

Perfil dos pacientes hospitalizados na unidade de queimados de um hospital de referência de Brasília

Profile of hospitalized patients in burn's unit of a reference hospital in Brasilia

Perfil de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en un hospital de referencia en Brasilia

Silvana Borges Nascimento, Letícia Santana da Silva Soares, Camila Alves Arede, Pamela Alejandra Escalante Saavedra, Jéssica Vick de Oliveira Leal, José Adorno, Dayani Galato

RESUMO

Objetivo: Apresentar o perfil dos pacientes hospitalizados na unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte - DF. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal baseado na análise dos prontuários e do livro de registro da Unidade de Terapia de Queimados. Para a coleta de dados, foi realizado um censo do ano de 2014. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa EpiData versão 3.0 e posteriormente analisados no *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 20.0. **Resultados:** A amostra foi composta por 219 pacientes, sendo 63% homens, e a média de idade foi de 32,4 ($\pm 20,1$) anos. Os agentes térmicos foram os que mais causaram queimaduras nesta população (79,0%), sendo as de segundo grau as mais prevalentes (79,4%). As complicações durante a hospitalização foram frequentes (49,8%), com a infecção como causa mais comum. Dos pacientes hospitalizados, um terço necessitou de hemocomponentes (31,1%), principalmente concentrado de hemácias (23,4%). Em 86,0% dos casos, o desfecho foi alta, mesmo que com seqüela. **Conclusões:** O perfil dos pacientes hospitalizados no ano de estudo demonstra que majoritariamente os pacientes são do sexo masculino com queimaduras térmicas, sendo geralmente recuperados até a alta hospitalar, mesmo que parte desses sofram complicações durante o período de hospitalização. **DESCRITORES:** Queimaduras. Unidades de Queimados. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To present the profile of hospitalized patients in the burn unit of Hospital Regional da Asa Norte - DF. **Methods:** This is a cross-sectional study based on the analysis of medical records and the record book of Burn Care Unit of the Hospital Regional da Asa Norte - DF. The collected data were stored in a database on EpiData 3.0 software and then analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0. **Results:** The sample consisted on 219 patients and 63% were men, the average age was 32.4 (± 20.1) years. The thermal agents were the major cause of burns in this population (79.0%), being the second degree burns the most prevalent (79.4%). Complications during hospitalization were common (49.8%) being infections the most common. One third of the patients required blood products (31.1%), mainly red blood cells (23.4%). In 86% of cases the outcome was the discharged from the hospital, even with sequels. **Conclusions:** The study sample is predominantly made up of men whose burns were caused by thermal agents and that were generally recovered until hospital discharge, even if some of these complications suffered during hospitalization.

KEYWORDS: Burns. Burn Units. Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Presentar el perfil de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados del Hospital Regional Asa Norte - DF. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal basado en el análisis de los registros clínicos y el libro de registro de la Unidad de Terapia de Quemados. Para la recogida de los datos fue realizado un censo del año de 2014. Los datos recogidos se almacenaron en una base de datos del software EpiData 3.0 y luego se analizaron mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 20.0. **Resultados:** La muestra fue de 219 pacientes, con 63% de hombres, la edad media fue de 32,4 años ($\pm 20,1$). Los agentes térmicos fueron la mayor causa de quemaduras en esta población (79,0%) siendo las de segundo grado las más prevalentes (79,4%). Las complicaciones durante la hospitalización fueron comunes (49,8%) siendo las infecciones las más frecuentes. Un tercio de los pacientes hospitalizados recibieron productos de la sangre (31,1%), principalmente concentrado de hemacias (23,4%). El 86% de los casos tuvieron como resultado alta hospitalaria, aunque algunos con secuelas. **Conclusiones:** El perfil de los pacientes hospitalizados en el año del estudio fue mayoritariamente de pacientes del sexo masculino con quemaduras térmicas, con recuperación hasta el alta hospitalaria, aún si parte de ellos sufrieron complicaciones durante el período de hospitalización. **PALABRAS CLAVES:** Quemaduras. Unidades de Quemados. Epidemiología.

INTRODUÇÃO

As queimaduras caracterizam-se por lesões cutâneas causadas geralmente pela ação direta ou indireta do calor¹ e entre as principais causas estão chama direta, escaldamento, contato com superfície aquecida, exposição à fumaça e corrente elétrica². Estes agentes comprometem os tecidos lesados, ocasionando desnaturação proteica e morte celular, podendo comprometer diferentes estruturas orgânicas. Pode atingir camadas profundas como tecido muscular, tendões e ossos, com risco de levar à perda de membros, de função, do movimento ou à morte do indivíduo³.

As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade em primeiro grau, atingindo apenas a epiderme; segundo grau, que atinge a epiderme e a derme, provocando bolhas; terceiro grau, que acomete todas as camadas da pele e tecidos subcutâneos como músculos e tendões; e quarto grau, também conhecida como carbonização¹.

Para aferir a extensão destas lesões, na superfície do corpo queimada (SCQ), utiliza-se a regra dos nove, criada por Wallace & Pulsaski, em que cada região do corpo equivale a um valor percentual múltiplo de nove. Em feridas que atingem áreas isoladas, pode-se utilizar a palma da mão do paciente, incluindo os dedos, como referência de 1%. Além da profundidade e da extensão, outros fatores determinam a gravidade destas lesões como a presença de lesão inalatória, de politrauma e comorbidades¹.

A queimadura é uma agressão que pode resultar em sequelas físicas e psicológicas ao paciente⁴. Nos casos em que é necessária a hospitalização, o paciente é exposto aos estressores físicos (alterações endócrinas, perda de fluidos, potencial para infecções, dor) e aos estressores emocionais. Entre estes últimos estressores, citam-se a separação da família, afastamento do trabalho, despersonalização, dependência de cuidados, mudanças corporais e a perda da autonomia³.

O tratamento envolve, de maneira geral, a interrupção do processo de queimadura, o manejo da dor, a reidratação, reposição de sais minerais e outros nutrientes, prevenção ou tratamento de infecções, anestésias e sedações nos procedimentos invasivos, como balneoterapias, desbridamentos e enxertos^{1,4,6}.

Contudo, as complicações são bastante comuns, em especial as infecciosas, que geralmente estão relacionadas com o pior prognóstico dos pacientes. Por outro lado, as hematológicas, em especial nos grandes queimados (SCQ > 20%) e com maior gravidade (queimaduras de 3º grau, por exemplo), também merecem destaque, pois o paciente queimado pode apresentar quadro de hipovolemia, plaquetopenia ou anemia em razão das queimaduras ou de sangramentos e procedimentos cirúrgicos⁵, além de complicações nutricionais advindas da exigência de jejum para os procedimentos e da dificuldade em se alimentar adequadamente quando queimados na face³.

Há poucos estudos no Brasil que abordam o levantamento de dados epidemiológicos sobre este tema^{2,5,7-9}, além disso, existe a necessidade de apresentar a realidade destes pacientes, já que não há

um banco de dados nacional, bem como alertar as autoridades, em especial as sanitárias, sobre a prevenção de acidentes envolvendo queimaduras e as consequências desta situação.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi o de apresentar o perfil dos pacientes hospitalizados na unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte – DF (HRAN).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal baseado na análise documental de prontuários dos pacientes e do livro de registros da Unidade de Terapia de Queimados (UTQ).

Para a realização do presente estudo, selecionou-se o HRAN, localizado em Brasília – Distrito Federal. Este hospital possui uma equipe multidisciplinar que, além do atendimento médico e de enfermagem, conta com apoio psicológico, nutricional, e fisioterapêutico. O HRAN é um dos 40 centros de referência no atendimento às vítimas de queimaduras do país e o único público do Centro-Oeste, atendendo de forma multidisciplinar¹⁰ em torno de 200 pacientes nestas condições por mês. Deste total, aproximadamente 20 necessitam de hospitalização devido à gravidade das lesões. No ano de 2013, 192 pacientes foram hospitalizados por queimadura nesta unidade, segundo o setor de estatística do hospital.

A população deste estudo foi a de pacientes queimados atendidos e hospitalizados no HRAN. Os critérios de inclusão foram: paciente estar hospitalizado no período da pesquisa (2014) na UTQ, apresentar registro no livro de queimados da Unidade e possuir prontuário eletrônico. Como critérios de exclusão, adotaram-se: as reinternações para cirurgias reparadoras, as hospitalizações para tratamento de lesões não classificadas como queimaduras e a duplicidade de prontuário. Neste contexto, este estudo caracteriza-se como um censo.

Para a análise documental, foi construído um instrumento de coleta de dados contendo informações a respeito do perfil do paciente (idade e sexo) e estado de saúde (comorbidades, percentual do corpo queimado e grau da queimadura; agente causador da queimadura, complicações durante a hospitalização, além do tempo de hospitalização e a evolução final – desfecho da hospitalização que pode ser a alta do hospital, transferência ou óbito).

Para avaliar a aplicabilidade do instrumento desenvolvido, foi realizado um piloto com 10% da população do estudo. Este piloto indicou a necessidade de ajustes no instrumento como incluir o agente causador da queimadura, o uso de hemocomponentes e hemoderivados e o tipo de desfecho da hospitalização. Esta alteração no instrumento fez com que os dados já coletados tivessem que ser complementados.

Para a coleta de dados, foi inicialmente analisado o livro de registros da UTQ (identificação dos pacientes atendidos na unidade) e, posteriormente, as informações foram complementadas junto ao prontuário eletrônico.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa EpiData versão 3.0 e analisados no *Statistical Package*

for Social Science (SPSS) versão 20.0. Os dados foram avaliados por meio da estatística descritiva, sendo as variáveis numéricas apresentadas em medidas de tendência central e dispersão e as variáveis nominais em números absolutos e proporções.

Para avaliar a associação entre as variáveis nominais, foi adotado o teste do qui-quadrado e para a comparação e médias adotou-se o Mann-Whitney para amostras independentes. Foi também realizada a análise de correlação de Spearman entre variáveis numéricas. Em todas as análises, adotou-se como significativos $p < 0,05$.

Foram adotadas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466 de 12 de dezembro de 2012. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da plataforma Brasil e aprovado sob o número 994.877 em março de 2015. Para a coleta de dados, houve inicialmente o acesso liberado pela instituição hospitalar.

RESULTADOS

Durante o ano de 2014, foram registrados no livro da UTQ 234 sujeitos. Destes, 15 foram excluídos da pesquisa devido à repetição de prontuário, hospitalização por outros motivos, dados incompletos, internações ou reinternações para cirurgias corretivas. Sendo assim, a amostra deste estudo foi de 219 pacientes (Figura 1).

A população analisada foi composta de pacientes, cuja média de idade foi de 32,4 (Desvio Padrão – DP ± 20,1) anos, variando entre sete meses e 88 anos de idade. Destaca-se que dos pacientes hospitalizados no período 20,1% (n=44) tinham até 12 anos e 9,6% (n=21) eram idosos (idade igual ou superior a 60 anos). Neste período, mais da metade dos hospitalizados 63,5% (n=139) foram homens. No ato da hospitalização, 63% (n=138) dos queimados possuíam comorbidades, sendo as principais: tabagismo (n=57; 26,1%), etilismo (n=52; 23,9%), hipertensão arterial sistêmica (n=40; 18,1%), infecção prévia na ferida (n=40; 18,1%), obesidade (n=38; 17,4%), uso de drogas (n=37; 16,7%), alergias ou intolerância aos medicamentos (n=13; 5,8%) e diabetes (n=11; 5,1%).

As queimaduras que mais prevaleceram foram as de segundo grau (n=174; 79,4%), seguidas pelas queimaduras de terceiro grau (n=82; 37,4%) e pelas de primeiro grau (n=4; 1,8%). A queimadura de quarto grau foi descrita em apenas uma situação (0,4%).

O percentual de SCQ teve média de 14,9% (DP ± 16,4%), com o mínimo de 1% e o máximo de 85%. Neste caso a mediana da SCQ foi de 10,0%. Não foi observada por meio do teste de correlação de Spearman associação entre a idade e a SCQ ($R=0,001$; $p=0,987$). Os agentes causadores destas queimaduras estão representados na Figura 2. Destaca-se que todas as queimaduras térmicas foram causadas pelo calor (chama, superfícies quentes, líquidos quentes, etc). Observou-se que as queimaduras térmicas estavam relacionadas principalmente a acidentes domésticos, automobilísticos e também por violência. Por outro lado,

parte importante das queimaduras causadas por agentes elétricos estiveram relacionadas à atividade profissional.

Durante estas hospitalizações, foram registradas diversas complicações clínicas, as quais aparecem descritas na Figura 3. Observa-se que metade dos pacientes apresentaram alguma complicação, e a mais frequente delas foi a infecção.

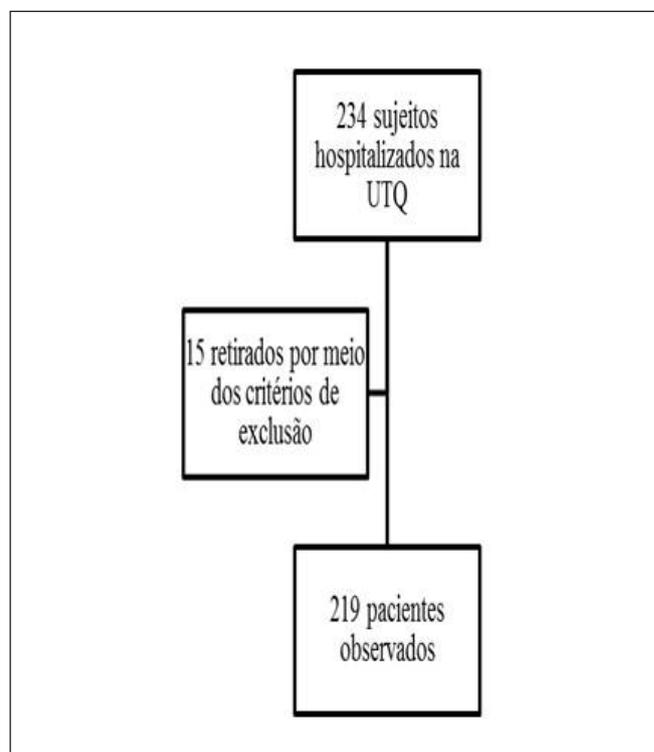


Figura 1 - Representação da seleção dos sujeitos da pesquisa.

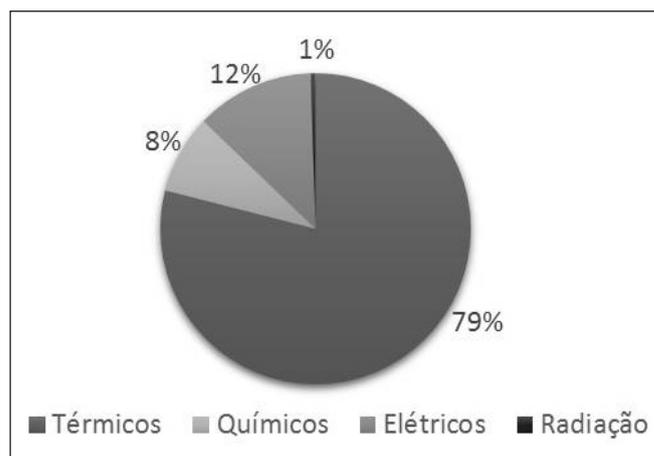


Figura 2 – Distribuição dos agentes causadores das queimaduras dos pacientes hospitalizados na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília-DF, 2014.

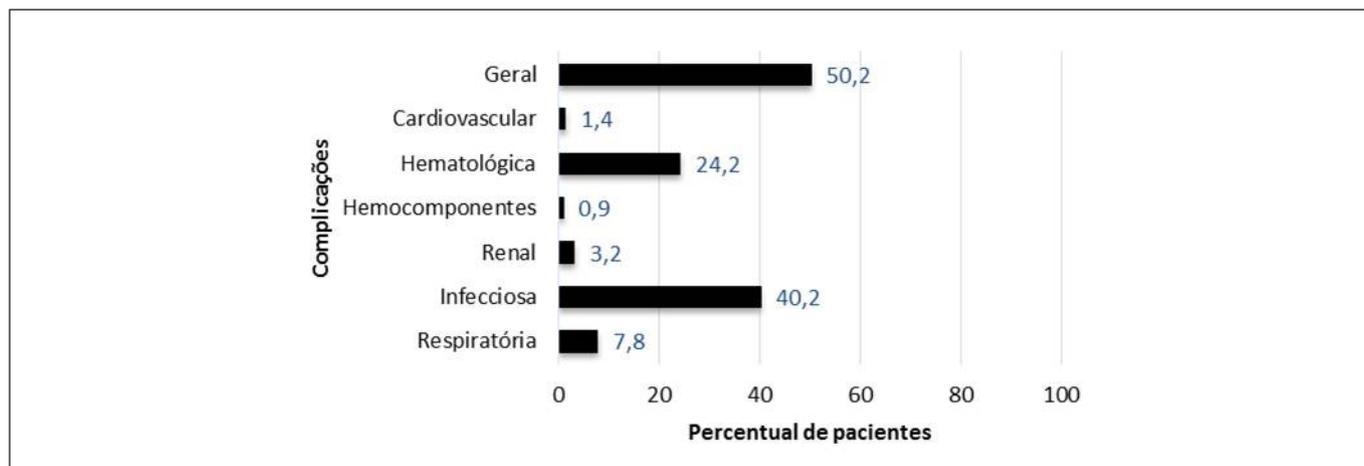


Figura 3 – Distribuição das complicações dos pacientes hospitalizados na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília-DF, 2014.

Nota: Geral- Ocorrência de qualquer das complicações investigadas.

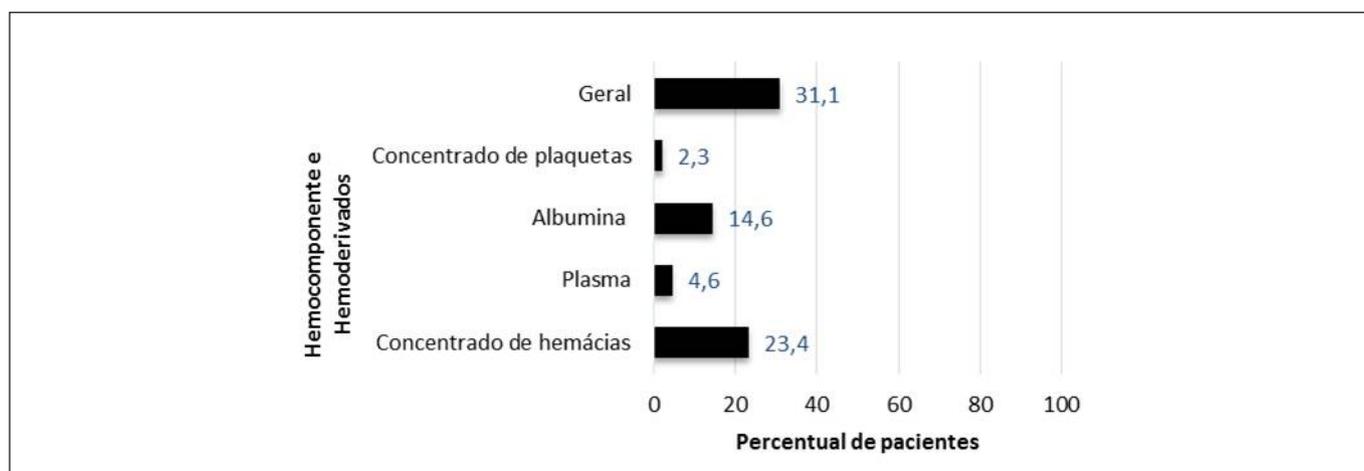


Figura 4 – Distribuição de Hemocomponentes e hemoderivados utilizados pelos pacientes hospitalizados na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília-DF, 2014.

Nota: Geral - Uso de qualquer dos hemocomponentes ou hemoderivados investigados.

O uso de hemocomponentes e de hemoderivados nesta população é comum, como pode ser observado na Figura 4. De maneira geral, 31,1% (n=68) dos pacientes necessitaram desse tipo de tratamento, sendo o mais comum o concentrado de hemácias com 23,4% (n=51) dos casos. Para analisar a associação entre o uso de hemocomponentes e o tipo de queimadura, foi realizado o teste do qui-quadrado, sendo observado uso significativamente maior ($p=0,048$) em paciente com queimaduras de terceiro grau em relação aos indivíduos com queimaduras de primeiro ou segundo grau. Outro fator associado ao uso desta tecnologia foi a SCQ, mostrando-se que pacientes em uso de hemocomponentes ou hemoderivados possuem em média 25,6% (DP±19,3) e pacientes que não utilizaram estas tecnologias durante a hospitalização possuem

em média 10,2% (DP±12,3) do SCQ. Desta forma, comparando estas médias por meio do teste de Mann-Whitney observou-se haver uma diferença significativa ($p<0,001$).

As hospitalizações tiveram duração média de 13,9 (DP±13,7) dias, sendo um dia o menor período e 92 dias o maior. Nos casos de hospitalização de um único dia, esta curta duração esteve relacionada aos casos de evasão do paciente. Os principais tipos de evolução dos pacientes encontrados neste estudo, bem como a frequência com que ocorreram, estão descritos na Figura 5.

Quando se categoriza o tempo de internação pela mediana de 10 dias, é possível observar diferenças significativas entre as médias de tempos de internação (Mann-Whitney), ou seja, para pessoas com até 10% do corpo queimado observou-se uma média de

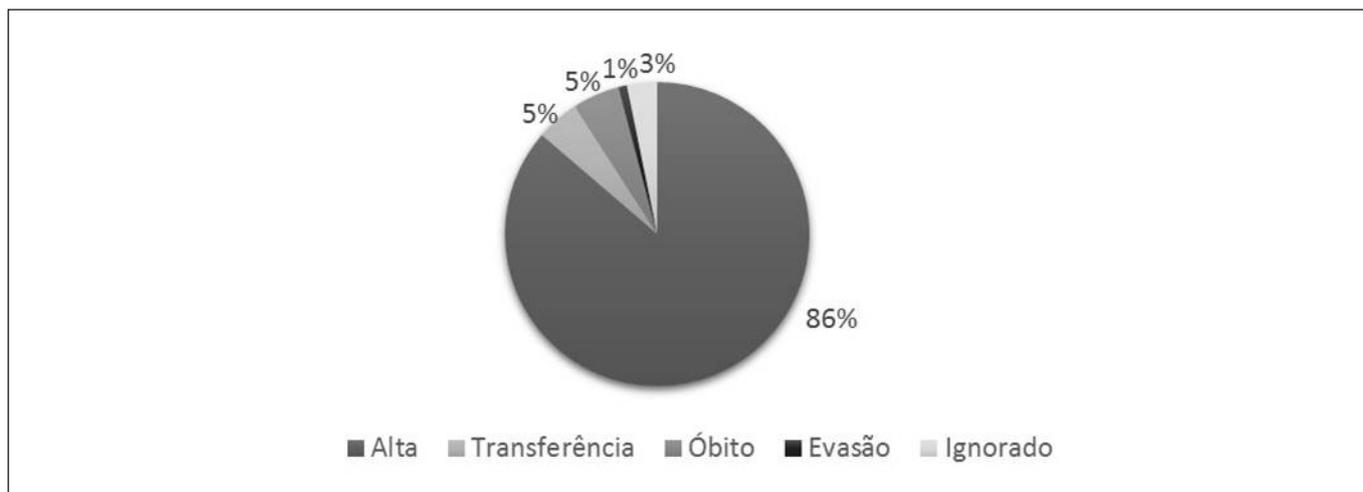


Figura 5 – Distribuição das evoluções dos pacientes hospitalizados na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília-DF, 2014.

tempo 9,6 (DP±9,5) dias e para pacientes com mais de 10% do corpo queimado esta média sobe para 18,9 (DP±16,0) dias, o que corresponde a médias são estatisticamente diferentes ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Os achados deste trabalho demonstram que o perfil dos pacientes, dos agentes etiológicos e dos períodos de hospitalização é bastante diversificado. Contudo, observou-se um alto índice de uso de hemocomponentes e hemoderivados, o que esteve associado ao grau da queimadura e à SCQ. Além disso, pode-se verificar que mesmo que a maioria dos pacientes evolua para a alta hospitalar as complicações são frequentes, em especial as infecciosas.

No presente estudo prevaleceram hospitalizações entre adultos, principalmente do sexo masculino, em que uma parcela considerável é de usuários de drogas ilícitas, etilistas e/ou tabagistas, representando um grupo de risco de sofrer queimaduras, seja pelo estado alterado de consciência, seja pelo constante contato com fogo, ou ambas as situações. Corroborando este fato, foi demonstrado em outro estudo haver associação entre queimaduras e consumo de bebidas alcoólicas e drogas⁷. Esta associação fortalece a hipótese destas serem lesões acidentais potencialmente evitáveis.

Neste estudo, observamos uma parcela considerável de pacientes com até 12 anos de idade. As crianças representam uma parte importante das hospitalizações por meio dos acidentes domésticos, principalmente por escaldamento, o que pode ser explicado pela curiosidade própria da idade ou pelo descuido dos cuidadores⁸.

Observou-se que a maior causa de queimaduras nos pacientes foram os agentes térmicos (neste estudo, todos por fontes de calor), visto que o hospital está localizado em uma região de clima predominantemente quente, o que reduz as chances de queimaduras por fontes de baixas temperaturas. Além disso, por não se tratar de

uma região litorânea, não temos a ocorrência de queimaduras por agentes biológicos, em especial animais marinhos com capacidade de provocar este tipo de lesão. Corroborando esta hipótese, resultados semelhantes foram obtidos em outro estudo no mesmo hospital nos anos 1990⁹. O choque elétrico aparece como segunda principal causa de queimaduras, e ocorre, em sua maioria, entre trabalhadores no exercício de suas funções.

É sempre importante destacar que as queimaduras estão geralmente relacionadas ao uso de produtos inflamáveis. Neste contexto, o emprego do álcool líquido como produto de limpeza, por muitos anos, foi uma importante causa de queimaduras, seja devido a acidentes envolvendo o uso deste produto junto a alguma fonte de calor ou nas fadidas tentativas de homicídio e autoexterminio⁹, contudo, esta realidade tem se modificado nos últimos anos em função da diluição obrigatória deste produto⁸. Todavia, mesmo assim ainda houve a descrição de queimaduras provocadas por este solvente, adquirido muitas vezes em postos de combustível como produto de limpeza ou para produção de sabão caseiro.

A avaliação do percentual de SCQ demonstrou grande variação entre os indivíduos desta população, não sendo observada correlação entre o SCQ e a idade dos pacientes. Resultado diferente foi descrito em estudo realizado na Unidade de Queimados de Hospital de Malawi (África)¹¹, em que a média da SCQ aumentava com a idade, sendo 17% para pacientes com idade de 0 a 18 anos, 24% para pacientes com 19 a 60 anos e 41% para pacientes acima de 60 anos. Conhecer a SCQ é essencial por ser um indicativo da gravidade da queimadura, uma vez que quanto maior a superfície queimada e o grau da queimadura, pior o prognóstico para o paciente^{1,11,12}.

A média de tempo de hospitalização dos pacientes do presente estudo foi de aproximadamente 14 dias, bem menor que o resultado de outro estudo realizado em um hospital brasileiro¹³, em que pacientes queimados tiveram média de hospitalização de 24,5 dias. É importante destacar que desde a década de 1980¹⁴, com dados

confirmados mais recentemente¹⁵, se preconiza como indicador de qualidade para tratamento em queimaduras a correlação de um dia de hospitalização para cada 1% de SCQ. O que foi observado neste trabalho, quando se comparam os dados de médias destas duas variáveis. Ou seja, a média de tempo de hospitalização foi significativamente maior naqueles pacientes com mais de 10% da SCQ.

As infecções foram as mais importantes complicações observadas durante o período de hospitalização, sendo muito comum a infecção na ferida da queimadura. Corroborando estes dados, observamos que no estudo realizado em hospital universitário de Curitiba, das 185 culturas realizadas, em 60,5% das ocasiões cresceu pelo menos um agente etiológico⁴. Além disso, alguns procedimentos realizados podem interferir na incidência das infecções, como demonstrado em um estudo de coorte realizado em Unidade de Queimados de um hospital em Fortaleza, onde foi possível observar a associação de feridas com cortes (manipulação cirúrgica de tecidos) e aparecimento de infecção nestes pacientes⁶.

Destas complicações, surge a necessidade do uso de hemoderivados ou hemocomponentes para a reposição do tecido sanguíneo perdido, o que neste estudo ocorreu em um terço dos casos e mostrou-se associado ao grau da queimadura. Contudo, é importante destacar que há polêmica neste tema, uma vez que não há diretrizes claras sobre as condições clínicas que devem indicar claramente o uso destas tecnologias. Na literatura⁵ é observada que há serviços onde a prevalência de uso de hemoderivados e hemocomponentes é maior que no presente estudo. Também é observado⁵ haver relação entre a SCQ e o uso desta tecnologia, o que também foi observado no presente estudo.

Ainda é válido indicar como limitação deste estudo o fato de que não foi observado o número nem a natureza dos procedimentos realizados durante a hospitalização. Além disso, o tipo de queimadura, o local do procedimento e o tempo de queimadura são variáveis que devem ser observadas quando da relação com a quantidade de sangue perdida em procedimentos cirúrgicos e, conseqüentemente, com a necessidade e uso de hemoderivados e hemocomponentes.

A evolução destas hospitalizações foi, predominantemente, a alta hospitalar para continuação do acompanhamento via ambulatorial. Resultado semelhante foi apresentado no estudo do hospital de Malawi¹¹, em que 82% dos pacientes com queimaduras sobreviveram e tiveram alta. Este é um bom sinal, visto que é alta a taxa de sobrevivência, porém percebe-se que estes pacientes voltam para suas casas com sequelas, para uma realidade desconhecida e com o desafio da adaptação. Ou seja, a alta hospitalar não significa o final do tratamento, pois o paciente continua em acompanhamento ambulatorial.

De forma semelhante, um estudo que avaliou a necessidade de reabilitação de pacientes queimados de um centro regional de queimados¹⁶ mostrou que 53% destes precisaram de reabilitação e de outros cuidados hospitalares e os demais pacientes (47%) se mostraram suficientemente independentes para cuidados em casa.

Estudos como este permitem acumular dados epidemiológicos dos pacientes, das características das injúrias e dos agentes causados-

res com vistas à elaboração de estratégias de prevenção e adoção de medidas socioeducativas para a população de risco¹⁷⁻²⁰.

O estudo apresentou limitações. Além da citada anteriormente, há também o fato deste ser um estudo transversal baseado na análise de prontuários, o que implica em usar somente as informações que se encontram registradas nos prontuários, não sendo possível entrevistar os pacientes ou a equipe de profissionais a fim obter informações mais precisas.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes hospitalizados no ano de 2014 no HRAN demonstra que majoritariamente são do sexo masculino com queimaduras térmicas, sendo geralmente recuperados até a alta hospitalar, mesmo que parte desses sofram complicações, em especial infecciosas, durante o período de hospitalização.

Observou-se um uso expressivo de hemocomponentes e hemoderivados, o que esteve associado ao grau da queimadura e à SCQ. Apesar de a alta ter sido a evolução mais comum dos pacientes, observou-se que os mesmos continuam o tratamento ambulatorial.

Neste contexto, mesmo que este trabalho tenha sido realizado sobre o perfil dos pacientes hospitalizados e que, portanto, o melhor tratamento deve ser almejado, destaca-se que as ações mais importantes a serem implementadas são aquelas relacionadas à prevenção destes agravos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todo o corpo clínico do setor de queimados e a direção do hospital pela possibilidade de realizar este estudo.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras. Editora MS. Brasília, 2012 [acesso 26 de maio de 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf
2. Cruz BF, Cordovil PBL, Batista KNM. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. *Rev Bras Queimaduras*. 2012;11(4):246-50.
3. Rowan MP, Cancio LC, Elster EA, Burmeister DM, Rose LF, Natesan S, et al. Burn wound healing and treatment: review and advancements. *Crit Care*. 2015;19:243.
4. Rempel LCT, Tizzot MRPA, Vasco JFM. Incidência de infecções bacterianas em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitário de Curitiba. *Rev Bras Queimaduras*. 2011;10(1):3-9.
5. Yögore MG 3rd, Boral L, Kowal-Vern A, Patel H, Brown S, Latenser BA. Use of blood bank services in a burn unit. *J Burn Care Res*. 2006;27(6):835-41.
6. Toscano Olivo TE, de Melo EC, Rocha C, Fortaleza CM. Risk factors for acquisition of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among patients from a burn unit in Brazil. *Burns*. 2009;35(8):1104-11.
7. Gimenes GA, Alferes FC, Dorsa PP, Barros ACP, Gonella HA. Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(1):14-7.

8. Dutra AS, Penna LHG, Vargens OMC, Serra MCV. Caracterização de mulheres hospitalizadas por queimaduras. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):34-9.
9. Macedo JL, Rosa SC. Estudo epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimados: Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, 1992-1997. *Brasília Méd*. 2000;37(3/4):87-92.
10. Carvalho A. Saúde do DF oferece bancos de leite, assistência a diabéticos e a queimados. *J. Brasília*. 01 de julho de 2009 [Acesso 1 de junho de 2014]. Disponível em: <http://www.augustocarvalho.com/noticia.php?id=2647>
11. Tyson AF, Boschini LP, Kiser MM, Samuel JC, Mjuweni SN, Cairns BA, et al. Survival after burn in a sub-Saharan burn unit: challenges and opportunities. *Burns*. 2013;39(8):1619-25.
12. Fonseca Filho R, Nigri CD, Freitas GM, Valentim Filho F. Superfície corporal queimada vs. tempo de internação. Análise dos últimos 15 anos. *Rev Bras Queimaduras*. 2014;13(1):18-20.
13. Ricci H, Gonçalves N, Gallani MC, Ciol MA, Dantas RA, Rossi LA. Assessment of the health status in Brazilian burn victims five to seven months after hospital discharge. *Burns*. 2014;40(4):616-23.
14. Gillespie R, Carroll W, Dimick AR, Haith L, Heimbach D, Kibbee E, et al. Diagnosis-related groupings (DRGs) and wound closure: roundtable discussion. *J Burn Care Rehabil*. 1987;8(3):199-209.
15. Johnson LS, Shupp JW, Pavlovich AR, Pezzullo JC, Jeng JC, Jordan MH. Hospital length of stay--does 1% TBSA really equal 1 day? *J Burn Care Res*. 2011;32(1):13-9.
16. Choo B, Umraw N, Gomez M, Cartotto R, Fish JS. The utility of the functional independence measure (FIM) in discharge planning for burn patients. *Burns*. 2006;32(1):20-3.
17. Gonçalves N. Conhecimento sobre prevenção de queimaduras: integração dos serviços de saúde e as escolas. *Rev Bras Queimaduras*. 2015;14(1):1-1.
18. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns*. 2011;37(7):1087-100.
19. Atiyeh BS, Costagliola M, Hayek SN. Burn prevention mechanisms and outcomes: pitfalls, failures and successes. *Burns*. 2009;35(2):181-93.
20. Alexander W, Coghlan P, Greenwood J. A ten-year retrospective analysis of cement burns in a tertiary burns center. *J Burn Care Res*. 2014;35(1):80-3. *ional da Asa Norte, Brasília-DF*, 2014.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

Silvana Borges Nascimento - Graduada em Farmácia – Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

Leticia Santana da Silva Soares - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde – Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

Camila Alves Arede - Professora adjunta da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

Pamela Alejandra Escalante Saavedra - Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde – Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

Jéssica Vick de Oliveira Leal - Graduanda em Farmácia – Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

José Adorno - Cirurgião Plástico - Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte – HRAN – Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

Dayani Galato - Professora adjunta da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

Correspondência: Dayani Galato

Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília, DF, Brasil. CEP: 72220-900

E-mail: Dayani.galato@gmail.com

Artigo recebido: 13/10/2015 • **Artigo aceito:** 27/11/2015

Local de realização do trabalho: Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, Brasil.

Este estudo foi realizado como um Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia na Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal. Dados parciais apresentados no Congresso de Farmacêuticos do Distrito Federal (2015) e no RioPharma (2015).