



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM QUEIMADURAS DE UMA UNIDADE ESPECIALIZADA TERCIÁRIA

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH BURNS OF A TERTIARY SPECIALIZED UNIT

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES COM QUEMADURAS DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA TERCIARIA

Annecy Tojeiro Giordani¹, Helena Megumi Sonobe², Margarete de Araújo Andrade³, Maria Aparecida Valério⁴, Gabriele Guarini⁵, Amanda Torres Rodrigues⁶

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com queimaduras. **Método:** estudo quantitativo, retrospectivo, com 434 prontuários de pacientes com queimaduras, atendidos no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) paranaense, de janeiro/2012 a dezembro/2013. Os dados de identificação, sociodemográficos e clínicos foram digitados duplamente no Programa Excel e processados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS)[®], versão 19.0, com análise estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 459.623. **Resultados:** do total de 434 (100%) internações por queimaduras, predominou sexo masculino (287-66%), entre 10 e 30 anos (136-31%), queimaduras por álcool ou gasolina (182-42%), de 2º e 3º graus (159-37%), internações entre 11 e 30 dias (173-40%) e extensão corporal de 01 a 19% (280-65%). **Conclusão:** clientela necessitou de cuidados intensivos na fase aguda da hospitalização e de cuidados domiciliares específicos por um longo tempo e intervenções educativas para família, além de suporte profissional especializado para minimização de danos e comprometimento funcional, psicológico, laboral e social. **Descritores:** Queimaduras; Cuidados de enfermagem; Hospitalização.

ABSTRACT

Objective: to characterize the sociodemographic and clinical profile of patients with burns. **Method:** quantitative, retrospective study, with medical records of 434 patients with burns treated at the Burn Treatment Center (BTC) of Paraná, from January/2012 to December/2013. Identification, clinical and sociodemographic data were double entered in Excel Program and processed in Statistical Package for Social Science (SPSS)[®], version 19.0, with descriptive statistics analysis. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Opinion 459.623. **Results:** from the total of 434 (100%) hospitalizations for burns, it predominated males (287-66%), between 10 and 30 years old (136-31%), burns by gasoline or alcohol (182-42%), 2nd and 3rd degree burns (159-37%), hospitalizations between 11 and 30 days (173-40%) and body length from 01-19% (280-65%). **Conclusion:** patients required intensive care during the acute phase of hospitalization and specific home care for a long time and educational interventions for family, as well as specialized professional support for harm minimization, and psychological, social and occupational functional impairment. **Descriptors:** Burns; Nursing Care; Hospitalization.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con quemaduras. **Método:** estudio cuantitativo, retrospectivo, con 434 prontuarios de pacientes con quemaduras, atendidos en el Centro de Tratamientos de Quemados (CTQ) de Paraná de enero/2012 a diciembre/2013. Los datos de identificación, sociodemográficos y clínicos fueron digitados doblemente en el Programa Excel y procesados en el *Statistical Package for Social Science* (SPSS)[®], versión 19.0, con análisis estadístico descriptivo. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, parecer 459.623. **Resultados:** del total de 434 (100%) internaciones por quemaduras, predominó el sexo masculino 287 (66%), entre 10 y 30 años 136 (31%), quemaduras por alcohol o gasolina 182 (42%), de segundo y tercer grado 159 (37%), internaciones entre 11 y 30 días 173 (40%) y extensión corporal de 01 a 19% 280 (65%). **Conclusión:** los lesionados necesitaron de cuidados intensivos en la fase aguda de hospitalización y de cuidados domiciliarios específicos por un largo tiempo e intervenciones educativas para la familia, además de soporte profesional especializado para minimizar los daños y el comprometimiento funcional, psicológico, laboral y social. **Descriptores:** Quemaduras; Cuidados de Enfermería; Hospitalización.

¹Enfermeira, Pós-doutora, Professora Adjunta, Universidade Estadual do Norte do Paraná. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: annecy@uenp.edu.br; ²Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: megumi@eerp.usp.br; ³Enfermeira, Especialista, Hospital das Clínicas, Universidade Estadual de Londrina/HC-UEL. Londrina (PR), Brasil. E-mail: margareteandrade@sercomtel.com.br; ⁴Engenheira Agrônoma, Mestre, Professora Auxiliar, Universidade Estadual do Norte do Paraná/UENP-CLM. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: mavalerio@uenp.edu.br; ⁵Graduanda em Enfermagem, Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação Araucária, Universidade Estadual do Norte do Paraná/UENP-CLM. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: gabiguarini18@gmail.com; ⁶Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual do Norte do Paraná/UENP-CLM. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: amanda.t.rodrigues@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A queimadura é uma lesão em determinada área do corpo causada por agente físico ou causal que atinge o tegumento com repercussões sistêmicas leves ou graves, dependendo da extensão da área queimada, da profundidade, do agente causador e da região atingida.¹

Enquanto lesão dos tecidos orgânicos devido a um trauma de origem térmica (calor e frio), a queimadura causa de pequenas bolhas até danos graves, capazes de desencadear respostas sistêmicas conforme sua extensão e profundidade, além de desfiguramento, incapacidade e morte. Ainda, o processo de cicatrização das lesões por queimadura é doloroso e os tratamentos variam de dias até anos, com possibilidade de inúmeras complicações e consequências físicas e psicossociais, o que torna o processo bastante sofrido e desgastante aos pacientes, familiares e pessoas próximas.²⁻⁴

Para os profissionais da saúde que prestam assistência direta às pessoas com queimaduras em ambiente hospitalar, há desgaste mental e emocional por acompanhar o sofrimento dessa clientela, principalmente no desenvolvimento do trabalho da Enfermagem em unidades críticas para queimados, onde os profissionais vivenciam situações limítrofes de sofrimento.⁵ Tal situação decorre também devido ao sofrimento dos pacientes e às limitações que o trabalhador encontra em proporcionar-lhe alívio às dores físicas e emocionais.

Mesmo sem acompanhamento psicológico, como apoio à execução do seu trabalho, à equipe multiprofissional e interdisciplinar, da qual a Enfermagem faz parte, compete prestar uma assistência de qualidade que promova rápida recuperação do paciente com o mínimo de sequelas para retornar as suas atividades cotidianas, reabilitado funcional e esteticamente.^{1, 6, 7} Para o paciente com queimadura, sob o ponto de vista psicológico, há etapas que precisam ser superadas, como o medo de morrer, a ameaça de desfiguramento, o desconforto físico, a separação de familiares e amigos, o receio de sofrer rejeição, as consequências sobre seus projetos futuros e conflitos ligados à dependência de outras pessoas para a realização das atividades de vida diária (ADV). Isso tudo sem contar os estressores físicos, como a acidose, a perda de fluidos, as infecções, as dores, as alterações no equilíbrio endócrino, entre outros.^{1, 8}

Dependendo da extensão e gravidade da queimadura, as sequelas afetarão

significativamente as chances de o paciente usufruir plenamente seu potencial produtivo, econômico e social. As cicatrizes da queimadura não marcam somente a pele mas também a personalidade, a sexualidade, a autoimagem, o humor, as atividades laborais e outras. Interferem negativamente na execução de atividades rotineiras, como arrumar o cabelo, tomar banho, preparar refeições e alimentar-se, usar transporte público ou privado e comunicar-se, dentre outras limitações que precisam ser consideradas no processo de reabilitação.^{1, 9}

Entre outras importantes evidências, estudo desenvolvido³ sobre imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras depreendeu que as modificações causadas no corpo pela queimadura são avaliadas pela vítima de forma negativa, tornando-se um obstáculo à reabilitação social e fonte de sofrimento psíquico.

Há várias classificações de queimaduras de acordo com a extensão da superfície do corpo queimado. Ao se observar a profundidade da área lesionada, a queimadura pode ser denominada de 1º, 2º e 3º graus. A de 1º grau é dolorosa, não havendo necessidade de internação e, normalmente, ocorre devido à longa exposição solar. A queimadura de 2º grau pode ser superficial ou profunda, em geral, com bolhas dolorosas. Na queimadura de 3º grau, a pele é muito lesionada e os danos profundos requerem intensivo tratamento com intervenções cirúrgicas, enxertos de pele, controle e orientação da regeneração da cicatrização que tende a ocorrer de forma desordenada, com potencial de sequelas e infecções.^{2, 4, 10}

Estudo apresenta uma classificação que se baseia na profundidade da pele afetada, determinando o prognóstico e tratamento do paciente. Segundo seus autores, as lesões antes referidas como de 1º grau são as superficiais que afetam apenas a epiderme; as de espessura parcial são conhecidas como de 2º grau, podendo ser superficiais ou profundas; e as de espessura total correspondem as de 3º grau que acometem toda a espessura da pele. Nas queimaduras superficiais, há presença de hiperemias edematosas e dolorosas, resolvendo-se dentro de 5 a 7 dias. Já as queimaduras de espessura parcial são superficiais quando lesionam a derme e sua camada superior, apresentando bolhas, umidade e dor acentuada. Neste caso, a cicatrização ocorre de 14 a 21 dias, ficando um mínimo de tecido cicatricial. Estas (espessura parcial) também podem ser profundas ao acometerem quase toda a

espessura da derme, com coloração pálida e menos dor, cuja cicatrização leva de 3 a 6 semanas ou mais. Nas queimaduras de espessura total, as lesões podem se estender ao tecido subcutâneo, músculos e ossos, apresentando aspecto esbranquiçado e rígido, e o tratamento é ainda mais prolongado.²

Na prática, logo no primeiro dia, há grande dificuldade em diferenciar a queimadura de 2º grau profundo e a de 3º grau, podendo ser uma avaliação imprecisa ou não determinada. Isto ocorre porque durante a sua evolução a presença de infecção ou instabilidade hemodinâmica pode trazer prejuízos à lesão, aprofundando-a e, assim, alterar sua classificação. Então, por ser difícil determinar o grau da queimadura em uma primeira avaliação, é imprescindível que seja feita uma reavaliação após 48 a 72 horas da lesão.²

A destruição da pele representa a perda da primeira barreira diante da agressão de micro-organismos externos e existência de necrose, o que fornece um ambiente adequado para o crescimento microbiano e posterior invasão do organismo. Isto ocorre, sobretudo, quando a cicatrização se dá por segunda intenção, como nas lesões cutâneas por queimaduras mais extensas, o que lentifica o processo, aumenta o risco de infecção e retração cicatricial, além de cicatrizes extensas e alto custo de tratamento.²

Os profissionais de Enfermagem, tanto no Brasil quanto em outros países, têm papel primordial na prevenção, cuidado e recuperação de pacientes queimados. Entretanto, é extremamente difícil e complexa a tarefa de cuidar destes pacientes, especialmente de vítimas com grandes queimaduras. Os primeiros momentos de lucidez após o acidente, as dores diárias que acompanham o tratamento e o longo tempo de internação são somente alguns aspectos que demandam um cuidado especializado e humanizado da Enfermagem. Neste sentido, suas ações com o paciente devem se voltar ao controle da dor pela administração de sedativos e analgésicos, ao conforto físico e ao suporte emocional, o que exige do enfermeiro e equipe abrangência de conhecimentos técnicos e científicos e perícia para lidar com as respostas emocionais do paciente e de seus familiares, com vistas a acelerar sua reabilitação.⁵

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) enquanto um modelo assistencial de competência do enfermeiro pode auxiliar na oferta de um cuidado individualizado, humanizado, integral e contínuo ao paciente com queimadura e

família. Entretanto, ainda muitas instituições de saúde no país não o utilizam, mesmo algumas das poucas unidades hospitalares e centros especializados no tratamento às pessoas com queimaduras.^{8, 11, 12}

Estudo sobre a identificação de características específicas de vítimas de queimaduras possibilita aos profissionais de saúde envolvidos na assistência realizar o planejamento de uma assistência de melhor qualidade em consonância com suas singularidades. Além disso, o conhecimento de dados sociodemográficos e clínicos pode auxiliar os gestores de Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) no aprimoramento dos serviços, o que inclui atendimento aos pacientes e familiares durante a internação e pós-alta, educação em saúde, treinamento de funcionários e desenvolvimento de projetos preventivos à população.

OBJETIVO

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com queimaduras.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritiva e transversal acerca do perfil dos pacientes com queimaduras, atendidos no CTQ de um hospital universitário (HU) situado no estado do Paraná, quanto ao perfil sociodemográfico e clínico. A coleta de dados foi realizada por um período de três meses, totalizando 434 prontuários correspondentes aos pacientes admitidos de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base na literatura científica e na experiência clínica dos pesquisadores, contemplando dados de identificação, sociodemográficos e clínicos.

Os critérios de inclusão para a seleção de amostra para este estudo foram: prontuários de pacientes de todas as faixas etárias internados no CTQ no período pré-determinado. Os dados foram codificados e digitados duplamente em planilhas do aplicativo Excel, os quais foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS)[®], versão 19.0. Foi realizada análise estatística descritiva dos resultados com apresentação dos dados em frequências totais e percentuais.

O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR (CEP-UEL), segundo os preceitos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CONEP-466/12), assegurados o

anonimato, a confidencialidade e a desistência a qualquer tempo, sem prejuízo do atendimento aos participantes do estudo (Parecer nº 776.232).

RESULTADOS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes queimados atendidos no hospital do estudo, no período de 2012 e 2013. Londrina, 2014.

Caracterização de pacientes atendidos		Nº de pacientes			%
		2012	2013	Subtotal	Total
Sexo	Feminino	65	82	147	34
	Masculino	128	159	287	66
	Subtotal	193	241	434	100
Faixa etária (anos)	Menos de 02	21	18	39	09
	De 02 a 09	38	36	74	17
	De 10 a 30	53	83	136	31
	De 31 a 50	59	70	129	30
	De 51 a 60 ou +	22	34	56	13
	Subtotal	193	241	434	100
Etiologia da queimadura	Cirurgia reparadora	19	43	62	14
	Abrasão / Infecção Química / Radiação solar	02	05	7	2
	Contato	18	14	32	7
	Eletricidade	07	13	20	5
	Escaldo	56	75	131	30
	Fogo	91	91	182	42
	Subtotal	193	241	434	100
Gravidade da queimadura	0 grau	19	41	60	14
	1º grau	9	0	9	2
	2º grau	62	83	145	33
	3º grau	22	39	61	14
	2º e 3º graus	81	78	159	37
	Subtotal	193	241	434	100
Tempo de internação (dias)	De 0 a 1	28	30	58	13
	De 02 a 10	61	95	156	36
	De 11 a 30	82	91	173	40
	De 31 a 60 ou +	22	25	47	11
	Subtotal	193	241	434	100
Extensão da queimadura	0	17	41	58	13
	01 a 19 %	136	149	280	65
	20 a 39%	22	37	64	14
	40 a 59%	13	11	24	5
	Acima de 60%	05	03	8	2
Subtotal		193	241	434	100

DISCUSSÃO

De janeiro de 2012 a dezembro de 2013, foram atendidos 434 pacientes, sendo 193 (44,47%) casos em 2012 e 241 (55,53%) em 2013, de diferentes faixas etárias e tipos de queimaduras em diversas áreas do corpo.

No Brasil, em 2009, dados disponibilizados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) apontaram 2.175 vítimas fatais e 80.607 vítimas não fatais de queimadura internadas no sistema público de saúde. Já em países mais desenvolvidos, as taxas de mortalidade e morbidade por queimaduras têm sido menores nos últimos dez anos graças a uma série de intervenções preventivas e avanços no tratamento e cuidado de pacientes queimados.⁹ Sobre o aspecto epidemiológico¹³, resgatam que as lesões por queimadura variam de uma parte do mundo para outra, ao longo de um determinado tempo, e guardam relação com práticas

Os dados apresentados no Quadro 1 integram informações relevantes sobre a amostra pesquisada, podendo-se observar características relativas a algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.

culturais, crises sociais e circunstâncias individuais. Além disso, respondem por significativa morbidade e elevada mortalidade no mundo inteiro, apesar dos avançados tratamentos disponíveis.

Em 2012, somaram 76 as cidades de origem, sendo que 65 pacientes residiam na mesma cidade de atendimento (CTQ) e os demais (128) em outras cidades do estado do Paraná. Assim, a relação do número de atendimentos por cidade indicou 52 cidades com 1 atendimento, 11 cidades com 2 atendimentos, 7 cidades com 3 atendimentos e 6 cidades com 4 a 65 atendimentos cada. Do total (193) de pacientes queimados atendidos no CTQ em 2012, 23 (12%) foram a óbito. Já em 2013, totalizaram 87 as cidades de procedência, sendo que 87 pacientes residiam na mesma cidade de atendimento do CTQ e os demais (154), em outras cidades paranaenses. Em relação ao número de atendimento por cidade, obteve-se 50 cidades com 1 atendimento, 25 cidades com 2 atendimentos,

5 cidades com 3 atendimentos e 7 cidades com 4 a 87 atendimentos cada. Dos 241 pacientes atendidos no CTQ em 2013, 32 (13,3%) foram a óbito.

No Brasil, ocorrem em torno de 1.000.000 acidentes/ano, sendo que 100.000 pessoas queimadas procuram atendimento hospitalar e, destes, cerca de 2.500 vítimas de queimadura falecem direta ou indiretamente devido às lesões. Além do alto índice de mortalidade por queimaduras, problemas sociais e financeiros relacionados ao trabalho por afastamento, aposentadoria e reabilitação são apenas alguns dos transtornos decorrentes.^{1, 14}

As internações das vítimas de queimadura atendidas no CTQ são realizadas por meio de uma central de leito em todo o estado, na fase aguda. Após a alta, os pacientes têm retorno ambulatorial em uma semana, com agendamento de outros retornos conforme o estado clínico, a extensão e a gravidade da queimadura. Vítimas de queimaduras de 3º grau, por apresentar graves sequelas, requerem uso de malhas de contenção de queloides e seções de fisioterapia em sua região mais próxima de sua moradia, com agendamento de retornos ambulatoriais, principalmente para aqueles com sequela para correção cirúrgica.

Para sua recuperação física e reabilitação psicossocial, em geral, pacientes com queimadura precisam ser acompanhados por equipes multiprofissionais, especialmente os que tiveram lesões mais graves. Levando-se em conta a área de abrangência do atendimento do CTQ em questão e as especificidades de sua clientela, este conta com um seguimento especializado e multidisciplinar composto por equipes multiprofissionais, oferece 16 leitos de internação (adultos e infantil, de acordo com sua demanda) e 6 leitos de UTI (adulto e infantil), sendo que neste estado existem três CTQ.

No mesmo ano de sua inauguração (2007), foram iniciadas as suas atividades atendendo pessoas com queimaduras de 1º, 2º e 3º graus. Além de atendimento ambulatorial aos pacientes internados, o CTQ oferece atendimento especializado em plantão de 24 horas, com um Centro Cirúrgico próprio, Pronto Atendimento e Ambulatório. Em conformidade com as Portarias 1723 e 3432 do Ministério da Saúde (MS), possui equipe multiprofissional com 7 cirurgiões plásticos, 7 médicos plantonistas de UTI e 1 diarista; 1 médico diarista de UTI e 1 diarista plástico; 1 médico pediatra; 1 médico anestesista; 8

enfermeiros; 4 técnicos de enfermagem; 4 fisioterapeutas; 1 psicóloga, 1 nutricionista e 1 assistente social em conjunto com o HU.

Considerando-se o total de atendimentos (434) no período pesquisado, 193 pacientes em 2012 e 241 em 2013, constatou-se predomínio de vítimas de queimadura do sexo masculino (287-66%).

Outros estudos brasileiros sobre o perfil epidemiológico e clínico de pacientes internados em unidades especializadas como CTQ corroboram este resultado ao indicarem que a maioria das vítimas de queimaduras é do sexo masculino.^{12, 13, 15-17} Pesquisa obteve o resultado de 74% das queimaduras em pessoas do sexo masculino, com variação de idade de 18 a 76 anos, em uma média de 41,02 anos, considerado o total de casos estudados.¹⁴

Entretanto, pessoas do sexo feminino são, frequentemente, vítimas de lesões leves em ambiente domiciliar por estarem mais envolvidas com atividades domésticas, embora também integrem as estatísticas de acidentes mais graves e possíveis de serem evitados.¹ Sob o aspecto preventivo, o Brasil ainda carece da implementação de políticas públicas mais eficientes e ações de educação em saúde mais eficazes, uma vez que as queimaduras representam um trauma frequente, com 57% do total de mortalidade na faixa etária de 0 a 19 anos, equivalendo a 38% dos principais agravos atendidos no sistema de saúde.^{2, 14}

Quanto à idade, duas faixas etárias predominaram: de 10 a 30 anos (136-31%) e de 31 a 50 anos (129-30%), sendo que o número de pacientes na faixa etária de 21 a 60 anos ou mais foi 110 (55,83%) em 2012 e 144 (59,75%) em 2013, correspondendo à maioria (58,52%) das vítimas atendidas no CTQ deste estudo. Embora o número total de crianças com até 9 anos (113-26%) tenha sido menor em comparação aos adultos, a literatura científica mundial tem apontado valores elevados de queimaduras em crianças, especialmente em países em desenvolvimento. Um dos estudos cita que 50% dos acidentes com queimaduras em crianças menores de 7 anos acontecem no domicílio, sendo 48,9% na cozinha. Já estudos epidemiológicos realizados em vários países da América Latina indicam que os acidentes com crianças no ambiente doméstico são causados por escaldamento, ou seja, por líquidos superaquecidos.¹⁸

A alta incidência de acidentes por queimaduras na fase adulta, encontrada no presente estudo, assemelha-se ao resultado de pesquisa desenvolvida no CTQ da

Universidade Federal de São Paulo, com 33,6% dos pacientes na faixa etária de 31 a 50 anos e 31,7% com 19 a 30 anos, sendo que a média de idade foi de 33,7 em pacientes de 11 meses a 90 anos.¹³ No que diz respeito aos aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um hospital de ensino no Estado de Minas Gerais¹⁷, obteve-se média de idade de 26,1 anos (n=138) em um período de quatro anos. Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas.^{4, 14}

Embora o percentual de mulheres queimadas não tenha sido prevalente, observou-se um número maior de vítimas na faixa etária de 19 a 30 anos.¹³ A explicação apresentada pelos autores foi que, nessa fase da vida, as mulheres estão aprendendo a desenvolver uma série de tarefas domésticas, como cuidar da casa, cozinhar, passar roupa e cuidar das crianças. Por vezes, realizam várias destas tarefas ao mesmo tempo, com aumento do estresse, além das dificuldades de moradia, do sustento familiar e o uso de drogas ilícitas.

Em relação à etiologia da queimadura, houve predomínio de 182 (42%) pacientes queimados com fogo, tendo como agentes causadores álcool ou gasolina, sendo 91 (50%) registros em 2012 e igual número em 2013. Por sua vez, o escaldamento foi a segunda etiologia mais incidente (131=30%) com água e óleo ferventes como principais agentes, tendo ocorrido 56 (42,75%) casos em 2012 e 75 (57,25%) em 2013.

As queimaduras térmicas são provocadas por fontes de calor, como o fogo, objetos quentes, vapores, líquidos ferventes e excessiva exposição solar. Milhares de pessoas morrem de queimaduras por fogo, sem contar as mortes decorrentes de outros tipos, por exemplo, queimaduras químicas provocadas por substâncias que entram em contato com a pele ou através das roupas, por substâncias quentes, como óleo e água, e por eletricidade decorrente de descargas elétricas. Ainda, 95% dessas mortes ocorreram em países com baixa e média renda, onde as queimaduras continuam sendo um dos agravos mais negligenciados entre os vários tipos de causas externas.^{9, 14}

Baseando-se em dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2012, estudo corrobora esta questão ao mencionar a estimativa de 195.000 mortes/ano por queimadura no mundo, com maior ocorrência em países de baixa e média renda. As autoras obtiveram uma frequência de 88% de casos por queimadura térmica e 12% por

queimadura elétrica, com prevalência de acidentes domésticos por escaldamento, uso de álcool para acendimento de churrasqueira ou fogão à lenha, explosão de panela, botijão de gás, fogos de artifício e incêndio no domicílio.¹⁴

Outro estudo apontou para 40,6% (41) pacientes (n=101) internados com queimaduras provocadas por líquido inflamável e 26 pacientes (25,7%) por líquido aquecido, superando outros agentes. O álcool foi o principal causador de acidentes, tendo representado 31,3% do total dos casos. Isoladamente, álcool líquido e escaldamento prevaleceram no sexo masculino.¹³ Segundo os autores, esta maior incidência de queimadura em homens está relacionada à sua exposição a atividades de risco para acidentes, além de se envolverem com atividades que exigem maior esforço físico e cargas de trabalho excessivas. O manuseio de equipamentos mecânicos, substâncias químicas, incluindo os combustíveis, o trabalho em redes de eletricidade, acidentes automobilísticos, guerras e tráfico de drogas estariam, portanto, entre os mais importantes riscos de graves acidentes.

Pesquisa com 148 pacientes queimados internados também apontou o álcool líquido como o principal agente causador de queimaduras. Os autores afirmam ainda que queimaduras por álcool no Brasil estão em primeiro lugar, superando todos os outros países.⁴

Possivelmente, isso ocorra devido ao uso indiscriminado deste produto inflamável pelos brasileiros em seus domicílios, levando em consideração a sua fácil aquisição e o desconhecimento dos riscos de graves acidentes. Neste sentido, orientações devem ser fornecidas às populações em geral com o propósito de alertar para os perigos e cuidados a serem tomados quanto à combinação álcool líquido e fogo.¹⁴

Foi maior o número de pacientes com queimaduras mais graves, ou seja, de 2º e 3º graus (159=37%), sendo 81 (41,96%) pacientes do total atendido em 2012 e 78 (32,36%) pacientes dos atendimentos registrados em 2013; seguido de lesões indicadas como somente de 2º grau, com 62 (32,12%) em 2012 e 83 (34,43%) registros em 2013, o que totalizou 145 (33%) pacientes com este grau de lesão no período pesquisado.

Pesquisa documental já mencionada e cujo objetivo foi identificar o perfil epidemiológico de pacientes adultos internados em uma UTI de queimados apontou 70% dos pacientes com queimaduras de 3º grau e 22% lesões

inalatórias.¹⁴ Em contrapartida, em estudo epidemiológico realizado no CTQ de um hospital de urgência de Aracajú/SE, 15,25% dos pacientes internados (n=526) no período de um ano apresentaram queimaduras de 3º grau, 83,86% de 2º grau e 0,9% de 1º grau.¹⁹ Outro estudo obteve o resultado de 61,4% de pacientes considerados pequenos queimados com superfície corporal queimada (SCQ) de 11,3% (1 a 77,5%; n=101) e lesão inalatória em 11 casos (10,9%). Foram observados 6 óbitos no período de 12 meses, com média de taxa de mortalidade de 5,94%.¹³

Referente ao tempo de internação, no presente estudo, predominou o período de 11 a 30 dias, tendo ocorrido 82 (42,48%) internações em 2012 e 91 (37,75%) em 2013, somando 173 (40%) pacientes hospitalizados nesse período, seguido pelo período de 2 a 10 dias, com 61 (31,60%) pacientes internados em 2012 e 95 (39,41%) internados em 2013, totalizando 156 (36%) casos nos dois anos pesquisados.

Embora a maioria dos países em desenvolvimento não tenha condições de arcar com adequados recursos humanos e tecnológicos para o tratamento de queimados, quando disponíveis, há tendência a diminuir o tempo de internação e a taxa de mortalidade dos pacientes.¹³

A queimadura é um sério problema de Saúde Pública ao imputar sequelas físicas e psicológicas nas vítimas e gerar altos custos financeiros aos governos. Quanto tempo de internação, houve variação entre 2 e 97 dias, com média de 24 dias, sendo que, do total de casos analisados (n=50), 74% receberam alta, prevalecendo sobre o número de óbitos no período estudado.¹⁴

Todavia, dos 101 pacientes queimados e internados em um CTQ na cidade de São Paulo, no período de um ano, a média de internação mensal foi de 8,3 dias¹³ e, em outro estudo com 138 pacientes atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/MG, obteve-se um tempo médio de internação de 16,2 dias, no período de quatro anos.¹⁷

Este valor é bem inferior ao encontrado em estudo⁴ cujo tempo médio de internação foi de 27 dias, com variação entre 1 e 176 dias. Quanto à extensão das queimaduras, 136 (70,46%) pacientes em 2012 e 149 (61,82%) pacientes em 2013 tiveram de 01 a 19% da superfície corporal lesionada, totalizando 280 (65%) casos no período pesquisado. Esta maior porcentagem foi seguida pela ocorrência de 64 (14%) pacientes com 20 a 39% de área corporal queimada, correspondendo a 22

(11,39%) em 2012 e 37 (15,35%) em 2013, valores sugestivos de gravidade das lesões devido à extensão das áreas afetadas.

Houve prevalência de pacientes adultos nas estratificações de queimaduras superiores a 10% da superfície corporal (QSC), enquanto as crianças representaram o maior número de vítimas com queimaduras inferiores a 10%.⁴ Já quanto à extensão da queimadura, um estudo¹³ apontou predomínio da pequena queimadura em 62 casos (61,4%), sendo 27 (26,7%) e 12 (11,9%) classificados, respectivamente, como média e grande queimadura. Por sua vez, foram obtidos resultados indicativos de prevalência de queimaduras de 2º grau (n=526), com maior número de acidentes por escaldamento e predomínio de médio porte.¹⁹ Também, em outro estudo, foi encontrado, além de uma superfície corporal queimada média de 20,8%, um maior número de queimaduras de 2º grau em 122 (88,4%) pacientes (n=138).¹⁷

Calcular a superfície corporal queimada auxilia no prognóstico e ajuda a estabelecer a conduta terapêutica durante o tratamento. Nesse sentido, o esquema de Lund e Browder é bastante utilizado ao levar em consideração as proporções do corpo conforme a idade, estimando assim a extensão da área queimada.¹

Em muitos prontuários de pacientes queimados com lesões de diferentes graus, há registro somente das mais profundas, o que dificulta a obtenção de informações precisas e importantes. O registro correto e completo de todos os dados em prontuário torna-se, então, imprescindível por tratar-se de uma fonte de informação clínica e administrativa que ajuda na tomada de decisão e no compartilhamento entre os profissionais que assistem direta ou indiretamente pacientes queimados. Ainda, o atendimento tardio, também devido à distância e à demora no deslocamento até a unidade especializada, pode ocasionar sérias consequências e complicações que poderão levar o paciente a óbito.¹⁴

CONCLUSÃO

Do total de 434 (100%) internações por queimaduras nesse serviço especializado, houve predomínio de pacientes do sexo masculino (287-66%), entre 10 e 30 anos (136-31%), com queimaduras por álcool ou gasolina (182-42%), queimaduras de 2º e 3º graus (159-37%), tempo de internação entre 11 e 30 dias (173-40%) e extensão da superfície corporal de 01 a 19% (280-65%).

Esse perfil sociodemográfico e clínico indica que estes pacientes terão necessidade

de um cuidador no domicílio para realizar cuidados específicos por um longo tempo, considerando-se o sexo, a idade, a extensão e a gravidade da queimadura, o que demanda o planejamento de intervenções educativas com inserção da família.

No planejamento da assistência de enfermagem especializada e multiprofissional, é imprescindível buscar minimizar os danos como a redução da capacidade funcional e sequelas físicas e estéticas decorrentes de queimaduras, visto que poderão se transformar em traumas psicológicos, autoimagem corporal negativa e incapacidade para o trabalho, que comprometem a qualidade de vida dessas pessoas.

O enfermeiro tanto pode intervir no planejamento dos cuidados diretos ao queimado através, por exemplo, da construção de protocolos e execução de procedimentos assépticos recomendados, como também pode implementar ações educativas direcionadas a pacientes, familiares e profissionais que integram sua equipe de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Bessa JKM, Oliveira da Silva TCO, Marques Rosa S. Mulheres vítimas de queimaduras: um olhar sobre as atividades de vida diária. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2011 May/Aug;19(2):153-64.
2. Andrade AG, Lima CF, Albuquerque AKB. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. *Rev bras queimaduras* [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 20];9(1):21-30. Available from: <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/marco-2010/05efeitosdolaser.pdf>.
3. Costa MCS, Rossi LA, Dantas RAS, Trigueiros LF. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare enferm* [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2013 Oct 20];15(2):209-16. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17849/11644..>;
4. Lima LS, Araujo MAR, Cavendish TA, Assis EM, Aguiar G. Perfil epidemiológico e antropométrico de pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimados em Brasília, Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 20];21(4):301-8. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/perfil_epidemiologico_antropometrico.pdf.
5. Duarte MLC, Lemos L, Zanini LNN, Wagnes ZI. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 20]; 33(1):77-84. Available

from:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21343>.

6. Coelho JAB, Araujo STC. Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. *Acta paul enferm* [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 20];23(1):60-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100010&script=sci_arttext.
7. Takejima M, Netto FB, Toebe BL, Andretta MA, Prestes MA, Takaki JL. Prevenção de queimaduras: avaliação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras em usuários das unidades de saúde de Curitiba. *Rev bras queimaduras* [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];10(3):85-8. Available from: <http://www.grupouninter.com.br/revistasaud/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/download/100/103>.
8. Teixeira CC, Almeida WA. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente queimado. *Universitári@ - Revista Científica do Unisalesiano* [Internet]. 2012 Jan/June [cited 2013 Oct 20];3(6):49-58. Available from: <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no6/artigo2.pdf>.
9. Gawryszewski VP, Bernal RTI, Silva NN, Morais Neto OL, Silva MMA, Mascarenhas MDM, et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil. *Cad saúde pública* [Internet]. 2009 Apr [cited 2013 Oct 20];28(4):629-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/03.pdf>.
10. Pereira CME, Dutra CF, Lonien HCS. O paciente queimado e a cicatrização: uma revisão literária. *Instituto de Ensino Superior de Londrina - INESUL*. 2010;5:10-27.
11. Souza TJA. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. *Rev bras cir plást* [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];26(1):10-5. Available from: <http://www.rbcp.org.br/imageBank/PDF/v26n1a04.pdf>.
12. Lima OBA, Arruda AJCG, Carvalho GDA, Melo VC, Silva AF. A enfermagem e o cuidado à vítima de queimaduras: revisão integrativa. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 20];7(7):4944-50. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4178..>
13. Lacerda LA, Carneiro AC, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. *Rev bras queimaduras* [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 20];9(3):82-8. Available from: http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=40.

14. Camuci MB, Marins JT, Cardeli AAM, Robazzi MLCC. Caracterização epidemiológica de pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva de queimados. Cogitare enferm [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2013 Oct 20];19(1):78-83. Available from:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/35961/22170>.

15. Souza AA, Mattar CA, Almeida PCC, Faiwichow L, Fernandes FS, Neto ECA, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Rev bras queimaduras [Internet]. 2009 [cited 2013 Oct 20];8(3):87-90. Available from: <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/dezembro-2009/06-perfil-epidemiologico-dos-pacientes-internados.pdf>.

16. Leão CEG, Andrade ES, Fabrini DS, Oliveira RA, Machado GLB, Gontijo LC. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. Rev bras cir plást [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];26(4):573-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v26n4/a06.pdf>.

17. Montes FS, Barbosa MH, Souza Neto ALS. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];45(2):369-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a09>.

18. Brasil EGM, Brito MEM, Pinheiro PNC. Caracterização de famílias de crianças internadas em um Centro de Tratamento de Queimados. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Dec [cited 2013 Oct 20];6(12):2867-73. Available from: http://www.researchgate.net/profile/Maria_Lima24/publication/47446963_Characterization_of_children_victims_of_accidents_and_violence_admitted_to_pediatric_intensive_care_units/links.

19. Reis IF, Moreira CA, Costa ACSM. Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe. Rev bras queimaduras [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 20];10(4):114-8. Available from: http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=80.

Submissão: 05/08/2014

Aceito: 30/10/2014

Publicado: 01/02/2015

Correspondência

Annecy Tojeiro Giordani
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) - Campus Luiz Meneghel / Setor de Enfermagem (Bloco 5)
Rodovia BR-369, Km 54 - Bairro Vila Maria
CEP 86360-000 – Bandeirantes (PR), Brasil