTQ pode dar as orientações necessárias às outras instituições, bem com estar à disposição para qualquer esclarecimento. A figura 2 revelou que 36% (93) dos pacientes internados no CTQ de Londrina em 2012 demoraram mais de quatro dias para serem aceitos no serviço de saúde, condição que pode comprometer significativamente a vida do indivíduo vítima de queimadura.

Quando a vítima de queimadura recebe a primeira abordagem e avaliação na sala de pronto-atendimento do hospital, cabe à equipe que o assiste definir quais são os procedimentos necessários em primeira instância e o que é preciso para a continuidade do tratamento. Segundo Piccolo et al (2008), enquanto o pequeno e médio queimado precisam de desbridamento da queimadura e curativo sob sedação anestésica, na maioria das vezes o grande queimado demanda uma série de procedimentos mais onerosos e complexos, a exemplo dos enxertos.

As internações para tratamento de queimaduras costumam ser longas, representam um alto custo para o sistema de saúde e exigem vários procedimentos de acordo com a evolução das lesões e possíveis complicações, incluindo terapia medicamentosa, cirurgias e/ou dispositivos invasivos, como os expansores, reforçando o processo de reabilitação que envolve prevenir contraturas e otimizar os resultados do tratamento realizado (VANA; FONTANA; FERREIRA, 2010).

A média das internações, no ano de 2012, foi de 13 dias, sendo 08 dias nas enfermarias e 05 dias na UTI de queimados. A média geral de ocupação de leitos do CTQ de Londrina foi de 78,3%, sendo que a UTI de queimados apresentou uma média de 86,4% e o setor de enfermaria uma média de 73,4% de ocupação (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012). Essa taxa menor de ocupação na enfermaria justificou-se pelo bloqueio de alguns leitos diante da necessidade de isolamento de pacientes que apresentaram um quadro de infecção, uma das mais frequentes e graves complicações da queimadura. Considerando-se que o serviço dispõe apenas de enfermarias com dois e três leitos, em atendimento à própria Portaria nº 1273, gera-se essa situação de menor ocupação até que se libere o isolamento, fato que restringe ainda mais a oferta de leitos especializados no Estado.

Os avanços no tratamento do paciente queimado, a disponibilidade de tecnologias de cuidado específicas e a qualificação dos atendimentos estão aumentando a sobrevivência e a qualidade da assistência prestada, especialmente por meio de desenvolvimentos na área de reabilitação e do trabalho da equipe multidisciplinar, que visa suprir as necessidades de cuidado e reduzir as repercussões negativas ocasionadas pela queimadura. Reabilitação pode ser entendida como uma recuperação de saúde e funcionalidade, uma recuperação da dignidade ou uma recuperação do seu papel na sociedade. A OMS define reabilitação como “um conjunto de medidas que auxiliam os indivíduos que experimentam, ou possam vir a experimentar, a incapacidade para atingir e manter o funcionamento ideal em interação com seus ambientes” (WHO, 2011, p.96). Reitera que o processo de reabilitação não deve ser

feito de modo isolado, mas de forma integrada com o tratamento do paciente, diminuindo as morbidades que atingem essa determinada população.

Dadas as características do paciente queimado e a partir dos dados analisados sobre os casos de internamento, é possível inferir que o processo de reabilitação já se inicia no primeiro dia de tratamento. É a partir daí que se busca desenvolver e aperfeiçoar as habilidades do paciente a fim de que as sequelas da queimadura afetem o mínimo possível a retomada às atividades cotidianas.

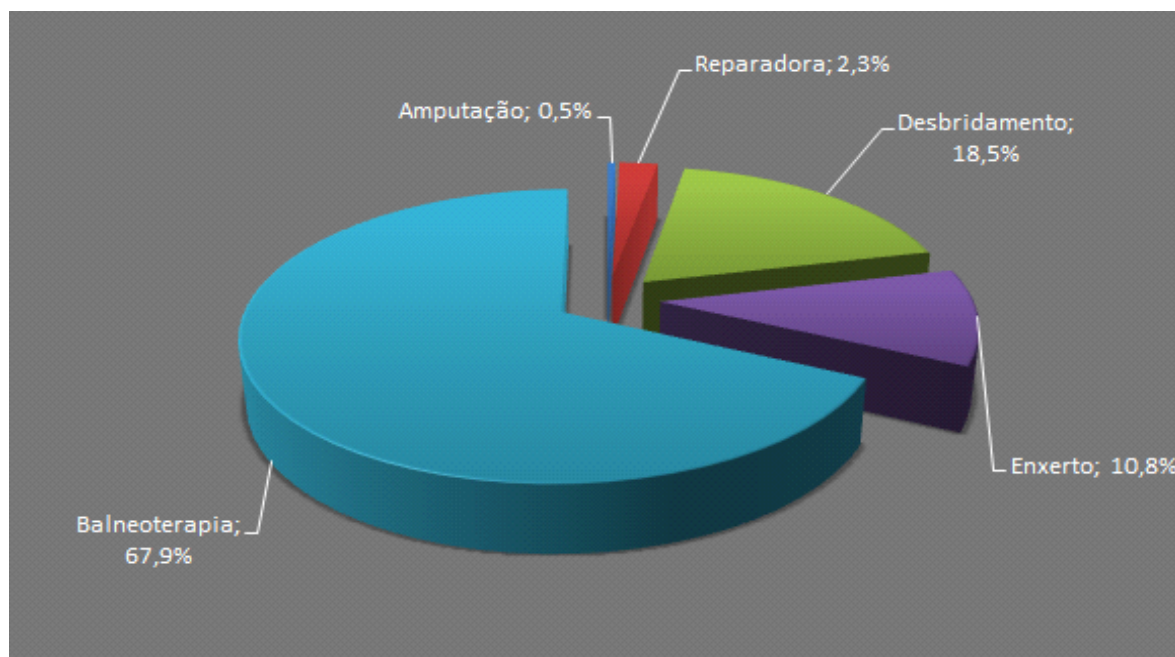
Por outro lado, o conceito de reabilitação e a qualidade do internamento fazem emergir a importância e a necessidade do tratamento ambulatorial nos casos de queimadura. É importante destacar que, em 2012, concomitante às 312 internações, ocorreram no CTQ de Londrina 1.233 consultas ambulatoriais, sendo destas 1.022 retornos de pacientes internados anteriormente. Assim, analisar o tratamento dispensado e a abordagem multiprofissional durante o período de internação pode contribuir muito para a condução e a qualidade desse acompanhamento ambulatorial e a definição das demandas assistenciais em cada caso, as quais podem ser providas tanto no próprio serviço especializado quanto nos municípios de origem.

Quanto aos medicamentos, destacaram-se os de uso tópico usados para o tratamento da queimadura, como a Sulfadiazina de Prata a 1% e a Sulfadiazina de Prata com Nitrato de Cerio, indicadas para uso em todo o corpo, e a Heparina Sódica spray para queimaduras de face. Após a cicatrização, já em nível ambulatorial, muitas vezes são realizadas aplicações de corticoides nas cicatrizes para diminuir a formação de queloides. As demais medicações utilizadas durante o internamento são medicações de cuidados gerais que envolvem analgésicos, reposição volêmica, antibióticos, eletrólitos e vitaminas.

A maioria dos casos de queimadura exigiu procedimentos cirúrgicos. No ano de 2012, o CTQ do HURNP gerou um total de 1.928 procedimentos cirúrgicos, dos quais 68% (1.309) dos casos necessitaram de balneoterapia, ou seja, um método de hidroterapia feito para limpeza das feridas e troca de curativos concomitantes, realizado sob anestesia e analgesia, muitas vezes acompanhado de desbridamento mecânico dos tecidos desvitalizados (CAVALCANTI; CANTINHO; ASSAD, 2006); 18,5% (356) demandaram o desbridamento, que é a remoção cirúrgica do tecido desvitalizado presente nas feridas; 11% (209) necessitaram de enxertos, que é o transplante de tecidos sem nutrição sanguínea; 2% (45) dos pacientes submeteram-se à cirurgia reparadora e 0,5% (9) tiveram como consequência a

amputação de membros atingidos. A distribuição desses procedimentos pode ser observada na Figura 7.

Figura 7: Distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina – 2012.



Fonte: autora

Vale (2005) afirma que a queimadura compromete a integridade funcional da pele responsável pela homeostase hidroeletrolítica, controle da temperatura interna e lubrificação e flexibilidade da superfície corporal, sendo que a proporção do comprometimento dessas funções e o tipo da queimadura ocasionada são determinados em função da extensão e da profundidade da lesão. Assim, os tratamentos propostos variam de acordo com essas determinações.

Há uma diversidade de produtos no mercado destinados ao tratamento de feridas em suas diferentes fases. Entretanto, a utilização de qualquer produto no tratamento de queimaduras ou outros tipos de feridas deve seguir rigoroso protocolo, buscando identificar a real contribuição para o processo de cicatrização (ROSSI et al., 2010). O CTQ de Londrina dispõe de diversos tipos de curativos específicos com tecnologias para o tratamento das queimaduras. Inicialmente são utilizadas as terapias tópicas até a delimitação total da queimadura, que ocorre por volta do terceiro dia após o acidente.

A primeira opção para a cobertura das lesões é o enxerto cutâneo autólogo, ou seja, que provêm da própria pessoa. Quando não se tem área doadora suficiente, existe também o enxerto homólogo, sendo o doador da mesma espécie, geralmente cadáver. O CTQ de Londrina realiza esse tipo de transplante e vem sendo atendido pelos bancos de pele das Centrais de Transplantes de Curitiba e de Porto Alegre.

Devido a esta particularidade nos grandes queimados, foram desenvolvidos também diversos tipos de substitutos cutâneos biológicos ou sintéticos, os quais devem possuir propriedades semelhantes às da pele, com a finalidade de otimizar o processo de cicatrização. Em 04 pacientes submetidos à cirurgia reparadora, no ano de 2012, foi utilizada a matriz de regeneração dérmica, que é um substituto de pele complexo, permanente, de dupla camada. Inicialmente, as famílias a adquiriam com recursos próprios, mas a partir de 30 de dezembro de 2011, a Portaria nº 1.009/11 passou a incluir esse material de custo muito elevado na tabela de procedimentos da Portaria GM/MS nº 1273, de 21 de novembro de 2000, (BRASIL, 2012), o que pode ser considerado um avanço e melhoria no acesso ao tratamento especializado requerido, mas também traduz a lentidão para que tecnologias de cuidado estejam disponíveis para uso nos CTQs.

De acordo com o Artigo 1 da referida Portaria, as indicações para uso da matriz dérmica incluem áreas queimadas que necessitam de pele de melhor qualidade, como pescoço, grandes articulações, mãos e mamas, ou em grandes queimados submetidos à excisão tangencial sem área doadora suficiente para o enxerto autólogo (MANARA, 2009). Os pacientes que usufruíram deste recurso em 2012 foram adultos e crianças em cirurgias reparadoras das cicatrizes hipertróficas pós-queimaduras, atendendo às indicações do procedimento na normativa vigente.

Os novos procedimentos inclusos na Portaria nº 1.009/11 e utilizados no tratamento do paciente queimado visam permitir uma melhor e mais abrangente assistência, tanto no atendimento hospitalar inicial, quanto na fase de internação e no acompanhamento pós-alta. A Portaria prevê, ainda, a cobertura dos custos dos procedimentos de curativos e outras ações de reabilitação como o uso da matriz dérmica, porém, todas exclusivas para os CTQs, por serem tecnologias de alto custo (BRASIL, 2012). Portanto, o maior acesso dos pacientes a esses centros especializados permite criar o vínculo com profissionais habilitados e realizar procedimentos inviáveis em outros serviços de saúde, como as cirurgias reparadoras. Por questões burocráticas, não foi possível no presente estudo o acesso ao orçamento anual do

respectivo serviço, gerando uma lacuna para a análise deste dado ligado aos tratamentos despendidos.

Em se tratando de queimaduras elétricas, as lesões são causadas pela alta tensão que acarretam necrose de diferentes estruturas e tecidos, havendo muitas vezes a necessidade da realização de amputação do membro afetado. Do total de pacientes analisados, 9 casos tiveram como consequência a amputação de membros atingidos, todos envolvendo acidentes de trabalho com eletricidade. Quando comparado a outros CTQs, encontram-se diferenças quanto às causas da queimadura que resultaram na amputação. A Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), por exemplo, registra todos os anos um elevado número de amputações por queimaduras envolvendo fogos de artifício utilizados nos festejos de São João, especialmente no mês de junho (SERGIPE, 2013), sendo esta uma característica regional daquele Estado.

Para desempenhar todas essas funções e atividades, um CTQ necessita de uma equipe de profissional altamente qualificada. O serviço de Londrina engloba cirurgiões plásticos, médicos intensivistas, anestesistas, enfermeiras, fisioterapeutas, pediatras, infectologistas, psicólogo, assistente social, nutricionista e algumas categorias de profissionais de nível técnico. Em 2012, foram 106 trabalhadores diretamente envolvidos no trabalho desenvolvido, além de profissionais médicos de outras especialidades requeridas em alguns casos.

Nos casos de tratamento ao grande queimado, muitas vezes faz-se necessário o trabalho de outras especialidades clínicas que, frequentemente, demanda continuidade após a alta. Dos 310 pacientes, 15% (47) necessitaram de acompanhamento da psiquiatria, a maioria por ser usuária de drogas ilícitas ou por apresentar estados depressivos. Nesses casos, o agravamento de patologias pré-existentes e o surgimento de novas pode ocorrer em virtude de mudanças ocasionadas pelas lesões do trauma, dor e alterações estéticas (BLAKENEY et al., 2008). Dentre outras especialidades clínicas, a nefrologia e a infectologia apareceram cada uma com 10% (31) dos atendimentos no acompanhamento do grande queimado durante a internação. Tais atendimentos demandaram procedimentos especializados de alto custo, como a terapia dialítica e o uso de antibióticos de última geração, imprescindíveis na qualidade e eficácia de sua abordagem.

Quanto aos profissionais da enfermagem, também no CTQ estes são em maior número e, no ano investigado, envolveram nove enfermeiras e cinquenta e seis técnicos e auxiliares de enfermagem. Em especial, às enfermeiras, cabe a supervisão e organização da

unidade, bem como a realização de escalas de revezamento de trabalho nos diversos setores da unidade, atuação direta nos cuidados com os pacientes e a realização de capacitações.

Existem também no serviço atendimentos realizados pela assistente social e pela psicóloga, tanto para os pacientes quanto para os familiares. No entanto, tais atendimentos não estão sendo registrados nos prontuários, mas em formulários próprios dessas especialidades. Assim, embora a atuação da psicologia e serviço social fossem vistas e acompanhadas, não foram encontradas nesta pesquisa a presença de suas anotações nos prontuários. Percebeu-se que tal conduta representou uma fragilidade para o registro sistemático e agrupado das informações, em nível de prontuário clínico. Para otimizar o registro e a troca das informações, caberia revisão dessa forma de registro, considerando a importância do trabalho desses profissionais na abordagem multiprofissional.

Outro aspecto referente ao trabalho da equipe multiprofissional é que toda equipe deve trabalhar em sincronia para conseguir atender a agenda diária, especialmente com o grande número de procedimentos cirúrgicos. Porém, é a mesma equipe que atende, por exemplo, ao centro cirúrgico e a balneoterapia, embora esta ocorra em sala própria. Foram 1.309 casos de balneoterapia em 1.928 cirurgias realizadas. Tal situação impossibilita a ocorrência de cirurgia concomitante com a balneoterapia, o que resulta no atraso de cirurgias precoces que poderiam favorecer uma reepitelização mais rápida ou prevenir infecções, além de prejudicar o atendimento à demanda por cirurgias reparadoras. Ainda, como fator agravante, há necessidades estruturais perceptíveis no CTQ de Londrina, como é o caso do centro cirúrgico, composto por duas salas cirúrgicas, mas que tem apenas uma em funcionamento, devido à falta de recursos humanos, materiais e equipamentos.

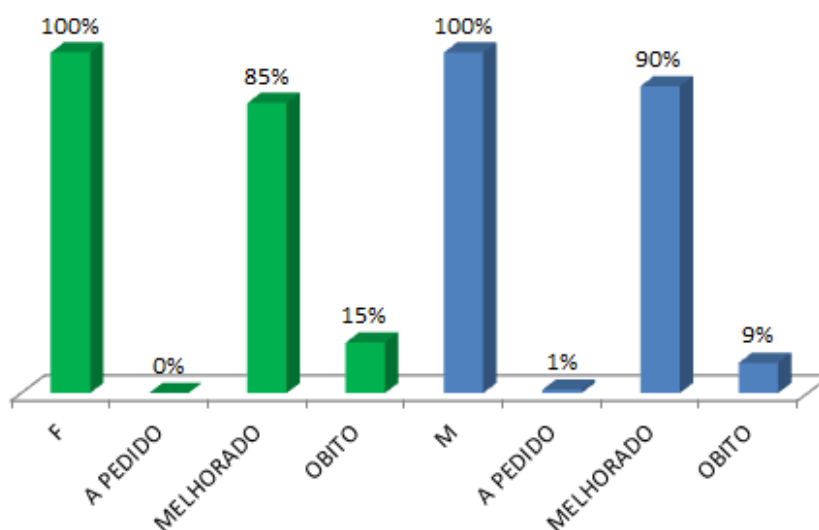
4.5 O TRATAMENTO AMBULATORIAL E A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE

O tratamento vai muito além da alta hospitalar, podendo ser necessário o acompanhamento ambulatorial por anos no processo de reabilitação do paciente. Mesmo sendo os internamentos hospitalares o objeto principal dessa investigação, os dados da pesquisa evidenciaram aspectos sobre o tratamento ambulatorial e que são importantes para a análise proposta, especialmente para a compreensão da inserção locorregional de um CTQ no tocante às demandas assistenciais. A dificuldade de acesso aos cuidados específicos e às tecnologias avançadas para tratamento do paciente queimado é, dentre outros, fator que reflete

diretamente na sobrevivência desse paciente. Mas, se por um lado, o tratamento adequado ao queimado deve acontecer o mais rápido possível após o acidente, também após a alta hospitalar há inúmeras necessidades de atendimento no processo de reabilitação do indivíduo.

O atendimento inicial do paciente no CTQ é realizado na sala de pronto atendimento, em seguida é encaminhado para internação em leito de terapia intensiva ou de enfermagem. Diariamente o paciente realiza curativos ou procedimentos cirúrgicos no próprio serviço, com o encaminhamento a outro setor apenas para a realização de alguns exames de imagem. Na sequência, a alta hospitalar não significa o término do tratamento, mas a transição para o início do acompanhamento ambulatorial. A Figura 8 apresenta o tipo de alta hospitalar ocorrido de acordo com o sexo dos pacientes internados.

Figura 8: Distribuição das altas hospitalares de acordo com o sexo dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados. Londrina – 2012.



Fonte: autora

Dos 310 prontuários analisados, 85% (92) das vítimas femininas receberam alta após o tempo necessário de internação para a melhora; já no sexo masculino 90% (182) teve alta por melhora após o tempo de internação estabelecido e 1% (2) teve alta a pedido. As demais situações foram os óbitos decorrentes da queimadura, sendo estes mais frequentes entre as mulheres, conforme visto anteriormente.

A alta hospitalar deve ocorrer após a epitelização completa da lesão, com a recomendação de que seja feita a proteção da área contra raios solares e ultravioletas e que haja o uso de malha compressiva por um tempo variável conforme cada caso (PICCOLO et

al., 2008). Além das recomendações para o autocuidado, em muitos casos os pacientes permanecem em acompanhamento no ambulatório do CTQ durante anos e, frequentemente, reinternam para submeter-se a cirurgias reparadoras. No ano de 2012, foram reinternados 45 pacientes de retorno ambulatorial, o que correspondeu a 14% da amostra. Verificou-se que dentre estes, 09 pacientes iniciaram o tratamento em 2009, 05 em 2010, 24 em 2011 e 07 em 2012, todos permanecendo em acompanhamento no serviço até o período da coleta de dados.

Esse fato reforça a necessidade de um trabalho prolongado e interdisciplinar no tratamento ao queimado, dependendo da natureza e gravidade das lesões. Nesse sentido, pode-se inferir que a eficácia e eficiência de centros especializados podem ficar limitadas diante da precariedade e dificuldades de continuidade desse tratamento. E isso pode ocorrer em dois sentidos: ou pelo não acesso a um CTQ ou, especialmente, pela ausência nos municípios de origem de uma gama de especialidades e tecnologias necessárias às possíveis demandas de cuidado.

Quanto aos CTQs, essa lacuna acirra-se com o número reduzido de leitos nos serviços existentes, situação que pode ser melhorada com a construção em um menor tempo possível dos centros aprovados e ainda não implantados no Estado do Paraná e em todo o país. E, também, mediante uma avaliação interna mais sistemática e acurada sobre a estrutura, organização e processo de trabalho do próprio CTQ, de modo a otimizar a sua ocupação de leitos e racionalizar o trabalho dos profissionais frente às demandas existentes.

Mas, independente da existência ou não de CTQ, é necessário principalmente que os gestores municipais reflitam sobre esse tema e preparem-se técnica e cientificamente para atender às vítimas de queimaduras. Os dados analisados permitem reconhecer os perfis mais comuns desses indivíduos e das queimaduras, diante do que é importante reafirmar que o CTQ tem um limite pré-definido pela própria Portaria que o estabelece, que é o atendimento em situações de maior gravidade. Muitas situações não se enquadram nessa categoria, devendo o próprio município atender as vítimas de queimadura. Mas, se não atende no internamento hospitalar, ele as receberá contra referenciadas de um CTQ ou de um hospital de maior complexidade tecnológica de outro município em sua região sanitária, sejam as queimaduras de maior ou menor gravidade.

Faz-se necessário, portanto, criar uma rede de atenção em saúde para o tratamento das vítimas de queimadura, a qual implica em estabelecer e fortalecer um sistema de referencia e contra referencia em nível de macrorregião. Esse sistema constitui-se em ações políticas, econômicas e técnicas fundamentais para o fortalecimento do princípio da

integralidade do SUS (MAEDA, 2002). O MS define referência como o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade e contra referência o ato de encaminhamento de um paciente para o estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência (BRASIL, 1990).

Portanto, referência e contra referência tem papel fundamental para que os processos de assistência e reabilitação ocorram de forma satisfatória, garantindo a integralidade da assistência em caso de queimadura, em uma articulação entre os diferentes serviços de saúde por meio de uma relação de eficiência para resolução de problemas. No caso de um CTQ, o ambulatório deve cumprir funções importantes nesse sistema.

Quanto ao ambulatório do CTQ de Londrina, este foi criado para os acompanhamentos após a alta do paciente, mas ainda carece de ampliação e aprimoramento para atender as demandas de acompanhamento multidisciplinar especializado. No ano investigado, eram disponibilizados uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo, juntamente com o cirurgião plástico de plantão para os atendimentos. Em seu retorno, além do atendimento médico, o paciente dispunha do atendimento da fisioterapia e psicologia, bem como outras especialidades quando necessário.

Os retornos ao ambulatório tendem a ocorrer em determinado intervalo de tempo, conforme avaliação e necessidade de intervenção especialmente na área cicatrizada. Considerando que dos 310 pacientes atendidos, 54,51% (169) foram de Regionais de Saúde que não a 17^a à qual pertence o município de Londrina e, a partir da experiência profissional no serviço, verificou-se que as vindas ao CTQ tendiam a se espaçar com o decorrer do tempo. O primeiro retorno geralmente ocorreu em 7 dias após a alta hospitalar e, os demais conforme a necessidade, em 15, 30 ou mais dias, estando muito mais voltados ao tratamento de aspectos da queimadura em si, como retração, infecção ou cicatriz, do que por demandas de atendimento de fisioterapia, psicologia e outros. Nesse caso, alguns tratamentos, a exemplo dos fisioterápicos, não devem ser interrompidos, situação que remete novamente à continuidade desse atendimento no município de origem, para que não haja comprometimento dos resultados obtidos e esperados.

Outra função a ser desempenhada pelo ambulatório do CTQ, e que deve também ser aprimorada, é a educação em saúde com vistas à promoção da saúde e prevenção da ocorrência de queimaduras. Certamente, os dados da presente pesquisa tem o potencial de contribuir para campanhas preventivas, uma vez que explicitam comportamentos e grupos de

risco no tocante à ocorrência de queimaduras e reforçam a necessidade de ações preventivas mais impactantes para com esses grupos.

Passados dez anos após a criação da política de atenção ao queimado, especialistas que participaram de um ciclo de debates sobre o SUS e da Audiência Pública da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, em 2010, apontaram para a necessidade de construção e implantação de uma política específica para a prevenção de queimaduras, até hoje inexistente no país (TEIXEIRA; BRASIL, 2010). Um programa efetivo de prevenção de queimaduras pode incluir ações ativas e passivas. As intervenções ativas são compostas por medidas que requerem ações humanas diretas para manter a segurança do indivíduo, como as educativas em prol de atitudes seguras; as ações passivas requerem medidas em que não há necessidade da ação do homem para manter essa segurança, como mudanças no ambiente (JETTEN; CHAMANIA; TULDER, 2011) ou ainda legislação e aplicação de regulamentações que afetam produtos, ambientes e comportamentos (BAWA; JOSHI; PIKE, 2007).

O tratamento da queimadura é oneroso, complexo e traz muitas implicações para o indivíduo e família. Entretanto, se há problemas de investimentos no tratamento, também são poucos os recursos e esforços disponibilizados em campanhas visando à prevenção desse tipo de acidente. Como integrantes do SUS, compete aos serviços de saúde qualificar e ampliar suas ações de trabalho no tratamento, reabilitação e prevenção dos acidentes por queimaduras, pois estudos têm demonstrado que a maioria dos acidentes é passível de ser evitada. Gimenez, et al (2007) em sua pesquisa aponta que 89% dos entrevistados afirmaram ser possível evitar o acidente mesmo antes de receberem informações educativas, aumentando para 97% após a ação educativa, sendo esta considerada por ela a forma mais eficaz para disseminar os conhecimentos, inferência corroborada por Vendrúsculo et al. (2010). Esse é o potencial de alcance, por exemplo, dos dados epidemiológicos gerados no interior de um serviço considerado especializado e de alta complexidade. Ou seja, além de garantir qualidade do atendimento inicial e continuidade do tratamento, também podem servir para subsidiar e avaliar campanhas de prevenção, tanto em âmbito local, regional, quanto estadual e nacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta pesquisa considera-se que os objetivos propostos foram alcançados. Lesões por queimaduras continuam a ser um grave problema de saúde pública e um desafio para as políticas públicas e o sistema de saúde. Elas acometem ambos os sexos e as diferentes faixas etárias, com predominância em adultos do sexo masculino, causando grandes impactos físicos, emocionais e socioeconômicos na vida do indivíduo e família, além de representar um alto custo para o governo e para a sociedade.

Traçar o perfil das queimaduras evidenciou o álcool líquido como o principal agente causador das queimaduras. É um agente altamente inflamável, de fácil acesso e predominante no ambiente doméstico, principal local de ocorrência dos acidentes, sendo determinante para a gravidade das lesões. A exemplo de uma ação federal que limitou a comercialização do álcool em forma líquida com graduação maior que 54° GL e que já se mostrou eficaz para a diminuição do número de acidentes, outras iniciativas deveriam ser implementadas para a prevenção das queimaduras, visto que a maioria dos acidentes pode ser evitada. Além dele, escaldos com líquidos superaquecidos, contato com superfície superaquecida, contato direto com chamas, eletricidade e outros agentes combustíveis como a gasolina também mostraram-se relevantes causas de queimaduras.

Além de grupos, comportamentos e locais de risco para queimadura, a pesquisa identificou condições ligadas ao modelo de atenção à saúde que carecem de aprimoramento. Ao mesmo tempo, confirmou a importância de tratar as vítimas de queimadura em serviço especializado e o quanto a política pública de atenção ao queimado em nível nacional representou avanços nesse sentido. Os dados explicitaram aspectos que fazem do CTQ de Londrina um local de excelência nesse atendimento, destacando-se a atuação de equipe multiprofissional especializada e qualificada, espaço físico apropriado e equipamentos e tecnologias de cuidado necessários ao trabalho desenvolvido. O processo de reabilitação da vítima de queimadura já deve ter início no internamento e o tratamento não se encerra com a alta hospitalar, mas tem continuidade com o acompanhamento ambulatorial, que pode durar por anos até a sua reintegração na sociedade, sempre que possível.

No entanto, a demora considerável para o acesso de pacientes mais graves ao CTQ, igual ou maior a três dias, mostrou-se fator negativo ao prognóstico, com impacto na mortalidade. Contribui para isso a lentidão, por exemplo, da construção dos sessenta e oito

CTQs aprovados desde 2000. No Paraná, o fato de ter apenas dois dos quatro serviços previstos implica diretamente na redução de leitos e demora nessa transferência, lacuna evidenciada pela ampliação de demandas do serviço investigado oriundas de 18 das 22 regionais de saúde do Estado.

Frente a essa baixa cobertura dos CTQs, avanços nessa política pública de saúde podem ocorrer no tocante à adequação e parceria com a rede de urgência e emergência em mecanismos mais eficientes tanto ao primeiro atendimento às vítimas de queimaduras quanto em sua manutenção até a transferência para o centro especializado. Isso pode ocorrer por meio de capacitações específicas para as equipes de atendimento, incorporação de protocolos validados pelos CTQs e o uso da telemedicina para apoio às condutas a serem adotadas. Ainda, sistemas de logística como transporte e suporte terapêutico também devem ser garantidos com maior rapidez e segurança nessa transferência.

Uma das maiores preocupações no tratamento do paciente queimado refere-se à rapidez e qualidade do atendimento prestado, tanto inicial quanto em nível ambulatorial, o que justifica a implantação de CTQs e a organização de serviços de saúde em uma rede de atenção em nível macrorregional. Outrossim, campanhas preventivas devem ser mais eficazes e, talvez, mais fortemente direcionadas a determinados grupos de risco, cabendo às instituições de saúde, inclusive os CTQs, desenvolver e fortalecer tais atividades.

Alguns limites do presente estudo foram concentrar-se na análise de prontuários clínicos referentes apenas aos internamentos hospitalares e naqueles ocorridos no intervalo de um ano. Mas, a partir dessa abordagem, evidenciaram-se possibilidades futuras de análise, como o acompanhamento ambulatorial, o trabalho de cada profissão, a contrarreferência dos pacientes aos municípios de origem, os custos do tratamento, entre outros.

Além de desempenhar uma assistência de qualidade em caso de queimadura, os CTQs tem o potencial de impactar para a redução desse tipo de trauma e conseqüente diminuição no número de internações hospitalares, modificando inclusive o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de queimadura, especialmente quanto à gravidade das lesões.

7 REFERÊNCIAS

AHUJA, R. B.; GOSWAMI, P. Cost of providing inpatient burn care in a tertiary, teaching, hospital of North India. **Burns**, Guildford, v. 39, n. 4, p. 558-564, 2013.

ARRUDA, C. N. **Inscrita no corpo, gravada na carne**: experiência de ser queimada em mulheres nordestinas. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza-UNIFOR, Fortaleza, 2009.

ASUQUO, M. E.; EKPO R.; NGIM O.; AGBOR C. A prospective study of burn trauma in adults at the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar South Eastern Nigeria. **Eplasty**, Springfield, v. 8, e36, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2485758/pdf/eplasty08e36.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

BAWA, H.; JOSHI P.; PIKE I. Interior Health Injury Prevention Environmental Scan: A Final Report. Vancouver: BC Injury Research and Prevention Unit.; 2007.

BLAKENEY, P. E.; ROSENBERG, L.; ROSENBERG, M.; FABER, A. W. Psychosocial care of persons with severe burns. **Burns**, 34, 433–330, (2008).

BOTELHO, F. M. **Corporalidade e estigma**: estudo qualitativo com pacientes em reabilitação de queimaduras. 2012. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em: 15 jan. 2014.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1273, 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, Seção 1, p. 51.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Relatório de gestão SAS quadriênio 1998-2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 46, de 20 de fevereiro de 2002**. Aprovar o regulamento técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro, comercializado por atacadistas e varejistas. Diário Oficial da União. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/agencia/publicacao+agencia/resolucao+-+rdc+n+46+de+20+de+fevereiro+de+2002>>. Acesso em: 23 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. **População residente por regional de saúde segundo município período 2003**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 16 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. v. 7.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **SIM Sistemas de informações de mortalidade**. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040701>>. Acesso em: 22 maio. 2013.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **SIHSUS Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040502>>. Acesso em: 22 maio 2013.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar nº 131, de 27 de Maio de 2009**. Acrescenta dispositivos à lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=28/05/2009>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria nº 1.009, de 30 de dezembro de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, MS, 2012. n. 1, seção 1. p. 64. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/sas/2011/prt1009_30_12_2011.html>. Acesso em: 6 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 .

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. **População residente por regional de saúde segundo município período 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 16 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Restrição ao álcool líquido de maior potencial inflamável está em vigor**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu++noticias+anos/2013+noticias/restricao+ao+alcool+liquido+de+maior+potencial+inflamavel+esta+em+vigor>>. Acesso em: 05 out. 2013.

CARVALHO, I. D.; SERRA, M. C.; MACIEIRA, L. J. Queimadura: tentativa de autoextermínio: análise de uma década no Hospital do Andaraí - RJ: 2000-2010. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 10, n. 2, p. 57-60, 2011.

CAVALCANTI, I. L.; CANTINHO, F. A. F.; ASSAD, A. **Medicina Perioperatória**. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 272/2002**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem SAE nas Instituições de saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN, 2002.

COUTINHO, B. B.; BALBUENA, M.B.; ANBAR, R.A.; ALMEIDA, K.G.; ALMEIDA, P.Y.N. Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermaria de queimados da associação beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v25n4/06.pdf>> Acesso em: 25 set. 2013.

FAGENHOLZ, P. J.; CASTILLO, C.F.; HARRIS, N.S.; PELLETIER, A.J.; CAMARGO, C.A. Jr. National study of emergency department visits for burn injuries 1993 to 2004. **Journal of Burn Care Research**, Hagerstown, v. 28, n. 5, p. 681-690, 2007.

FALCÃO, P.G.C.B.; SANTOS, T. S.; AVELAR, R. L.; ANTUNES, A. A.; PITA NETO, I. C.; DOURADO, E. Síndrome de Stevens-Johnson associada ao uso de antimicrobiano. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, Porto Alegre, v. 56, p. 337-340, 2008.

FAUCHER, L. D. Rehabilitation of the burn patient trauma and thermal injury. In: SOUBA, W. W. et al. (Ed.). **ACS Surgery: principles and practice**. Ney York: WebMD Professional Publishing, 2008.

FERREIRA, L. A.; LUIS, M. A. **A construção do processo que culminou num episódio de queimadura:** relato da história de vida de pacientes queimadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 36, n. 2, 125-132, 2002.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; BERNAL, R. T. I.; SILVA, N. N. da; MORAIS, N. O. L. de; SILVA, M. M. A. da; MASCARENHAS, M. D. M.; SÁ, N. N. B. de; MONTEIRO, R. A.; MALTA, D. C. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 629-640, 2012.

GIMENES, G.A.; ALFERES, F.C.B.A; DORSA, P.P.; BARROS, A.C.P.; GONELLA, H.A. Estudo epidemiológico de pacientes internados no centro de tratamento de queimados do conjunto hospitalar de Sorocaba. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 8, n. 1, p. 4-17, 2009.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; NASCIMENTO, E. N.; PEREIRA, D. M.; CARVALHO, F. F. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. **Rev. paul. pediatr**; 25(4):331-336, dez. 2007.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. **Tratamento de queimaduras:** um guia prático. Rio de Janeiro: Reinventer, 1997

GONÇALVES, A. C. Caracterização de pacientes atendidos em um serviço de queimados e atitudes no momento do acidente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 866-872, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a15.htm>>. Acesso em: 13 Jan. 2014.

JETTEN, P.; CHAMANIA, S.; TULDER, M. V. Evaluation of a community-based prevention program for domestic burns of young children in India. *Burns*, v. 37, n.1, p. 139-144, 2011.

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**, Limeira, v. 9, n. 3, p. 82-88, 2010. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=40>. Acesso em: 25 set. 2013.

LAPORTE, G. A.; LEONARDI, D. F. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 9, n. 3, p. 105-114, 2010. Disponível em: <http://rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=44>. Acesso em: 25 set.2013.

MACEDO, A. C.; PROTO, R. S.; MOREIRA, S. S.; GONELLA, H. A. Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do conjunto hospitalar de Sorocaba entre 2001 a 2008. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 11, n. 1, p. 23-25, 2012.

MACEDO, J. L.; ROSA, S. C.; SILVA, M. G. Queimaduras auto infligidas: tentativa de suicídio. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v38n6/04.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2013.

MACHADO, T. S. H.; LOBO, J. A.; PIMENTEL, P. C. M.; SERRA, M. C. V. F. Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral de Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 8, n.1, p. 3-8, 2009. Disponível em: <<http://www.sbqueimaduras.org.br/revista/junho-2009/03-estudo.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

MAEDA, S. T. **Gestão da referência e contra referência na atenção ao ciclo gravídico- puerperal**: a realidade do distrito do Butantã. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MANARA, L. M. **Uso da matriz de regeneração dérmica no tratamento cirúrgico de crianças vítimas de queimaduras do hospital infantil Joana de Gusmão**: seis anos de experiência. 2009. Monografia (Mestrado) - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS. Centro de queimados, desenvolvido pela diretoria de enfermagem do Hospital Universitário – HU – Londrina - Paraná, 2010.

MÉLEGA, J. M. (Ed.). **Cirurgia plástica**: fundamentos e arte: princípios gerais. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MILLAN, L. S.; GEMPERLI, R.; TOVO, F. M.; MENDAÇOLLI, T. J.; GOMEZ, D. S.; FERREIRA, M. C. Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n.4, p. 611-615, 2012.

MIMINAS, D. A. A critical evaluation of the Lund and Browder chart. **Wounds**, King of Prussia, v. 3, n. 3, p. 58-68, 2007. Disponível em: <http://www.woundsinternational.com/pdf/content_125.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2013.

MONTES, S. F.; BARBOSA, M. H.; NETO, A. L. S. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 369-373, 2011.

NOBLE, J.; GOMEZ, M.; FISH, J. S. Quality of life and return to work following electrical burns. **Burns**, Guildford, v. 32, n. 2, p. 159-164, 2006.

NÚCLEO DE PROTEÇÃO AOS QUEIMADOS. **História**. 2007. Disponível em: http://www.npq.org.br/npq/instit_historia.htm>. Acesso em: 10 dez. 2013.

OSORIO, R. G.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a11v16n9.pdf>>. 24 fev. 2014.

PARANÁ. Governo do Paraná. Agência de notícias do Paraná. **Saúde**. Oeste terá atendimento a queimados e centro de especialidades médicas. 2014. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=78794&tit=Cascavel-tera-atendimento-a-queimados-e-Centro-de-Especialidades-do-Oeste>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

PARK, J. O.; SHIN, S.D.; KIM J.; SONG, K.J.; PECK, M.D. Association between socio economic status and burn injury severity. **Burns**, Guildford, v. 35, n. 4, p. 482-490, 2009.

PESCUMA JUNIOR, A.; MENDES, A.; ALMEIDA, P. C. C. A evolução financeira do setor de queimados, sua legitimidade, seu financiamento e sua complexidade no período de 2002 a 2010. **Revista Pesquisa e Debate**, São Paulo, v. 24, n. 1, 43, p. 121-136, 2013.

PICCOLO, N. S.; SERRA, M.C.V.F.; LEONARDI, D.F.; LIMA Jr, E.M. **Projeto diretrizes: queimaduras, diagnóstico e tratamento inicial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2008.

POPE, S. J.; SOLOMONS, W.R.; DONE, D.J. Body image, mood and quality of life in young burn survivors. **Burns**. Guildford, v. 33, n. 6, p. 747-755, 2007.

ROSSI, L. A.; MENEZEZ, M.A.J. ; GONÇALVES, N.; CIOFI-SILVA, C.L. ; FARINA-JUNIOR, J. Á. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**. Limeira, v. 9, n. 2, p. 54-59, 010.

SANCHEZ, J. L.; PEREPÉREZ, S. B.; BASTIDA, J. L.; MARTÍNEZ, M. M. Cost-utility analysis applied to the treatment of burns patients in a specialized center. **Archives of Surgery**, Chicago, v. 142, n. 1, p. 50-57, 2007.

SANTANA, V. B. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras no Município de Niterói - RJ. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 9, n. 4, p. 130-135, 2010.

SERGIPE. Governo de Sergipe. Agência Sergipe de Notícias. **Portal da Saúde**. HUSE registra aumento de amputações por fogos de artifício durante os festejos juninos. 26 jun. 2013. Disponível em: <http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=9093>>. Acesso em: 26 set. 2013.

SERRA, M. C.; GOMES, D.R.; CRISÓSTOMO, M.R.; SERRA, A.S. Calculo para a área queimada e indicadores para internação hospitalar. In: MACIELE, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 6, p. 43-49.

SILVA, G. P. F.; OLEGARIO, N.B.C.; PINHEIRO, A.M.R.S.; BASTOS, V.P.D. Estudo epidemiológico dos pacientes idosos queimados no centro de tratamento de queimados do Hospital Instituto Doutor José Frota do município de Fortaleza-CE, no período de 2004 a 2008. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 9, n. 1, 7-10, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. **Restrição da venda do álcool líquido deve reduzir casos de queimaduras na infância**. 2013. Disponível em: < <http://sbqueimaduras.org.br/restricao-da-venda-do-alcool-liquido-deve-reduzir-casos-de-queimaduras-na-infancia/> >. Acesso em: 23 mar. 2013.

SOUZA, A. A.; MATTAR, C. A.; ALMEIDA, P. C. C. de.; FAIWICHOW, L.; FERNANDES, F. S.; NETO, E. C. de A.; MANZOTTI, M. S.; PAIVA, L. G. R. de. Perfil epidemiológico dos pacientes internados na unidade de queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 8, n. 3, p. 87-90, 2009.

TAGHADDOSINEJAD, F.; SHEIKHAZADI, A.; BEHNOUSH, B.; RESHADATI, J. A.; ANARY, S.H.S. Survey of suicide by burning in Tehran, Iran. **Acta Médica Irânica**, Tehran, v. 48, n. 4, p. 266-272, 2010.

TAIRA, B. R.; SINGER, A.J.; THODE, H.C.; LEE, C. Burns in the emergency department: a national perspective. **The Journal of Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 39, n.1, p. 1-5, 2010.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. In: _____ **Políticas públicas: o papel das políticas públicas**. Salvador:

Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais no Estado da Bahia, 2002. p. 1-11.

Disponível em:

<http://www.4shared.com/office/SIE9b18e/o_papel_das_politicas_publicas_n.html>. Acesso em: 04 jan. 2014.

TEIXEIRA, J.C; BRASIL, T (Eds). Especialistas pedem prioridade para prevenção de queimaduras. Em **Discussão! Revista de audiências pública do Senado Federal**, n. 4, p. 71 – 75, 2010. Disponível em: < www.senado.gov.br/emdiscussao>. Acesso em: 10 abr. 2014.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; ABIA, 1997. cap. 2, p. 43-68.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário Regional Norte do Paraná. Serviço de Arquivo Médico. **Estatística**. Londrina, 2012. Disponível em: <<http://intranethu.hurnp.uel>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

VALE, E. C. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n.1, p. 9-19, 2005.

VANA, L. P. M.; FONTANA, C.; FERREIRA, M. C. Algoritmo de tratamento cirúrgico do paciente com sequela de queimadura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Limeira, v. 9, n. 2, p. 45-49, 2010.

VENDRUSCULO, T. M.; BALIEIRO, C.R. B.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; FARINA JUNIOR, J. A.; ROSSI, L. A.. Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. vol.18 nº.3 Ribeirão Preto May/June 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Facts about injuries burns**. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/en/burns_factsheet.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 jan. 2014.

_____. **Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2004.

Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2014.

_____. **Plan for burn prevention and care**. Geneva: World Health Organization, 2008.

Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299_eng.pdf> Acesso em: 06 jan. 2014.

_____. **Health statistics and health information systems:** WHO mortality database tables. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. **World report on disability.** Geneva: World Health Organization, 2011. Chapter 4, p. 96. Disponível em: <http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf>. Acesso em: 11 out. 2013.

_____. **Burns.** Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

_____. **Violence and injury prevention:** world report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2012. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/>. Acesso em: 04 jan. 2014.

ZAPATA, D. M.; ESTRADA, A. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización, Medellín, Colombia, **Biomédica**, Bogotá, v. 30, n. 4. p. 492-500, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Centro de Referência em Assistência a Queimados: uma política pública de assistência à saúde de alta complexidade no Paraná

Pesquisador: Lilian Denise Mai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11590313.8.0000.0104

Instituição Proponente: CCB - ANATOMIA E HISTOLOGIA: MÉTODOS DE ENSINO E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 292.884

Data da Relatoria: 20/05/2013

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem como objetivo analisar a assistência de alta complexidade ao queimado enquanto política pública e fenômeno social. Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo, com análise documental, que propõe como campo de investigação o Centro de Referência de Assistência ao Queimado de Londrina. A amostra será constituída de 398 prontuários de pacientes atendidos em 2012, cuja análise buscará compreender o fenômeno social da queimadura, suas demandas assistenciais e indicativos de organização regional da rede de serviços e de referência e contra-referência entre os municípios abrangidos. Pretende-se produzir dados que deem suporte tanto a mudanças no sistema de atenção ao queimado em prol da integralidade e agilidade da assistência, e consequente melhoria da qualidade de vida do queimado, quanto a campanhas preventivas da ocorrência de queimaduras, em sua maioria evitáveis.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a assistência de alta complexidade ao queimado enquanto política pública e fenômeno social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que se submeterão os sujeitos da pesquisa serão menores do que os benefícios esperados.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 292.884

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto aqui apresentado se caracteriza como um estudo qualitativo e descritivo, utilizando o método de análise documental. O serviço eleito como campo de investigação é o Centro de Referência de Assistência ao Queimado de Londrina, por ser um dos serviços instalados no Paraná e, como pesquisadora, por desenvolver atividades profissionais como enfermeira no mesmo. As principais fontes de dados serão os prontuários dos pacientes atendidos nesse serviço durante o ano de 2012. O período de investigação justifica-se, pois, desde a criação do centro em 2007, ele vem mantendo uma regularidade de atendimentos anuais, conforme a Tabela 1, com uma média de 330 internações por ano. No caso de 2012, o número foi semelhante a 2011, quando foram 398 internações e que geraram, por exemplo, 1.826 procedimentos em Centro Cirúrgico, o que significou uma média de 4,5 procedimentos por paciente, número que aumentou frente ao ano de 2010, que era de 3,8, sendo 4,6 em 2009, 4,6 em 2008 e 3,8 em 2007. Esse dado pode ser indicativo de alguns parâmetros, como a maior complexidade dos casos e, conseqüentemente, dos custos, do tempo de internação e possíveis demandas após a alta. Assim, traçar o perfil dos atendimentos ao longo de um ano pode permitir a construção de dados importantes para a análise da queimadura como fato social e suas implicações. Por isso, o número da amostra será de 398 prontuários, considerado suficiente para alcançar os objetivos da presente pesquisa. A coleta será feita nos meses de janeiro a junho de 2013, de modo a construir o perfil dos atendimentos realizados no CTQ de Londrina, considerando variáveis como: idade, sexo, cidade de origem, ocupação, grau de escolaridade, fonte da queimadura, tempo decorrido entre a ocorrência da queimadura e a chegada ao CTQ, tempo de internação no CTQ, setores nos quais houve atendimento, atendimentos multiprofissionais (diferentes especialidades e tempo de atendimento), procedimentos cirúrgicos realizados (desbridamentos, enxertos, cirurgia corretiva), demandas assistenciais e/ou encaminhamentos após a alta e outras variáveis que se fizerem necessárias ao longo da coleta. Todas essas variáveis serão organizadas em forma de um instrumento de coleta de dados (Anexo I). Também serão consultados os bancos de dados disponíveis na instituição, a fim de coletar informações relevantes que possam subsidiar o estudo proposto. Ainda, com vistas à construção teórica do tema, será feita pesquisa bibliográfica em livros, teses, dissertações, documentos legais e artigos científicos selecionados nas bases de dados informatizados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Fiocruz e Medline.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 292.884

A pesquisadora propõe emenda ao protocolo de pesquisa mediante a alteração do ano de coleta dos dados de prontuários. A emenda não compromete a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram acostados pela pesquisadora.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 04 de Junho de 2013

Assinador por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: copep@uem.br

ANEXO B – Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE USO DO TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Vimos pela presente solicitar a dispensa do uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a implementação do estudo intitulado “Centro de Referência em Assistência a Queimados: uma política pública de assistência à saúde de alta complexidade”. A presente solicitação se justifica por tratar-se de pesquisa documental, em que a coleta de dados se efetuará junto a fontes secundárias a serem disponibilizadas pelo Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

Asseguramos que a referida consulta só será iniciada após a devida autorização de uso dos arquivos pelo responsável administrativo (gestor ou seu representante) da referida instituição, enquanto DEPOSITÁRIO FIEL das informações armazenadas, e mediante aprovação do projeto pelo COPEP/UEM.

Da mesma forma, nos comprometemos a tratar os dados coletados observando todos os compromissos quanto ao sigilo e confidencialidade das informações pessoais, de modo que nenhum sujeito de pesquisa seja identificado, durante a execução do estudo ou por ocasião da divulgação científica do mesmo.

Informamos que os dados serão utilizados exclusivamente para os fins estabelecidos na presente pesquisa, e após a análise, os registros efetuados para o estudo serão devidamente descartados.

Certos de vossa compreensão,

Atenciosamente,

Em 30 de novembro de 2012


Prof^ª Dr^ª Lilian Denise Mai
Pesquisador Responsável

ANEXO C – Termo de Confidencialidade e Sigilo

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Flavia Mendonça da Silva Oussaki, brasileira, casada, enfermeira, COREN nº 79862, CPF nº 02154427928, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**Assistência de alta complexidade ao queimado enquanto política pública e fenômeno social**”, a que tiver acesso nas dependências da Unidade de Terapia Intensiva do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supramencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, / /2012.

ANEXO D – Tabela de Lund Browder para determinação da superfície corpórea queimada, de acordo com a idade.

TABELA DE LUND BROWDER											
ÁREA/IDADE						INICIAL			APÓS 72 HORAS		
	1 Ano	1 a 4	5 a 9	10 a 16	Adulto	2° Grau	3° Grau	Total	2° Grau	3° Grau	Total
Cabeça	19	17	13	11	7						
Pescoço	2	2	2	2	2						
Tronco Anterior	13	13	13	13	13						
Tronco Posterior	13	13	13	13	13						
Nádega Direita	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5						
Nádega Esquerda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5						
Genitália	1	1	1	1	1						
Braço Direito	4	4	4	4	4						
Braço Esquerdo	4	4	4	4	4						
Antebraço Direito	3	3	3	3	3						
Antebraço Esquerdo	3	3	3	3	3						
Mão Direita	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5						
Mão Esquerda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5						
Coxa Direita	5,5	6,5	8	8,5	9,5						
Coxa Esquerda	5,5	6,5	8	8,5	9,5						
Perna Direita	5	5	5,5	6	7						
Perna Esquerda	5	5	5,5	6	7						
Pé Direito	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5						
Pé Esquerdo	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5						
						TOTAL:			TOTAL:		
						Responsável:			Responsável:		

Fonte: Adaptado de Serra et al. (2006), p.47.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Nome: _____ Ficha nº: _____

A- Dados de Identificação

Sexo: () F () M Idade: _____ Origem: _____
Ocupação: _____ Escolaridade: _____

B- Período de Internação

Data da queimadura: _____ Data de internação CTQ: _____
Data da alta: _____
Tipo de alta: () Melhorado () Óbito () Outro _____

C- Dados da queimadura

Agente causal: _____
Tipo de acidente: () Doméstico () Trabalho () Outro _____
SCQ (%): _____ Tipo: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

D- Dados do atendimento

Procedimentos: () desbridamento: _____
() enxerto: _____
() balneoterapia: _____
() outro _____
() Diárias de UTI
() Diárias de enfermariaProfissionais que atenderam / especialidades: _____

Encaminhamentos pós-alta / demandas assistenciais: _____

E- OBSERVAÇÕES _____
