



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABRÍCIO DE OLIVEIRA VIANA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O
ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE QUEIMADO**

TERESINA
2018

FABRÍCIO DE OLIVEIRA VIANA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O
ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE QUEIMADO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família,
do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de Recursos
Humanos na Atenção à Saúde da Família

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Viana
Ramos

TERESINA
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

V614c Viana, Fabrício de Oliveira.

Conhecimento dos profissionais da atenção primaria sobre o atendimento inicial ao paciente queimado / Fabricio de Oliveira Viana. – Teresina: Uninovafapi, 2018.

Orientador (a): Prof. Dr. Carmen Viana Ramos; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2018.

107. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2018.

1. Atenção primaria a saúde. 2. Conhecimento. 3. Queimaduras. 4. Médicos. 5. Enfermeiras I.Título. II. Ramos, Carmen Viana.

CDD 617.11

Catálogo na publicação
Antonio Luis Fonseca Silva– CRB/1035
Francisco Renato Sampaio da Silva – CRB/1

FABRÍCIO DE OLIVEIRA VIANA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O
ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE QUEIMADO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado –
TCM apresentado à Coordenação do
Programa de Mestrado Profissional em
Saúde da Família, do Centro Universitário
UNINOVAFAPI, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde
da Família.

APROVADO EM: 23 / 10 / 2018

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carmen Viana Ramos - Orientadora/Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio - 1º Examinador
Universidade Federal do Piauí - UFPI



Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura – 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Ivonizete Pires Ribeiro – Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

DEDICATÓRIA

Aos pacientes queimados.

A Deus, que sempre está ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Edvaldo e Maria do Rosário, por sua dedicação, seu carinho e seus ensinamentos, que me fizeram valorizar a importância dos estudos.

À minha esposa Katyuscia e ao meu filho Henrique, por entenderem minha ausência, bem como me darem o suporte necessário para a realização de mais um projeto de vida.

Aos meus sogros Deusimar e Fátima, que estiveram sempre à disposição em ajudar, quando necessário.

Aos meus irmãos Edvaldo Júnior e Denise Kaline, pelos conselhos fraternos nos momentos de incertezas.

Ao meu cunhado Alisson, minha cunhada Valeska e à amiga Maria das Graças Targino, por seu apoio incondicional.

Aos meus amigos, que me escutaram ao longo do processo de escrita e me deram forças para prosseguir.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Universitário UNINOVAFAPI, em nome de sua magnífica reitora Cristina Maria Miranda de Sousa.

À Coordenação e a todos da Secretaria do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Aos Membros da Banca Examinadora, que contribuíram de forma significativa com seus conhecimentos para o engrandecimento deste trabalho.

Aos Professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI e em especial à Professora Doutora Carmen Viana Ramos, pela orientação e por quem tenho profundo respeito e ainda, pelo Professor João Batista Mendes Teles, pelo profissionalismo e ensinamentos.

Aos colegas do Mestrado, que estiveram ao meu lado durante esses anos a cada momento vivido nesse ambiente de formação acadêmica.

A todos aqueles que colaboraram para a realização desta pesquisa, em especial, aos profissionais de saúde da Atenção Básica do município de Teresina – Piauí.

*Pensar é o trabalho mais difícil que existe.
Talvez por isso tão poucos se dediquem a
ele.*
(Henry Ford)

RESUMO

Introdução: Queimaduras são traumas potencialmente fatais. Por vezes, as vítimas têm seu primeiro atendimento em Unidades Básicas de Saúde. Assim, o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária (AP) sobre o atendimento inicial ao queimado configura-se como peça fundamental na redução do agravamento do quadro e risco de vida. **Objetivos:** Avaliar o nível de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da AP sobre atendimento inicial ao paciente queimado; Caracterizar os participantes da pesquisa em relação aos indicadores sociodemográficos e à sua formação profissional; Investigar o nível de conhecimento e sua associação com o perfil profissional em relação ao fluxograma para o atendimento com classificação de risco / vulnerabilidade para pacientes queimados do Ministério da Saúde (MS); Avaliar a associação entre o nível de conhecimento desses profissionais e os indicadores sociodemográficos; Elaborar um álbum seriado que auxilie na avaliação e tratamento de pacientes queimados voltados para os profissionais da AP. **Métodos:** Estudo transversal com profissionais médicos e enfermeiros da AP de um município. Para a coleta de dados, utilizou-se questionários estruturados validados, diferentes e específicos para cada grupo de profissionais. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística (teste qui-quadrado; coeficiente de correlação de Spearman's; teste de Mann-Whitney; análise de regressão logística). O nível de significância em todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$). Para a elaboração do álbum seriado, fez-se a seleção de fontes bibliográficas do MS sobre o tema. Posteriormente, seguiu-se a elaboração dos textos e montagem do mesmo com atenção a linguagem, *layout* e ilustrações. **Resultados:** Participaram do estudo 71 profissionais, dos quais 49,30% possuíam 42 anos ou menos, com predominância do sexo feminino (92,96%). Quanto à formação profissional, 66,20% eram enfermeiros e 40,84% foram graduados há mais de 20 anos. A maior parte dos entrevistados (83,09%) possuía pelo menos uma pós-graduação. Acima de 59% dos pesquisados apresentam mais de 10 anos de experiência na AP. A forma de ingresso na AP foi, predominantemente, via concurso público (81,69%). Observamos, no grupo dos médicos, um índice geral de desconhecimento de 40,27% e, no grupo dos enfermeiros de 45,59%. Não houve diferença estatística entre esses dois grupos quanto ao nível de conhecimento sobre queimaduras ($p=0,27$). Embora mais médicos (29,17%) conhecessem o fluxograma para atendimento inicial ao queimado na AP do Ministério da Saúde do que os enfermeiros (14,89%), tal diferença não teve significado estatístico ($p=0,15$). O modelo de regressão logística estimado indicou que a única variável que diferenciou os grupos que possuíam mais conhecimento daqueles com menor conhecimento foi tempo de experiência na AP (quanto mais anos na AP maior o número de acertos ao questionário, $p=0,04$). A falta de conhecimentos assumiu valores maiores que 50% por médicos e enfermeiros nos temas fisiopatologia e cuidados locais. **Conclusão:** Diante dos resultados faz-se necessário ações voltadas para aumentar o nível de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da AP nesse tema. Com esse fim, elaborou-se um álbum seriado visando facilitar o atendimento inicial ao paciente queimado na AP.

Palavras-chave: Atenção primária à Saúde. Conhecimento. Queimaduras. Médicos. Enfermeiras e Enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: Burns are life-threatening traumas. Sometimes, the victims have their first care in Basic Health Units. Thus, the knowledge of primary care (PC) physicians and nurses about the initial burn care is a fundamental part in reducing the worsening of the condition and risk of life. **Objectives:** To evaluate the level of knowledge of PC physicians and nurses about initial care of the burned patient; To characterize the research participants in relation to sociodemographic indicators and their professional training; To investigate the level of knowledge and its association with the professional profile in relation to the flow chart for attendance with risk / vulnerability classification for patients burned at the Ministry of Health (MH); To evaluate the association between the level of knowledge of these professionals and the sociodemographic indicators; Elaborate a serial album that assists in the evaluation and treatment of patients burned for the PC professionals. **Methods:** Cross-sectional study with medical professionals and PC nurses of a city. For the data collection, we used validated structured questionnaires, different and specific for each group of professionals. The data were submitted to statistical analysis (chi-square test, Spearman's correlation coefficient, Mann-Whitney test, logistic regression analysis). The level of significance in all tests was 5% ($p < 0.05$). For the preparation of the serial album, the selection of bibliographic sources of the MH was made on the theme. Subsequently, followed the preparation of the texts and assembly of the serial album with attention to language, layout and illustrations. **Results:** Seventy-one professionals participated in the study, of which 49.30% were 42 years old or less, predominantly female (92.96%). As for professional training, 66.20% were nurses and 40.84% were graduated for more than 20 years. Most of the interviewees (83.09%) had at least one postgraduate degree. Above 59% of respondents present more than 10 years of experience in the PC. The form of entrance in the PC was, predominantly, via public tender (81.69%). In the group of physicians, we observed a general index of ignorance of 40.27% and, in the group of nurses, 45.59%. There was no statistical difference between these two groups regarding the level of knowledge about burns ($p = 0.27$). Although more doctors (29.17%) knew the flowchart for initial care to the burned in the PC of the Ministry of Health than the nurses (14.89%), this difference had no statistical significance ($p = 0.15$). The estimated logistic regression model indicated that the only variable that differentiated the groups that had more knowledge from those with less knowledge was time of experience in the PC (the more years in the PC the greater the number of correct answers to the questionnaire, ($p = 0.04$)). The lack of knowledge assumed values higher than 50% by physicians and nurses in the pathophysiology and local care topics. **Conclusion:** In view of the results, it is necessary to increase the level of knowledge of the medical professionals and nurses of the PC in this subject. For this purpose, a serial album was developed to facilitate the initial care of the burned patient in the PA.

Keywords: Primary health care. Knowledge. Burns. Physicians. Nurses.

RESUMEN

Introducción: Las quemaduras son traumas potencialmente mortales. A veces, las víctimas tienen su primera atención en Unidades Básicas de Salud. Así, el conocimiento de los profesionales médicos y enfermeros de la Atención Primaria (AP) sobre la atención inicial al quemado se configura como pieza fundamental en la reducción del agravamiento del cuadro y riesgo de vida. **Objetivos:** Evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales médicos y enfermeros de la AP sobre atención inicial al paciente quemado; Caracterizar a los participantes de la investigación en relación a los indicadores sociodemográficos ya su formación profesional; Investigar el nivel de conocimiento y su asociación con el perfil profesional en relación al diagrama de flujo para la atención con clasificación de riesgo / vulnerabilidad para pacientes quemados del Ministerio de Salud (MS); Evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento de estos profesionales y los indicadores sociodemográficos; Elaborar un álbum serial que auxilie en la evaluación y tratamiento de pacientes quemados dirigidos a los profesionales de la AP. **Métodos:** Estudio transversal con profesionales médicos y enfermeros de la AP de un municipio. Para la recolección de datos, se utilizaron cuestionarios estructurados validados, diferentes y específicos para cada grupo de profesionales. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico (prueba qui-cuadrado, coeficiente de correlación de Spearman's, prueba de Mann-Whitney, análisis de regresión logística). El nivel de significancia en todas las pruebas fue del 5% ($p < 0,05$). Para la elaboración de lo álbum serial, se hizo la selección de fuentes bibliográficas del MS sobre el tema. Posteriormente, siguió la elaboración de los textos y montaje de lo álbum serial con atención el lenguaje, layout e ilustraciones. **Resultados:** Participaron del estudio 71 profesionales, de los cuales el 49,30% tenía 42 años o menos, con predominio del sexo femenino (92,96%). En cuanto a la formación profesional, el 66,20% eran enfermeros y 40,84% fueron graduados hace más de 20 años. La mayor parte de los encuestados (83,09%) poseía al menos un postgrado. Por encima del 59% de los encuestados presentan más de 10 años de experiencia en la AP. La forma de ingreso en la AP fue, predominantemente, vía concurso público (81,69%). En el grupo de los médicos observamos un índice general de desconocimiento del 40,27% y en el grupo de los enfermeros del 45,59%. No hubo diferencia estadística entre estos dos grupos en cuanto al nivel de conocimiento sobre quemaduras ($p = 0,27$). Aunque más médicos (29,17%) conocieran el diagrama de flujo para atención inicial al quemado en la AP del Ministerio de Salud que los enfermeros (14,89%), tal diferencia no tuvo significado estadístico ($p = 0,15$). El modelo de regresión logística estimado indicó que la única variable que diferenció a los grupos que poseían más conocimiento de aquellos con menor conocimiento fue tiempo de experiencia en la AP (cuanto más años en la AP mayor el número de aciertos al cuestionario, ($p = 0,04$)). La falta de conocimientos asumió valores mayores que 50% por médicos y enfermeros en los temas fisiopatología y cuidados locales. **Conclusión:** Ante los resultados se hace necesario acciones dirigidas a aumentar el nivel de conocimiento de los profesionales médicos y enfermeros de la AP en ese tema. Con ese fin, se elaboró un álbum serial destinado a facilitar la atención inicial al paciente quemado en la AP.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud. Conocimiento. Quemaduras. Médicos. Enfermeros.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 “Regra dos nove” para calcular a superfície corporal queimada a ser usada no pronto atendimento

Tabela 2 Síntese da Tabela de Lund e Browder para avaliação da superfície corporal queimada em adultos e crianças

Manuscrito

Tabela 1 Características sociodemográficas e de formação dos profissionais da Atenção Primária, Teresina – PI, 2018

Tabela 2 Número de acertos, erros, incerteza e respectivas porcentagens de acertos e de desconhecimento por tema, profissionais médicos da Atenção Primária, Teresina – PI, 2018

Tabela 3 Número de acertos, erros, incerteza e respectivas porcentagens de acertos e de desconhecimento por tema, profissionais enfermeiros da Atenção Primária, Teresina – PI, 2018

Tabela 4 Nº de acertos médio, mediano, máximo e mínimo aos questionários por tipo de profissional da Atenção Primária sobre atendimento inicial aos queimados, Teresina – PI, 2018

Tabela 5 Associação entre o conhecimento em queimaduras e as variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais da Atenção Primária

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Atenção Primária
APC	aumento da permeabilidade capilar
APS	atenção primária à saúde
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAB	Departamento de Atenção Básica
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GM	Gabinete Ministerial
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
N	população ou universo
n	Amostra
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PI	Piauí
PIB	Produto Interno Bruto
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Promed	

	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RBQ	Revista Brasileira de Queimaduras
RS	Rio Grande do Sul
SC	Superfície corporal
SCQ	Superfície corporal queimada
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Trabalho de Conclusão do Mestrado
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UK	United Kingdom
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VIVA Inquérito	Vigilância de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualização do problema	13
1.2	Objeto de estudo	15
1.3	Questão norteadora	15
1.4	Objetivos	15
1.5	Justificativa e relevância	16
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	19
2.1	Queimaduras: aspectos conceituais e epidemiológicos	19
2.2	Queimaduras no cenário das políticas públicas	30
2.3	Formação do profissional da Atenção Primária	35
3	MÉTODOS	41
3.1	Tipo do estudo	41
3.2	Local do estudo	41
3.3	População e amostra: critérios de inclusão e exclusão	41
3.4	Processo de amostragem do estudo: descrição	42
3.5	Instrumentos de medidas e coleta de dados	42
3.6	Processamento e análise dos dados	45
3.7	Elaboração do produto	46
3.8	Aspectos éticos e legais	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	Manuscrito-Conhecimento dos profissionais da Atenção Primária sobre o atendimento inicial ao queimado	49
4.2	Produto-Álbum seriado educativo para os profissionais da Atenção Primária relacionado ao tema Queimaduras	65
5	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	89
	ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As queimaduras são consideradas um problema de saúde global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com mais de 265.000 mortes/ano causadas somente pelo fogo. Com maior frequência, afetam as parcelas menos favorecidas da população dos países de baixa renda em confronto com taxas em declínio nos países mais ricos. Chamam mais atenção, quando se constata que a mortalidade de crianças queimadas é, atualmente, mais de sete vezes maior em países de baixa e média renda do que nos países de alta renda (WHO, 2018).

No Brasil, são consideradas pelo Ministério da Saúde (MS) sério problema de saúde pública, tanto pelas consequências, por vezes, incapacitantes e definitivas, como pelos agravos psicológicos às vítimas e às suas famílias. Apresentam um elevado custo para a sociedade por seu tratamento caro, tempo de reabilitação prolongado e afastamento da atividade produtiva (BRASIL, 2012d). Conforme Cantarelli-Kantorski et al. (2014); Nascimento et al. (2015); e Rempel e Tizzot e Vasco (2011), faltam dados epidemiológicos suficientes e um banco unificado com informações 100% confiáveis.

Em 2016, tomando como referencial o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH / SUS) e dados do Departamento de Informática do SUS, queimaduras e corrosões aparecem como responsáveis por 136.554 internações, com o total de 2.362 óbitos e taxa de letalidade em torno de 1,94% nesse grupo. Em 2017, este número sofre acréscimo para 137.101 internações, o que corresponde ao incremento de 2,5% / ano. No Estado do Piauí (PI), no mesmo ano de 2017, há registro de 2.428 internações (BRASIL, 2018a, 2018b). Em comparação com subsídios anteriores, a soma de internações por queimaduras no país revela um salto de 69%, no período entre 2009 e 2016 (GAWRYSZEWSKI et al. 2012).

Mediante informações de centros de tratamentos de queimados do país, diversos estudos, tais como os executados por Cruz e Cordovil e Batista (2012); Gawryszewski et al. (2012); Gonçalves et al. (2012); Marques e Amaral e Marcadenti (2014); e Silva e Faria e Maciel (2014) apontam o domicílio como o local mais frequente de ocorrência das queimaduras atendidas nos serviços de urgência e/ou de emergência. Como decorrência,

muitas vezes, pacientes e familiares são os primeiros a tomarem atitude frente à situação, incluindo os primeiros socorros.

Porém, estudo publicado no ano de 2012, com atendidos num centro de referência em tratamento de queimados de Ribeirão Preto (São Paulo, SP), evidenciou que 29,3% não tomaram qualquer atitude diante do ocorrido e somente 22,2% foram aptos a reagir no momento, devido a conhecimentos prévios sobre primeiros socorros (GONÇALVES et al., 2012). Outra pesquisa mais recente, publicada em 2014, desta vez na capital Fortaleza (Ceará, CE), sob a responsabilidade de Lima Júnior et al., demonstra que 51,2% dos pesquisados (pessoas em espera na recepção de um hospital de urgência) tomariam uma atitude inicial incorreta diante de queimaduras, a exemplo da utilização de pasta de dente sobre a ferida.

A Atenção Primária (AP) é responsável por ser uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde e, portanto, deve desenvolver múltiplas tarefas no cuidado da saúde do indivíduo e da comunidade. Isso inclui prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes queimados na esfera da complexidade que compete à atenção básica. Afinal, como o MS prescreve, os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo tratamento direto dos pacientes de menor gravidade e pelo acompanhamento conjunto dos casos mais complexos com as demais esferas de cuidado. Por conseguinte, é essencial que estejam integrados com o todo da rede assistencial e outros níveis de atenção (BRASIL, 2003).

E, de fato, o Ministério da Saúde tem empreendido esforços para que a AP desenvolva ações na melhoria do acolhimento da demanda espontânea e, em especial, de urgências e/ou emergências, incluindo queimaduras. Tais condutas diferenciam-se das adotadas em pronto-socorro porque devem ser pautadas no trabalho em equipe, no conhecimento prévio da população, no acompanhamento integral e no estabelecimento de vínculo, diferentemente do atendimento pontual daquele (BRASIL, 2013).

E mais, pesquisa efetivada por Aldunate et al. (2012) registra que pacientes atendidos por equipes não familiarizadas com o atendimento inicial ao queimado apresentam índices mais elevados de mortalidade, após análise de uma série de casos, num período de 10 anos. Os autores acreditam que a maior incidência de óbitos está relacionada com a não tomada de condutas no tempo correto (as primeiras horas logo após o acidente), motivo pelo qual todo profissional de saúde deve ter conhecimento básico acerca do atendimento inicial aos queimados.

Indo além, diversas pesquisas evidenciam que muitos estudantes, ao final dos seus cursos médicos, não apresentam habilidades ou confiança para lidar com queimados. Em um deles, realizado no Reino Unido, por Lemon et al., publicado em 2015, 35% dos formandos de Medicina afirmam não terem recebido qualquer aula sobre queimaduras e somente 45% passaram por instrução formal. A maioria admite não se sentir confortável quando do atendimento a essa clientela (68%). Para esses autores, a falha curricular conduz à deficiência do conhecimento dos primeiros socorros, falta de confiança no cuidado e à carência de conhecimentos básicos de tratamento.

No Estado do Piauí, estudo realizado por Cunha e Cruz Júnior e Santiago (2016), envolvendo 133 estudantes do internato do Curso de Medicina acerca do nível de conhecimento sobre atendimento inicial aos queimados comprova que grande parte (60,15%) confessa desconhecer quando indicar a vacina antitetânica em tais casos. Na ocasião, apenas 49,62% respondem corretamente itens sobre cálculo da superfície corporal queimada (SCQ) e 48,12% acertam a correta antibioticoprofilaxia em pacientes queimados. Isso preocupa, na medida em que são esses profissionais que estarão em contado direto com esses casos na AP.

Pelo exposto, levanta-se certo questionamento quanto ao grau de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros em relação ao tema, com o agravante de que se identifica certa lacuna na literatura científica sobre o conhecimento dos mesmos, em especial os que atuam na AP, relacionado ao atendimento inicial ao paciente queimado.

1.2 Objeto de estudo

Avaliação do conhecimento dos médicos e enfermeiros da AP sobre o atendimento inicial ao paciente queimado.

1.3 Questão norteadora

Qual o conhecimento dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária acerca do atendimento inicial ao paciente queimado?

1.4 Objetivos

- Avaliar o nível de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária sobre atendimento inicial ao paciente queimado;
- Caracterizar os participantes da pesquisa em relação aos indicadores sociodemográficos e à sua formação profissional;
- Investigar o nível de conhecimento e sua associação com o perfil profissional em relação ao fluxograma para o atendimento com classificação de risco / vulnerabilidade para pacientes queimados do Ministério da Saúde;
- Avaliar a associação entre o nível de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária e os indicadores sociodemográficos;
- Elaborar um álbum seriado que auxilie na avaliação de pacientes queimados e condutas iniciais de tratamento voltados para os profissionais da Atenção Primária.

1.5 Justificativa e relevância

O conhecimento sobre o atendimento inicial correto aos queimados configura-se como peça fundamental na redução de risco de vida e do agravamento do quadro do paciente, com complicações e sequelas relacionados a essa injúria. Kattan et al. (2016) reforçam que queimaduras são traumas com potencial de sequelas devastadores em múltiplos sentidos, sejam físicos, psicológicos, sociais, funcionais ou estéticos. Espíndula e Rocha e Alves (2013) acrescentam que as queimaduras estão entre as principais causas de morte por causa externa no país, aquém tão somente de homicídios e de acidentes de trânsito.

Para reforçar a ideia de quão relevante é o conhecimento dos profissionais da Atenção Primária acerca do atendimento inicial aos pacientes queimados, metade deles apresentará restrição em suas atividades diárias, 10% necessitarão de internação hospitalar e 10% estarão com a vida em risco, o que é deveras impactante tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. As queimaduras constituem uma das patologias mais caras para tratamento, sem contar os custos para a reabilitação e as perdas de ganho face ao afastamento do indivíduo do mercado de trabalho (TEVLIN; DILLON; CLOVER, 2017).

Confronto entre a realidade nacional e a de países desenvolvidos demonstra que a educação em queimaduras nesses últimos tem conduzido a uma mudança considerável em seu panorama geral, levando a quedas consideráveis na mortalidade, como Tevlin e

Dillon e Clover (2017) afirmam. Além do mais, Atiyeh e Masellis e Conte (2010) reforçam que a falta de conhecimento em relação à gravidade do quadro e a carência de recursos financeiros são, com frequência, causas da demora no tratamento. Citam como essenciais alguns fatores, dentre os quais estão disponibilidade, acessibilidade, financiamento adequado e conscientização do atendimento pré-hospitalar e de emergência após queimaduras como fatores determinantes cruciais entre vida e morte.

Materiais educativos contendo diretrizes e informações sobre os níveis de gravidade e as condutas de como agir frente aos queimados devem ser planejadas e elaboradas com o intuito de ajudar na rápida resposta que eles merecem (BRASIL, 2012d). Ao mesmo tempo, encaminhamentos de pacientes e familiares, sem a complexidade requerida para o caso, ocasionam gastos financeiros desnecessários. Mesmo após a alta hospitalar, as unidades de saúde primária devem prosseguir como ponte entre pacientes e unidades especializadas.

Em suma, na visão de Kattan et al. (2016), o conhecimento apropriado do atendimento inicial ao queimado minimiza o impacto geral do trauma sofrido e, portanto, pode melhorar o desfecho do tratamento. Também para Aldunate et al. (2012), o acolhimento inicial adequado e o mais rápido possível possuem a capacidade de minimizar muito o agravamento do quadro, as complicações, as sequelas e o número de mortes. Os autores acrescentam que, muitos pacientes queimados por álcool com primeiro atendimento por equipes não familiarizadas, tiveram sua transferência retardada para um centro especializado e, como consequência, apresentaram índice de mortalidade maior, o que, mais uma vez, alerta para a relevância do conhecimento do tratamento inicial direcionado aos queimados, o que pressupõe sua inserção no currículo dos profissionais de saúde e nas grades curriculares dos cursos de graduação em Medicina.

Ademais, as unidades básicas de saúde (UBS) recebem frequentemente pacientes com queimaduras de menor porte e esta é também uma oportunidade para orientar cuidados para prevenir acidentes graves (BRASIL, 2013, p.166). O MS, por sua vez, reforça que o atendimento à demanda espontânea, inclusive de urgências e emergências, engloba medidas a serem tomadas todos os pontos de atenção à saúde, incluindo a atenção básica. (BRASIL, 2013, p. 15) Por isso, os profissionais que trabalham na AP deparam-se com situações que necessitam de tais conhecimentos em seu dia a dia, sejam elas no quesito prevenção, sejam elas na identificação de situações geradoras / facilitadoras de possíveis agravos, sejam elas no tratamento, o que justifica a

necessidade de possuir conhecimentos científicos para tal abordagem. (BRASIL, 2003, 2012b, 2012c).

Ao se fazer busca em bases de dados nacionais e internacionais percebe-se que existe, de forma geral, carência de trabalhos que avaliem o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o atendimento inicial ao queimado. Nessa ocasião, identifica-se, praticamente, um só estudo que avalia o conhecimento do atendimento inicial ao queimado por profissionais de saúde no âmbito específico da atenção básica.

As demais pesquisas, em sua maioria, estão voltadas aos profissionais que trabalham em hospitais e serviços relacionados ao pronto-socorro. Não existem, portanto, salvo engano, estudos publicados sobre a temática com profissionais médicos e enfermeiros que trabalham na Atenção Primária no Brasil. Consequentemente, não se conhece o nível de informação que eles possuem no manejo inicial desta situação, com frequência, complexa e incapacitante, além de que pode envolver risco de vida (BALAN et al., 2014; CUNHA; CRUZ JÚNIOR; SANTIAGO, 2016; LEMON et al., 2015; MOGHAZY; KAMEL; FARGHALY, 2014; ZINCHENKO; PERRY; DHEANSA, 2016).

Com essas informações, busca-se trabalhar no sentido de formar profissionais mais capacitados nesse campo e subsidiar aos gestores programas de educação continuada, inclusive, para quem já está em atividade na AP. Espera-se, assim, redução do número de vítimas, acompanhamento integral aos pacientes queimados e menor montante de mortes e de sequelas nesse grupo.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Queimaduras: aspectos conceituais e epidemiológicos

A pele é o maior órgão do corpo humano. Ao cobrir sua superfície, exerce várias e importantes funções, tais como: controle de perda de água; regulação da temperatura corporal; proteção dos tecidos mais profundos contra agentes físicos, químicos ou bactérias; provisão de sentidos, a exemplo do tato, da dor e da temperatura. Composta por duas camadas, epiderme e derme, a pele, órgão mais comumente e gravemente afetado pelas queimaduras, apresenta diferentes anexos, à semelhança de folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas. Nenhum outro trauma desencadeia resposta sistêmica tão significativa e atinge tantos órgãos e sistemas orgânicos simultaneamente, sem fazer alusão às sequelas físicas e emocionais que podem se perpetuar indefinidamente na vida da vítima e dos familiares (BRASIL, 2012b, 2013).

Prosseguindo, afirma-se que queimaduras são lesões traumáticas secundárias frente à ação de variados agentes capazes de lesarem diversos tecidos do corpo, além da pele, provocando consequente morte celular. Dentre esses elementos, mencionam-se a energia térmica (chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio), os químicos, a radiação, o atrito ou a fricção, a corrente elétrica e mais itens. As queimaduras, por sua vez, quanto à profundidade, são classificadas em primeiro, segundo e terceiro grau. No que se refere à mensuração, sua extensão obedece ao citado cálculo da superfície corporal queimada ou SCQ (Figura 1) (NOVAES et al., 2008).

Assim, a gravidade do paciente relaciona-se com os dois fatores – profundidade e SCQ – e, também, com outros elementos, a saber: faixa etária, associação com politraumatismo; lesão inalatória; doenças preexistentes; agente causador da queimadura, etc. Além da lesão da pele, simultaneamente, podem existir alterações sistêmicas consideráveis, incluindo do sistema imunológico, que podem comprometer a cicatrização e a recuperação da vítima (BRASIL, 2012b; NOVAES et al., 2008; NOVAES; PICCOLO; SERRA, 2008).

EXTENSÃO

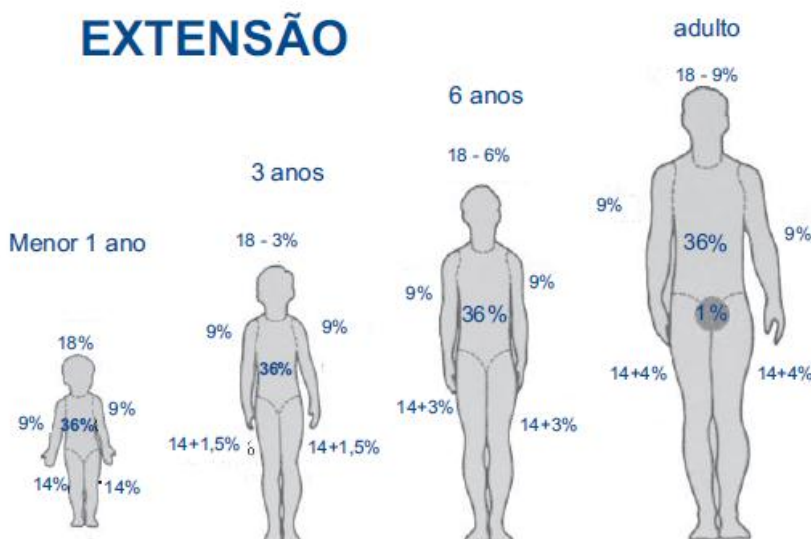


Figura 1 – Cálculo da superfície corporal queimada – “regra dos nove”

Fontes: Novaes et al. (2008); Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2008, p. 5)

As lesões de primeiro grau afetam somente a epiderme. Não formam bolhas e são vermelhas e dolorosas, descamando entre quatro e seis dias. No caso das lesões de segundo grau, estas afetam a epiderme e parte da derme, formando bolhas, com restauração da pele entre sete e 21 dias. Podem ser superficiais (base da bolha rosa, úmida e dolorosa) ou profundas (base da bolha branca, seca e menos dolorosa). E mais, as queimaduras de primeiro grau são consideradas como de espessura superficial; as de segundo grau superficial, como de espessura parcial superficial; e as de segundo grau profundo, como de espessura parcial profunda. Lesões de terceiro grau são consideradas de espessura total, afetando a epiderme, a totalidade da derme e podem chegar a estruturas profundas: apresentam-se clinicamente indolores, com textura de couro e aspecto de placa branca ou enegrecida, não reepitelizando e necessitando, muitas vezes, de cirurgia para sua resolução (BRASIL, 2012b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2008).

Quanto maior a extensão em área da pele corporal acometida, maior a gravidade do paciente, independentemente da profundidade da lesão, pois gera uma resposta metabólica mais intensa e mais complicações (BRASIL, 2013). A extensão da queimadura pode ser determinada pelo cálculo da SCQ afetada. A “regra dos nove” (Tabela 1) divide o corpo em áreas de 9% (BRASIL, 2012d). Segundo Brasil (2012b, 2013); e Novaes et al. (2008), tal estratégia pode ser categorizada como boa, satisfatória e rápida para ser usada em queimaduras médias e grandes, em adultos no pronto atendimento, mas é

imprecisa, quando da avaliação de crianças. Utilizando-se a área da superfície da palma da mão da vítima, incluindo os dedos, esta corresponde a 1% de sua superfície corporal e, então, pode ser adotada como medida por comparação. Permite cálculo prático para queimaduras menores que 15% da SCQ ou queimaduras extensas acima de 85% da SCQ, ao se aferir a pele não lesada (BRASIL, 2013; HETTIARATCHY; PAPINI, 2004a, 2004b).

Tabela 1 – “Regra dos nove” para calcular a superfície corporal queimada a ser usada no pronto atendimento

Área	Adulto	Criança até 9 anos	2º Grau	3º Grau	Total da Área Queimada
Cabeça e Pescoço	9%	18% - idade em anos			
Membro Superior Direito	9%	9,0%			
Membro Superior Esquerdo	9%	9,0%			
Tronco Anterior	18%	18,0%			
Tronco Posterior	18%	18,0%			
Genitália	1%				
Coxa Direita	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Coxa Esquerda	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Perna e Pé Direitos	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Perna e Pé Esquerdos	9%	7% + 1/4 idade em anos			
Total da Área Queimada					

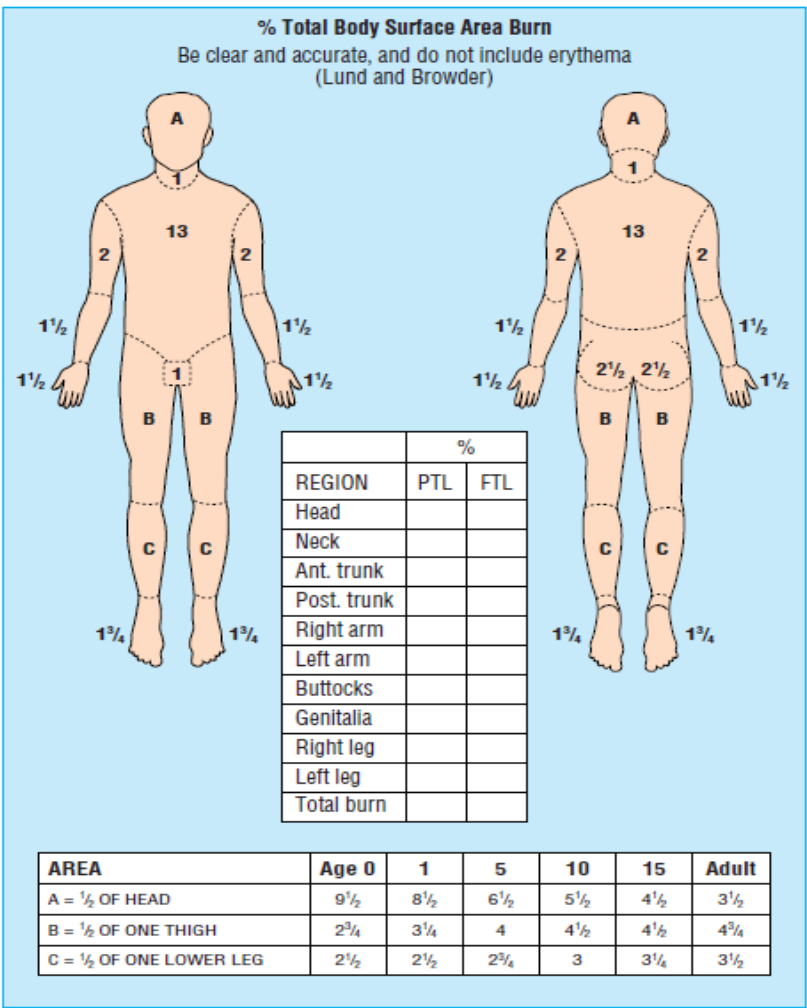
Fontes: Novaes et al. (2008); Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2008)

A Tabela de Lund e Browder (Tabela 2), ainda de acordo com Hettiaratchy e Papini (2004a, 2004b), consiste em método mais preciso para a avaliação da SCQ em adultos e crianças, uma vez que leva em conta a variação da superfície corporal com a idade (Figura 2).

Tabela 2 – Síntese da Tabela de Lund e Browder para avaliação da superfície corporal queimada em adultos e crianças

Área %	Idade				
	0-1	1-4	5-9	10-14	Adulto
Cabeça	19	17	13	11	7
Pescoço	2				
Tronco anterior/posterior	13				
Braço direito/esquerdo	4				
Antebraço direito/esquerdo	3				
Mão direita/esquerda	2,5				
Nádega direita/esquerda	2,5				
Genitália	1				
Coxa direita/esquerda	5,5	6,5	9	8,5	9,5
Perna direita/esquerda	5	5,5	-	6	7
Pé direito/esquerdo	3,5				

Fonte: Brasil (2013, p. 160).



Lund and Browder chart

Figura 2 – Percentagem da superfície total do corpo queimada (Lund e Browder)
Fonte: HETTIARATCHY; PAPINI (2004a, p. 101)

Quanto à gravidade ou complexidade, as vítimas são divididas em pequenos, médios e grandes queimados. São considerados pequenos queimados os pacientes com lesões de 1º em qualquer extensão; queimaduras de 2º em até 5% de superfície corporal (SC) em menores de 12 anos; ou até 10% da SC em maiores de 12 anos (NOVAES et al., 2008).

Queimados de média gravidade são todas as vítimas com queimaduras de 2º entre 5-10% da SC em menores de 12 anos ou 15-20% da SC em maiores de 12 anos; qualquer queimadura de 2º, envolvendo mão, pé, face, pescoço, axila ou grande articulação; queimaduras de 3º em até 5% da SC em crianças até 12 anos (excluindo, no caso, mão, pé, face e períneo); queimaduras de 3º em até 10% da SC nos maiores de 12 anos, excluindo mão, pé, face e períneo (NOVAES et al., 2008).

Os grandes queimados, por sua vez, são as vítimas com lesão de 2º maior do que 15% de superfície corporal em crianças abaixo de 12 anos ou SC atingida mais do que 20% em idade acima de 12 anos; queimados que apresentem queimaduras de 3º maior do que 5% da SC nos menores de 12; ou maior de 10% da SC, nos maiores de 12 anos; qualquer queimadura de 2º /3º grau no períneo; queimados com lesões de 3º na mão, na face, no pé, no pescoço, na axila; queimaduras por descarga elétrica; queimaduras em qualquer extensão / profundidade em pacientes com outra condição especial associada (lesão inalatória, politrauma, fratura óssea, trauma craniano, choque de qualquer origem ou outra afecção que represente fator de agravamento ao quadro clínico da queimadura). (NOVAES et al., 2008)

Ainda para os autores ora citados, as vítimas devem ser encaminhadas a um centro especializado de tratamento de queimados quando apresentarem: queimaduras de 2º maiores do que 10% da SC; queimaduras que envolvam face, mão, pé, genitália, períneo, pescoço, grande articulação (axila, cotovelo, punho, coxofemoral, joelho ou tornozelo); queimaduras de terceiro grau; queimaduras por eletricidade / raios; queimaduras químicas; lesão por inalação; queimadura em pacientes com problemas médicos que possam complicar seus cuidados, prolongar a recuperação ou aumentar sua chance de óbito; queimaduras em pacientes portadores de trauma concomitante, como fraturas, sendo a queimadura facilitadora de maior risco de morbimortalidade.

Algumas medidas devem ser tomadas no local do acidente, incluindo o domicílio da vítima se for o caso, a fim de parar o processo de queimadura. Nesse sentido, qualquer pessoa que presta o primeiro atendimento deve estar certa de sua própria segurança antes de tomar qualquer atitude. Assim se vítima estiver com as roupas

em chamas, ela deve ser posta no chão e enrolada com um cobertor, reduzindo a fonte de oxigênio. Também é possível tentar a utilização de uma fonte de água, como mangueiras ou água de piscina, para extinguir as chamas. (BRASIL, 2012b, 2013)

Em seguida, a vítima deve ter as roupas, os sapatos, acessórios e equipamentos aquecidos retirados de seu poder / seu corpo com urgência. O uso da água fria sobre as áreas queimadas reduz a lesão dos tecidos e o aprofundamento da lesão, desde que realizada nos primeiros 20 a 30 minutos. Após esse tempo, o efeito é tão somente analgésico. Para tal, podem se utilizar toalhas molhadas com água fria ou água fria de chuveiro. Deve-se evitar o uso de gelo, uma vez que ele leva à redução da perfusão capilar nas áreas circunjacentes à pele queimada e a hipotermia pode aumentar a mortalidade. Em situações em que agentes químicos estão envolvidos, a irrigação com água é importante durante 20 a 30 minutos, sem o uso de agentes neutralizantes, segundo Novaes et al. (2008) e Spanholtz et al. (2009) afirmam.

No entanto, em geral, como Lima Júnior et al. (2014, p. 166) acrescentam, a população ainda toma medidas muitas vezes deletérias:

É notável a prevalência de relatos que mostram uma população adepta a costumes já abolidos (ou que deveriam ter sido), como a aplicação de creme dental (pasta de dente) e de manteiga nos ferimentos. A aplicação de água corrente pode ser algo consideravelmente básico, porém, para muitos, pode ser considerada uma maneira ineficaz e prejudicial, visto que a ausência de qualquer conduta mais complexa aparenta, aos leigos, um desleixo frente ao caso.

Chegando à um unidade de saúde, procede-se com os primeiros cuidados locais da ferida. Novaes et al. (2008) consideram importante a remoção de substâncias caseiras / contaminantes presentes e limpeza com água corrente, usando sabão neutro ou glicerinado, líquido ou de coco. Se agentes quentes estiverem aderidos, devem ser esfriados, mas não removidos imediatamente. Após a necessária limpeza, a ferida pode ser coberta com curativo estéril oclusivo, com exceção de face e períneo, quando a preferência é deixar em aberto. Quanto a estes cuidados, segundo Brasil (2013), a limpeza de áreas queimadas atendidas na AP, geralmente de menor extensão, pode ser feito utilizando-se jatos de soro fisiológico 0,9% aquecido em temperatura próxima a corporal. Se as bolhas estiverem intactas e o tempo decorrido até o primeiro atendimento for menor que uma hora, podem ser aspiradas com agulhas estéreis. Nesse caso, funcionarão como uma cobertura biológica reduzindo a dor e o aprofundamento da lesão. Se esse tempo

referido for maior que uma hora, pode-se manter a bolha íntegra. No caso da bolha já rota no momento desse atendimento, deve-se removê-la.

Queimaduras em face e pescoço são graves porque podem com facilidade evoluir para complicações como bridas cicatriciais e infecções. Frequentemente estão associadas a inalação de fumaça e quadros de obstrução de vias aéreas, que dependendo da gravidade, podem gerar insuficiência respiratória aguda com aumento da morbidade e mortalidade das vítimas. (LIMA et al., 2015). Importante destacar que:

Atualmente, a lesão inalatória é a principal causa de morte nos pacientes queimados, sendo presente em cerca de 33% dos pacientes que têm queimaduras extensas, com seu risco crescendo progressivamente de acordo com o aumento da superfície corpórea queimada. A presença de lesão inalatória, por si só, aumenta em 20% a mortalidade associada à extensão da queimadura (LIMA et al., 2015, p. 134).

Para Hettiaratchy e Papini (2004a, 2004b), é imprescindível a reposição de grande quantidade de fluidos perdidos na lesão, principalmente, nas primeiras 24 horas. Em decorrência da passagem de líquidos do espaço intravascular para o interstício, em sua maior monta nas primeiras oito a 12 horas, a reposição volêmica deve ser realizada para regularizar a homeostase. A fórmula de ressuscitação mais usada é a de Parkland, por ser de fácil utilização. Tal fórmula preconiza a infusão de solução cristaloide no volume de $4\text{ml} \times \text{SCQ} \times \text{peso do paciente em quilogramas}$ até as primeiras 24 horas após o trauma.

Haberal e Abali e Karakayali (2010), ao descreverem alterações sistêmicas em queimaduras muito sérias, destacam o papel dos mediadores inflamatórios envolvidos (histamina, prostaglandinas, tromboxano, óxido nítrico) levando ao aumento da permeabilidade capilar (APC) e edema. Dizem que a permeabilidade ampliada conduz a uma rápida transferência de água, solutos inorgânicos e proteínas plasmáticas entre espaço intravascular para o espaço intersticial. Soma-se a isso, outras alterações que resultam em choque hipovolêmico, distributivo e cardiogênico. O débito urinário é o melhor parâmetro isolado para determinar a efetividade da ressuscitação volêmica e precisa ser monitorado. Deve-se instalar sonda vesical de demora em pacientes com queimaduras acima de 20% da SC se forem adultos e maiores de 10% da SC, caso crianças (BRASIL, 2012c).

Existem várias medidas que devem ser observadas no cuidado do paciente queimado. Queimaduras em mãos devem ser mantidas suspensas por 24 a 48 horas,

com o objetivo de reduzir o edema e a hospitalização indicada para acompanhamento da perfusão. Queimaduras em períneo podem gerar complicações, como obstrução urinária e infecções graves. Pacientes com queimaduras nos pés devem ser estimulados a deambular e, quando em repouso, devem permanecer com os membros inferiores elevados. Queimaduras que afetam a circunferência do tórax, os membros superiores e inferiores podem necessitar de cirurgia, conhecida como escaratomia (NOVAES et al., 2008).

Ainda para Novaes et al. (2008), o paciente queimado não submetido à cirurgia de urgência e/ou emergência pode e deve ser alimentado precocemente, seja por via oral ou com auxílio de sondas. Especial atenção deve ser dada a pacientes em condições especiais, como adultos com queimaduras acima de 20% da SCQ; crianças acima de 15% da SCQ; pacientes com necessidade de múltiplas cirurgias ou ventilação mecânica; aqueles que apresentam perda de peso superior a 10% durante o tratamento, além de outros itens. A este respeito, Yasti et al. (2015) reforçam que pacientes com a SCQ maior do que 30% devem fazer uso de sonda nasogástrica para alimentação e esta deve ser iniciada com volumes contínuos de 10ml / hora em bomba de infusão, aumentada, gradativamente, no caso de se registrar boa tolerância.

Quanto ao uso de antibióticos na forma profilática, diversos autores são contrários à medida, a exemplo da fonte que assegura: os “[...] antibióticos não estão indicados se não forem observados sinais de infecção” (BRASIL, 2013, p. 161). Quer dizer, é essencial restringir o uso de antibióticos sistêmicos tão somente às queimaduras com sinais de infecção local ou sistêmica, evitando-se sua prescrição nos demais casos.

Em linha similar de pensamento, Novaes et al. (2008) reiteram o não uso de antibiótico profilático. Yasti et al. (2015), por seu turno, reafirmam que inexistente indicação de profilaxia no tratamento inicial das queimaduras, haja vista que o diagnóstico de infecção é sempre difícil. Os antibióticos devem ser ministrados apenas em caso de confirmação ou de forte suspeita. Em oposição, medidas de prevenção devem ser tomadas ao longo do tratamento, incluindo lavagem frequente das mãos tanto dos pacientes, quanto dos acompanhantes e profissionais, além da troca de curativos adequada / estéril (BRASIL, 2013).

Indo além, acresce-se que os pacientes em busca de atendimento numa unidade básica de saúde devem ter sua demanda acolhida, mesmo em caso de urgência. Para facilitar tal abordagem pelos profissionais médicos e enfermeiros, o MS recomenda como medidas em caso de queimaduras: estratificação de risco; definição de grau e extensão

da queimadura; anamnese; exame físico; analgesia; verificação de imunização antitetânica e atualizá-la se necessário; avaliação das características da ferida e realização de cuidados locais; fornecimento de orientações e agendamento da data de retorno; discussão do caso na equipe para continuidade dos cuidados ao indivíduo e à família (BRASIL, 2013).

A fim de sistematizar o atendimento ao paciente queimado que busca os cuidados da Atenção Primária e facilitar a melhor condução dos casos na atenção básica, o Ministério da Saúde tem formulado um fluxograma (Figura 3) com classificação de risco / vulnerabilidade, o qual descreve condutas fundamentadas na classificação de acordo com a gravidade dos casos, levando em conta as condições clínicas do paciente. Pacientes graves devem ter atendimento com resposta imediata da equipe e encaminhamento através de serviço móvel de urgência. Pacientes com casos de urgência devem ter atendimento prioritário e medidas para alívio da dor devem ser prontamente efetivadas. De forma similar, pacientes com casos simples também devem ser acolhidos e atendidos no mesmo dia (BRASIL, 2013).

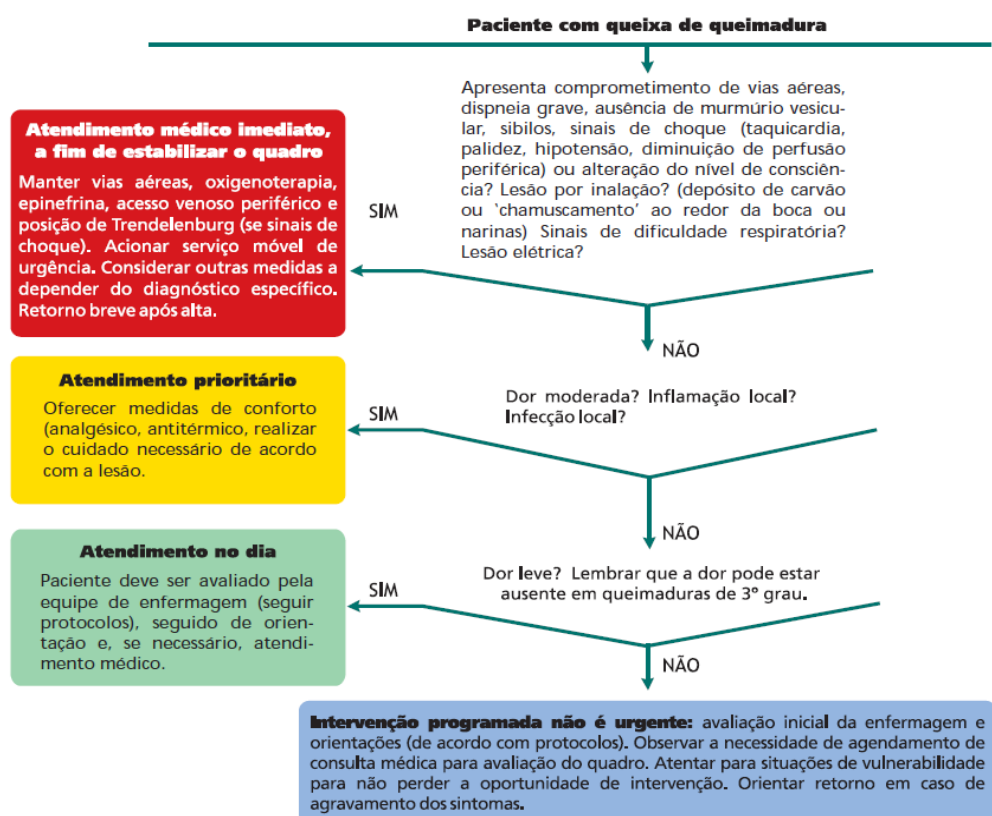


Figura 3 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/ vulnerabilidade dos pacientes queimados
Fonte: Brasil (2013, p. 166)

Algumas considerações podem ser feitas, especificamente, no âmbito do conhecimento dos enfermeiros sobre queimaduras. De acordo com os diagnósticos da Enfermagem, verificam-se algumas prescrições relacionadas:

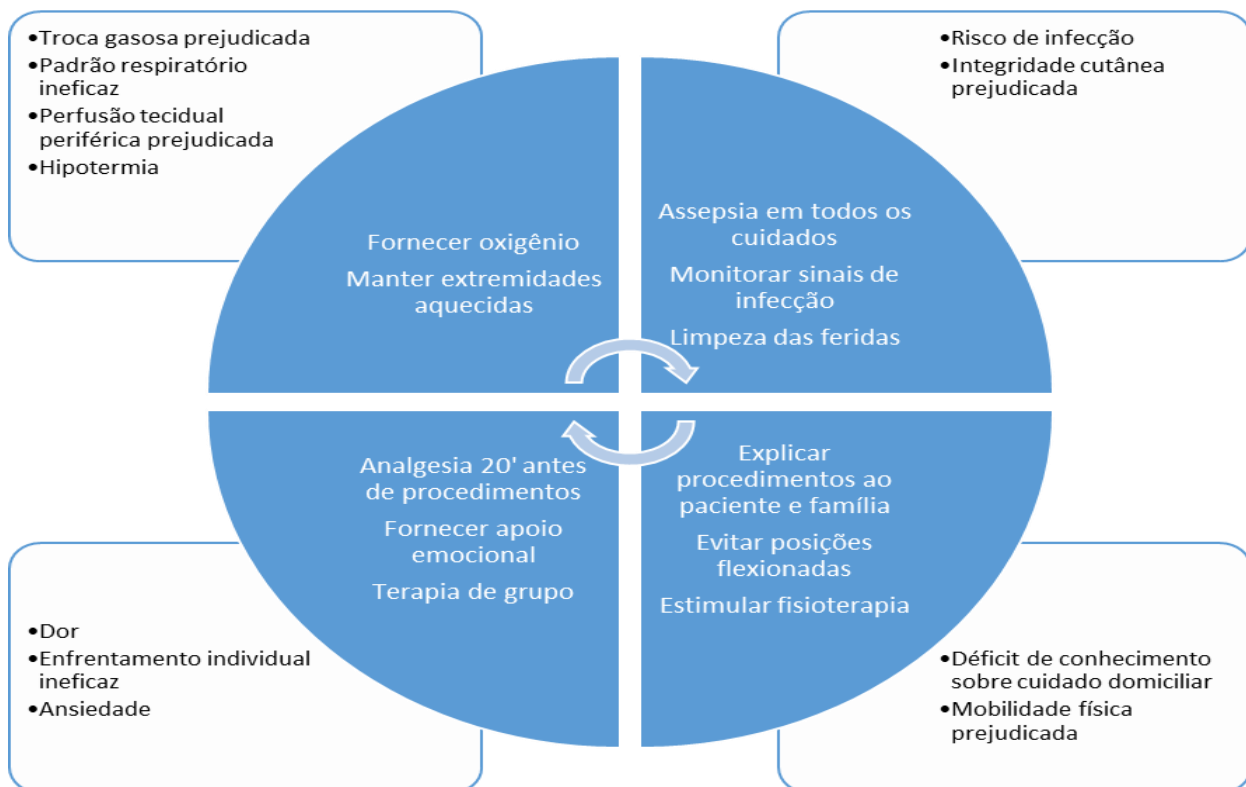


Figura 4 – Fluxograma de diagnósticos e prescrições de Enfermagem
Fonte: Adaptado de SILVA; CASTILHOS (2010, p. 64).

A grande maioria das queimaduras no mundo é causada por chamas, podendo também estar relacionada com escaldaduras, dano elétrico, químicos e outros agentes. Como antevisto, são elas majoritariamente mais reiteradas em países de baixa e média renda (com mais de 95% de mortes relacionadas com elas) e, como decorrência, atingem as camadas mais vulneráveis economicamente. Os outros milhões de vítimas que sobrevivem, sofrem com incapacidades e desfigurações, muitas das quais permanentes,

o que gera problema pessoal e econômico tanto para elas quanto para os respectivos núcleos familiares (MOCK et al., 2008)

A OMS enfatiza a necessidade de adotar estratégias para a prevenção desses eventos como ponto-chave, destacando a importância de que o primeiro passo para combater é conhecer o problema e sua amplitude. Para tanto, são imprescindíveis mais pesquisas para a coleta de dados (MOCK et al., 2008). Para Brasil (2018a, 2018b); e Mock et al. (2008), as informações epidemiológicas podem nortear políticas públicas, medidas educativas e de saúde, além de adoção de leis específicas sobre o tema, as quais já se mostram eficazes com queda considerável nas ocorrências quanto ao número de queimaduras nos países de alta renda.

No mundo, 11 milhões de pessoas demandam atenção médica em decorrência de queimaduras, ano 2004. Na Índia, mais de um milhão são moderadas ou severamente queimadas a cada ano. Nos Estados Unidos da América (EUA), mais de 410 mil pessoas são vítimas de queimaduras e, dentre elas, 40 mil necessitaram de internação, em 2008. Além disso, as queimaduras constam como as principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em países de baixa e média renda. Ademais, em termos mundiais, as queimaduras são a 11^a causa de morte, em se tratando de crianças entre um e nove anos, e, ainda, a quinta causa mais frequente de lesões na infância não fatais (WHO, 2018).

No Brasil, como antes mencionado, temos apenas estimativas quanto ao número total de vítimas, pois inexistente um banco nacional com tais informações (NASCIMENTO et al., 2015; REMPEL; TIZZOT; VASCO, 2011). A Sociedade Brasileira de Queimaduras, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estima que ocorram um milhão de casos por ano com um elevado custo financeiro associado (BRASIL, 2002a). Dentre esses um milhão de casos, segundo Cruz e Cordovil e Batista (2012), 100 mil recorrem ao atendimento hospitalar, com, aproximadamente, 2.500 mortes entre eles. A este respeito, Dias et al. (2015) chamam atenção para o fato de que, com cerca de 30 mil internações hospitalares por ano, é urgente um planejamento especial por parte do SUS.

Os adultos entre 20 e 49 anos e do sexo masculino figuram, de acordo com informações de Pádua et al. (2017), como as grandes vítimas de queimaduras no país, reforçando o domicílio como o local mais comum. No caso desse universo, os agentes causais mais comuns são líquidos inflamáveis e chamas. A particularidade dessa faixa etária prevalecer em destaque ocasiona um sério problema social e econômico, porque esses adultos, muitas vezes, são os responsáveis pela fonte de renda da família, como

Lima et al. (2015) lembram. Um segundo grupo importante, qual seja, as crianças entre zero e quatro anos e entre cinco e nove anos mantêm as escaldaduras como a principal causa, na visão de Pádua et al. (2017).

Sobre o tópico, Dias et al. (2015) ressaltam que, dentre os líquidos inflamáveis, o álcool é o grande vilão, diferentemente de outros países, onde queimaduras por chama e escaldaduras constam como causas centrais. Tal particularidade nacional relaciona-se com fatores socioculturais e com a facilidade de acesso a frascos de álcool de grandes volumes, o que favorece incidentes e acidentes, pois além de ser utilizado como produto de limpeza, é ingrediente na produção de sabão caseiro e, mais grave, em tentativas de suicídio ou homicídio. Segundo Nascimento *et al.* (2015, p. 215), “[...] 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 cuidadores.”

Dias et al. (2015); e Silva e Barbosa e Rocha (2015) citam os idosos como grupo especial, uma vez que apresentam comorbidades. Estas últimas dificultam o tratamento e exigem cuidados mais amplos e multiprofissionais. Mudanças na estrutura familiar e, às vezes, a falta de auxílio de jovens e adultos terminam por expor esse segmento social a maiores riscos, ao tentarem realizar atividades domésticas.

2.2 Queimaduras no cenário das políticas públicas

Decerto, nos dias atuais, como consensual entre diferentes teóricos, “[...] a medida de maior impacto na diminuição da incidência e mortalidade da queimadura é a prevenção”, como Aldunate et al. (2012, p. 221) afirmam. O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b), na qual a Atenção Primária está inserida, visando garantir a atenção à saúde, dentre as atribuições comuns a todos os seus profissionais participantes, define que eles devem realizar ações de promoção de saúde e prevenção a agravos.

Na mesma linha de atuação, o Programa Saúde na Escola, política intersetorial entre o MS e o Ministério da Educação (MEC), com participação das equipes de atenção básica em saúde e profissionais de educação, também pretende desenvolver ações no ambiente escolar e nas unidades básicas de saúde, que culminem na prevenção de agravos em crianças, adolescentes e jovens do ensino básico. A escola é o local propício para o contato entre saúde e educação, adequada a medidas de promoção à saúde. Os

conteúdos abordados pelos professores e auxiliares devem levar em consideração as fases de desenvolvimento das crianças e estas funcionarão posteriormente como amplificadores do conhecimento e de medidas preventivas no ambiente em que convivem, seja na família ou na comunidade (ESPÍNDULA; ROCHA; ALVES, 2013).

Na mesma linha, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), instituída graças à Portaria n. 737 / GM, 16 de maio de 2001, consiste em conjunto de medidas adotado pelo MS com o intuito de reduzir a morbimortalidade por acidentes e a violência (BRASIL, 2001). Aborda, então, os eventos alusivos a queimaduras, como problema de saúde pública, como antes citado. Embora, de forma popular, o acidente seja visto como ocorrência fortuita e responsável por lesões, há casos em que se apresenta como agressões reais.

Face à dificuldade em avaliar a intencionalidade do ato, a PNRMAV adota o termo – acidente – sem a interpretação de possível conotação fortuita ou casual. Violência, por sua ordem, é definida como o evento representado por ações realizadas por indivíduos e grupos sociais e até nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. Constituem problema de extrema relevância nacional, haja vista que terminam por lesar, em especial, a camada jovem da população, com grande morbimortalidade (BRASIL, 2005).

As pessoas afetadas podem demandar internação prolongada, cujo custo financeiro é elevado, qual seja, cerca de 60% acima da média de outros internamentos, sem falar na possibilidade de incapacidades permanentes, dificuldade de reinserção na sociedade, dependência da vítima de toda ordem em relação aos familiares, quando não, em casos extremos, podendo levar a óbito. Portanto, sua abordagem deve fazer parte de políticas de saúde pública, mediante estratégias que ultrapassem a prevenção e a promoção da saúde para incluir ações de assistência, recuperação e reabilitação das vítimas. As queimaduras podem ser consequência tanto de acidentes quanto de violência. Logo, medidas articuladas e sistematizadas devem ser tomadas para evitá-las (BRASIL, 2005).

A PNRMAV reforça que as queimaduras são frequentes no ambiente doméstico, sendo este particularmente perigoso para crianças e idosos. Medidas de prevenção, como orientação familiar, alteração e adequação dos espaços físico e adoção de leis próprias (como aquelas que se relacionadas com a venda indiscriminada de álcool líquido) são importantes para esse fim. A mesma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005) remarca que queimaduras podem ser

consequências de maus-tratos ou negligência por parte dos cuidadores, incluindo familiares. Reforça, também, a falta de preparo dos profissionais de saúde em reconhecer essas condições particulares ou o medo de denunciá-las por possíveis represálias.

Nesse contexto, a PNRMAV busca a promoção da saúde, através de medidas intersetoriais e de ação comunitária, incorporando, também, a reorganização dos serviços de saúde para atender tais demandas. Adverte que a prevenção primária é capaz de manter abrangência e impacto maiores, com redução dos custos de tratamento das vítimas. E mais, acrescenta a necessidade de uma coleta melhor de dados a respeito das características desses agravos para fins epidemiológicos, de tal forma que as informações são vitais para diretrizes futuras (BRASIL, 2005).

Os profissionais que trabalham na atenção básica devem estar preparados para o tratamento inicial, se necessário, das vítimas, e, também, para participarem do ordenamento de serviços na fase de reabilitação, permitindo a racionalização do atendimento. Medidas devem ser tomadas para adequação curricular no âmbito da formação de recursos humanos relativas ao atendimento dos queimados, em sua condição de clientes especiais, visando, por exemplo, melhorar o registro de dados epidemiológicos, o atendimento pré-hospitalar e a difusão de conhecimento para prevenção de acidentes e violência (BRASIL, 2005).

Deslandes e Minayo e Lima (2008) citam como problema importante a sobrecarga nos serviços de urgência e/ou emergência do Brasil em decorrência do grande número de acidentes e de vítimas de violência. Tal demanda suscita a necessidade de um sistema resolutivo e hierarquizado e, ao mesmo tempo, políticas de prevenção. A pressão nesses serviços torna-se ainda maior, pois problemas que poderiam ser sanados na atenção básica acabam procurando a média e a alta complexidade, superlotando as emergências. Na realidade, a atenção básica sofre com a falta de estrutura como resultado do baixo financiamento. Soma-se a tudo isso, o fato de a população procurar soluções imediatas, mediante ideias, muitas vezes, errôneas do que seja uma situação de emergência. O resultado está em salas de pronto-socorro superlotadas.

Portanto, políticas públicas devem priorizar a prevenção. A AP é responsável direta na execução de medidas que resultarão na redução das internações hospitalares e na superlotação das unidades de maior complexidade. Como ponto de partida, todos os níveis devem ter consciência da sua função real para que possam ajudar na proposição de leis e ações exequíveis. Os profissionais da AP, especificamente no tema queimaduras, são essenciais ao orientar e sugerir medidas para prevenir estes acidente e

tirando dúvidas da população. Esta por sua vez, deve ter voz ativa na criação e controle de políticas públicas envolvendo esta temática. (ESPÍNDULA; ROCHA; ALVES, 2013).

Muitas vezes, vítimas e familiares nem se dão conta dos riscos que correm no ambiente doméstico ou no trabalho nem sabem identificá-los, mesmo após passarem pela situação. Em conjunto, parece haver nítida associação com descuido, negligência e falta de atenção da própria vítima ou de cuidadores, como Nestor e Turra (2014) e Rossi et al. (2003) acreditam. Atividades de intervenção educativa voltadas para crianças servem para alertá-las quantos aos perigos e para melhorar sua percepção com relação aos riscos de queimaduras. De forma similar, ações que esclarecem os familiares a respeito de situações e objetos que podem favorecer uma queimadura infantil, em ambiente doméstico, são eficazes para incrementar o número de informações corretas declaradas sobre o tema (ESPÍNDULA; ROCHA; ALVES, 2013).

A este respeito, Gimenez-Paschoal e Pereira e Nascimento (2009) asseguram que os profissionais de saúde e de educação devem estar capacitados para transmitir informações sobre prevenção e as condutas iniciais após acidentes, além de avaliarem e orientarem mudanças de comportamento e de organização do espaço doméstico. Ao avaliarem pacientes vítimas de queimaduras, especificamente por líquidos inflamáveis, Nestor e Turra (2014), por sua vez, alertam para a falta de conhecimento desses indivíduos sobre as informações de risco nos rótulos dos recipientes que manipulam e seu desconhecimento, também, acerca de campanhas de prevenção.

Complementando, Marques e Amaral e Marcadenti (2014); e Rossi et al. (2003) dizem ser necessário fazer um alerta quanto à premência de educação específica voltada aos trabalhadores em geral e ao uso de medidas de proteção adequadas específicas em suas atividades e que podem envolver tal tipo de agravo. Esse papel pode ser realizado pelos profissionais da AP.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), como antes mencionado, é um inquérito nacional sobre o atendimento de vítimas de agravos por causas externas em serviços de emergência e/ou urgência, dentre elas, os queimados. Através do VIVA, percebe-se que, embora não mantenham impacto tão forte na mortalidade em território nacional, as queimaduras ocupam lugar de alta relevância na morbidade, o que justifica a união de esforços da sociedade e, também, o envolvimento de profissionais com vários perfis em saúde pública, clínica e saúde mental (GAWRYSZEWSKI et al. 2012).

Os dados coletados, através do VIVA de 2009, corroboram que crianças e adultos jovens são grupos particulares de risco e as residências aparecem como local de ocorrência predominante das lesões (62,1% dos atendimentos), como antes discutido. Embora a maioria (62,3%) das vítimas tenha recebido alta após o atendimento inicial, é vital remarcar a relativamente alta proporção (18,1%) de internação hospitalar, quando comparada a outras causas, maior até mesmo que entre os pacientes de traumas no trânsito (16,2%) ou de quedas (7,5%), segundo Gawryszewski et al. (2012). Em 2011, esses números são semelhantes, com 67,91% evoluindo para alta dentro das primeiras 24 horas e 20,24% de vítimas necessitando de internação hospitalar. Reitera-se, mais uma vez, que, em 61,81% dos casos, a residência aparece no registro como o local do evento (BRASIL, 2018c).

Dentre as causas de queimaduras mais frequentes no Brasil encontram-se chamas e o álcool. Este é comumente utilizado em ambiente doméstico para iniciar fogo em churrasqueiras ou como agente de limpeza. Barato e de fácil acesso no comércio brasileiro, muitas vezes, está presente em acidentes e tentativas de suicídio. Estatisticamente, o álcool figura, no Brasil, como agente importante de lesões de maior gravidade, muitas vezes extensas, com internação prolongada e necessidade de cuidados intensivos. Diferentemente, no mundo, poucos são os relatos envolvendo esse líquido inflamável. Embora restrita sua venda, ainda em 2002, graças à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, não houve efetividade dessa medida por decisão posterior na Justiça, liberando sua comercialização (ALDUNATE et al., 2012)

Para Aldunate et al. (2012), são urgentes medidas de educação, mudanças na composição do álcool vendido para reduzir seu poder de combustão e leis dificultando o acesso da população para diminuir essa casuística. Nestor e Turra (2014), por sua vez, ao analisarem o perfil de uma série de pacientes internados por queimaduras face a agentes inflamáveis, mostram relação frequente com profissionais atuando em atividades insalubres (construção civil e indústria); grande profundidade (a maioria, associação de lesões de segundo e terceiro graus); significativa extensão (SCQ > 20%), o álcool como principal agente (seguido pela gasolina); e como fator causal principal, segundo as vítimas, o descuido ou a falta de atenção.

2.3 Formação do profissional da Atenção Primária

A Constituição Federal de 1988 trata a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, por meio de políticas que busquem a redução dos riscos de doença e agravos e mediante acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma universal, integral e equânime, o que corresponde à interveniência do Conselho Nacional de Secretários de Saúde ou CONASS (BRASIL, 2003). Para a adoção desse direito, quando da estruturação do SUS, há diretrizes e descentralização visando ao atendimento integral com prioridade nas atividades preventivas, sem prejuízo da assistência e participação da comunidade. A Lei n. 8.080, de 1990, ou seja, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), regulamenta o SUS e determina, entre seus objetivos: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes de saúde; assistência às pessoas por intermédio de atuações de promoção, proteção e recuperação de saúde via realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas.

Como campo de atuação, destacam-se medidas de vigilância epidemiológica e de assistência terapêutica integral, incluindo a ordenação da formação de recursos humanos na ampla área de saúde. A vigilância epidemiológica propõe adotar ações que levem ao conhecimento, à detecção / prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, resultando na recomendação e na adoção de providências de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 2003).

Com a implementação das Normas Operacionais Básicas (NOB), o município passa a ser o responsável direto pelo atendimento das demandas relacionadas à saúde de seus munícipes, sem excluir a participação deles no processo. Isto corresponde à criação de vínculos entre prestadores e usuários, com preferência para os núcleos familiares e comunitários, com efetiva participação e controle da sociedade (BRASIL, 1996, 2003). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, por sua vez, representam estratégias do MS para reorientação do sistema de saúde, com ênfase para a atenção básica (BRASIL, 1997). Posteriormente, o Programa de Saúde da Família evolui para o que conhecemos atualmente como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta deve estar inseridas em redes de serviços de saúde, comunicando-se com os serviços de ambulatório especializado, de apoio diagnóstico, urgência e/ou emergência, e internação hospitalar, através de referência e contrarreferência. Ela mantém papel relevante sobre o indivíduo, a família, a comunidade

e o meio ambiente, adotando ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 2003)

Segundo Costa *et al.* (2013), os profissionais de saúde que trabalham na AP, muitas vezes, relatam falha de comunicação entre os diferentes níveis de atenção no SUS, gerando um modelo fragmentado de saúde, com um sistema de referência e contrarreferência falho. Além disso, relata dificuldade de acesso dos pacientes aos níveis de média e alta complexidade quando necessitam. Essas falhas apontadas vão contra o que é preconizada para o sistema de saúde público brasileiro, que deveria existir na forma de rede, sem sofrer interrupções na atenção ao usuário.

A reforma do setor de saúde, com início na década de 80, século XX, ênfase para a VIII Conferência Nacional de Saúde e posterior criação do SUS, alçou a saúde ao *status* de direito social, garantido através de políticas públicas para redução de riscos e universalidade de acesso a serviços e ações de saúde. Consequentemente, a formação de recursos humanos passa a manter importância ímpar no novo cenário do sistema de saúde, inclusive, com espaço próprio de discussão nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos. Antes da instituição do SUS, registra-se nítida separação entre formação de recursos humanos e reais necessidades do sistema de saúde. Tal afastamento começa a diminuir com a instituição, ano 2005, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), destinado aos setores de Enfermagem, Odontologia e Medicina (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Poucos anos antes, o MEC, já sensível às necessidades de um novo perfil de profissional para o SUS, através da promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em 2001, reorganiza o currículo das escolas médicas. Com o intuito de tornar as mudanças propostas em realidade, como política pioneira, instala o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (Promed), em 2002, em parceria com o Ministério da Saúde. E é o Promed que abriu as portas para a implementação do citado Pró-Saúde. Em 2008, a continuidade da parceria entre MS e MEC persiste, com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), voltado para a atenção primária, no campo de formação de recursos humanos com os princípios de educação pelo trabalho, qualificação em serviço dos profissionais, iniciação ao trabalho para os estudantes e pesquisa-produção de conhecimentos voltados ao SUS (ALVES *et al.*, 2015).

O eixo condutor do PET-Saúde é a integração entre os diferentes sujeitos, suas respectivas instituições e a comunidade. O Programa é uma ferramenta para a qualificação dos profissionais de saúde segundo os princípios do [...] SUS e para a modificação da relação entre ensino e serviços prestados à comunidade. (KOVALESKI et al., 2016, p. 766).

Os princípios e as diretrizes do SUS exigem profissionais capacitados para o cuidado integral. Entretanto, tal perfil ainda mantém qualificação aquém do esperado. A Portaria n. 373 / MS, de 27 de fevereiro de 2002, aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) do Sistema Único de Saúde, que amplia as responsabilidades dos municípios frente à atenção básica, além de estabelecer a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade e de instituir mecanismos aptos a fortalecer a gestão do SUS, graças à atualização dos critérios de habilitação de Estados e de municípios (BRASIL, 2002b).

Adiante, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004, veio como política do SUS para mudar práticas de saúde, organização de ações e serviços, e processos de formação e práticas pedagógicas na área (BRASIL, 2004). De acordo com colocações de Batista e Gonçalves (2011), sua finalidade é aperfeiçoar o cuidado, a comunicação e compromisso social de equipes, gestores, instituições formadoras em saúde e o controle social. Por sua vez, o Programa de Educação Permanente para Médicos na Estratégia Saúde da Família pretende agilizar a adoção e a implementação da PNEPS. Suas metas centrais podem ser assim enunciadas: qualificação na prática; fortalecimento da autoestima; minimização do isolamento profissional; estabelecimento de protocolos, ampliação da efetividade e da resolutividade; maior credibilidade em torno dos profissionais; e a redução de encaminhamentos à média e à alta complexidade (D'ÁVILA et al., 2014).

Para Silva e Castilhos (2010, p. 61), o atendimento ao paciente queimado “[...] exige o trabalho de uma equipe multidisciplinar, com a atuação de, dentre outros profissionais, médicos, psicólogos, nutricionistas e, principalmente, enfermeiros.” A Enfermagem desempenha papel fundamental dentro da AP. Sobressai-se sua função assistencial na educação em saúde e formação de novos recursos humanos de forma humanizada, detectando grupos e agravos que necessitem de atenção especial. Assim, o profissional enfermeiro deve manter estreita relação com os demais especialistas da AP e ajudar na relação entre atenção básica e demais níveis do sistema de saúde. Sua atuação é pautada em competência técnica, conhecimento científico e cuidado.

Entretanto, na visão de Rocha et al. (2011), a falta de formação adequada sobre temas específicos pode atrapalhar na eficiência desse cuidado.

Ainda a este respeito, Silva e Castilhos (2010, p. 61), ao tratarem do trabalho da Enfermagem juntos aos queimados advertem que “[...] o enfermeiro está deixando de aplicar o processo de Enfermagem, utilizado para organizar de forma sistemática sua atuação e tornar a assistência para esse paciente mais humanizada.” Lembra que o enfermeiro é o profissional que está mais tempo em contato com o paciente e a família, devendo dar apoio físico, psicológico e emocional, com cuidado individualizado e humanizado. Os autores reforçam que a falta de atualização profissional dificulta a realização de diagnósticos face à carência de conhecimentos científicos, gerando a não identificação de cuidados básicos, o que se reflete nos cuidados prestados por esse profissional e, conseqüentemente, de toda a equipe.

Nestor e Turra (2014) também salientam a importante função dos enfermeiros no contato com as vítimas de queimaduras. Num país onde as campanhas de prevenção são escassas, o enfermeiro assume papel fundamental na condição de educador. Deve participar, ativamente, de campanhas para a adoção de estratégias que estimulem práticas seguras (destaque para a manipulação de líquidos inflamáveis), mudando o comportamento das coletividades em risco e reduzindo o número de novos casos. Ainda segundo Silva e Castilhos (2010), a assistência de Enfermagem é essencial para recuperação e reabilitação rápidas e com sequelas mínimas, atuando com visão holística e humanizada.

De forma análoga, o médico deve ser protagonista na avaliação das necessidades do paciente e dos riscos de adoecimento do mesmo, incluindo queimaduras. A doença deve ser vista como parte de um conjunto envolvendo indivíduo, família, sociedade e ambiente, em que o tratamento proposto deve se fundamentar na realidade vivenciada. Na AP, o médico deve ter um perfil generalista, voltado a atenção integral, sem esquecer das ações de prevenção/educação sanitária. O gestor, por sua vez, com base nessas particularidades, deve estar atento às necessidades do profissional para execução de suas tarefas. (SILVA; BARBOSA; ROCHA, 2015).

O Ministério da Saúde entende que os profissionais da atenção básica em sua lida cotidiana e em contato direto com a comunidade, incluindo consultas de rotina e visitas domiciliares, apresentam momentos únicos para executarem ações educativas na prevenção de acidentes. Todos os profissionais podem e devem estar atentos a situações no ambiente doméstico e dos indivíduos nesse aspecto em particular. Também é

interessante que profissionais e equipe estejam atentos às orientações sobre promoção, proteção e defesa dos direitos dos indivíduos, aos serviços imprescindíveis para recuperação e manutenção da saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2012b).

Crianças e idosos também são alvos especialmente vulneráveis à violência, de modo que os expertos da atenção básica devem estar preparados para lidar com esse desafio. Devem desenvolver ações de prevenção de violência e promoção de saúde, conhecer as formas de sua manifestação, identificar casos suspeitos, realizar o acompanhamento de vítimas e respectivas famílias durante a internação da mesma, entre outras tarefas. Como antes discutido, queimaduras são agentes de lesões, resultantes tanto de acidentes quanto de atos de violência ou de negligência, o que significa que os profissionais devem atuar como elementos ativos na atenção integral à saúde das vítimas, coordenando as atividades em território nacional (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto atendimento, pois a atenção básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2013, p. 15).

O tratamento dos pacientes queimados que procuram os serviços das unidades básicas de saúde deve ir além da ferida e investigar as condições responsáveis pelo agravamento, como acidente doméstico ou de trabalho, violência, trânsito, etc. A partir de então, a comunidade pode ser alvo de um plano de prevenção das situações que a colocam em risco. Deslandes et al. (2006) confirmam a capacidade da AP em sua atuação junto às famílias e às comunidades no sentido de que permaneçam sensíveis ao problema de acidentes e violências, encaminhando seus pacientes, quando necessário, para níveis de atenção maior, além de agir como porta de entrada do sistema de saúde. Segundo os estudiosos ora citados, certos serviços chegam a receber até 55% de sua demanda da atenção básica.

Os profissionais de saúde devem ser alvo de educação continuada, o qual faz parte de um processo de sua valorização e humanização no atendimento prestado por eles. Tecnologias educativas apresentam-se, neste contexto, como materiais que permitem um processo de ensino/aprendizagem facilitado. (VIEIRA et al., 2013) É fundamental para construir um bom material educativo, a compilação de informações

pertinentes sobre o assunto a ser abordado. Deve-se partir de um objetivo claro: qual mensagem se quer passar e para qual público. Têm de ter linguagem clara, atrativa, adequada ao leitor e ao mesmo tempo em que transmitem a informação, estimulam o pensamento crítico (CASTRO; JÚNIOR, 2014) Ainda de acordo com estes mesmos autores, o processo educativo se presta a socializar informações, promover saúde, evitar doenças, contribuindo com múltiplos benefícios como melhora da autonomia, autoestima, confiança, permitindo a alteração de condutas e postura.

Vieira et al. (2013) cita que determinados materiais educacionais, com seus respectivos textos, podem fornecer instruções e também utilizar-se de figuras para tal, com o objetivo de orientar um comportamento. Destaca sua importância também ao facilitar consultas rápidas e permanentes sobre um tema, podendo ser acessados a qualquer tempo, ajudando na conquista de saberes e favorecendo a mudança de atitudes e práticas. Eles podem ser escritos, se necessário, com textos longos, para maior riqueza de detalhes. Ao mesmo tempo, devem ser seletivos e personalizados para melhor transmissão do seu conteúdo. Lembra que embora existam muitas materiais com bons resultados para educação da população geral, ainda são pouco utilizados na educação continuada dos profissionais de saúde. Sugere que eles podem preencher lacunas no conhecimento e difundidos em programas de educação de um público em particular.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e quantitativa de delineamento transversal.

3.2 Local do estudo

A população de Teresina, capital do Estado do Piauí, e cenário da pesquisa, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) está estimada em 850.198 habitantes, os quais estão distribuídos em 1.392 km² no centro-norte do PI, o que representa 0,55% da extensão territorial do Estado, sendo 17% urbana (240 km²) e 83% rural (1.152km²). A densidade demográfica é de 610,78 habitantes / km².

A pesquisa possui como cenário as 92 unidades básicas de saúde de Teresina, a saber: Zona Leste / Sudeste (35 unidades); Zona Norte (28 unidades); e Zona Sul (29 unidades), segundo informações da Fundação Municipal de Saúde (TERESINA, 2018). Até dezembro de 2017, a capital piauiense mantinha 258 equipes implantadas de Atenção Primária, segundo o Sistema do Departamento de Atenção Básica (DAB) / MS, com proporção de cobertura populacional estimada em 100%, em se tratando do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2016).

3.3 População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

Dentre os 516 profissionais (258 médicos e 258 enfermeiros) identificados com vinculação às 258 equipes da AP do município-capital do Piauí, Teresina, com atuação nas UBS, calculou-se, dentre esse universo, uma amostra de 220 profissionais, sendo 110 médicos e 110 enfermeiros, para a primeira abordagem. Foram adotados como critérios de inclusão para participação do estudo: os profissionais médicos e enfermeiros com atuação junto à Atenção Primária em Teresina há, no mínimo, um ano, excluindo-se os que estavam em férias ou afastados por licença médica ou de qualquer outra natureza.

Ao tempo em que se denomina de população ou universo (N), o conjunto de elementos que possuem pelo menos uma característica em comum, amostra (n) é uma

parte da população, selecionada de acordo com uma regra ou plano, dentro do dito processo de amostragem, e que se mostra estatisticamente representativa do todo. No caso, as unidades amostrais selecionadas foram localizadas e abordadas em suas próprias UBS no respectivo turno de trabalho para esclarecimento a respeito do estudo para subsidiar a solicitação visando seu envolvimento.

3.4 Processo de amostragem do estudo: descrição

Para o cálculo do tamanho da amostra (n), definiu-se, *a priori*, uma margem de erro (E) de 5%; um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$); e a pressuposição de que o parâmetro (conhecimento) do estudo tem variância máxima, $P = 0,50$. Assim, pela fórmula para amostragem casual simples, $n = z^2 [p \times (1-p)] / E^2$, tem-se (BOLFARINE; BUSSAB, 2005):

$n =$	$1,96^2 (0,5 \times 0,5) / 0,05^2 = 384$
-------	--

Como se trata de uma população considerada finita de 516 (N) profissionais da AP, entre médicos e enfermeiros, a amostra foi redimensionada para $n' = n / [1 + (n / N)]$, sendo então $n' = 384 / [1 + (384 / 516)] = 220$, distribuída entre 110 médicos e 110 enfermeiros. Acrescenta-se que se trata de amostra probabilística casual simples sem reposição – quando as técnicas permitem que, por sorteio, qualquer elemento da população possa ser incorporado à amostra – tendo como unidade amostral a equipe (unidade última para efeito de sorteio) e unidade de análise o profissional médico e enfermeiro da equipe. As 258 equipes foram devidamente numeradas e o programa BioStat 5 gerou 110 números aleatórios entre 1 e 258, correspondentes às equipes integrantes da amostra, ao final. Em cada unidade amostral sorteada, médico e enfermeiro foram integrados à pesquisa na condição de sujeito da pesquisa.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 19 de fevereiro a 30 de março de 2018 nas dependências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto aos profissionais médicos e enfermeiros. De início, o próprio pesquisador, de posse dos instrumentos de coleta a

serem aplicados aos dois segmentos – médicos e enfermeiros – em pesquisa de campo, realizou ele próprio aplicação de pré-teste, instrumento que propicia correções e atualização dos roteiros para a coleta definitiva, de 19 a 22 de fevereiro de 2018, junto a nove unidades amostrais (quatro médicos; cinco enfermeiros), com características similares à amostra definitiva, como recomendado por estatísticos e autores, a exemplo de Marconi e Lakatos (2011). Posteriormente, a aplicação dos questionários foi realizada por avaliadores calibrados para aplicação do instrumento utilizado, supervisionados pelo autor do TCM.

Para a coleta de dados, recorreu-se a questionários validados, diferentes e específicos para cada grupo de profissionais: médicos (Apêndice A) e enfermeiros (Apêndice B), com a ressalva de que o roteiro se fundamenta em modelo de Balan (2008), com o intuito de avaliar o conhecimento no tratamento inicial ao paciente queimado por médicos e enfermeiros, com ajustes mínimos e imprescindíveis à realidade estudada. As mudanças limitaram-se à supressão de itens não alusivos ao domínio necessário em queimaduras por parte desses profissionais para lhes permitir lidar com os pacientes na rotina diária no âmbito da atenção básica, como: cuidados, procedimentos invasivos, condutas e controles realizados em ambiente hospitalar.

A modalidade de questionário misto permite, também, colocações livres dos sujeitos. No caso do roteiro aplicado aos médicos (Apêndice A), além de dados iniciais burocráticos, a exemplo de data de contato com o depoente, início e término do questionário e código do participante, está ele composto por duas grandes seções. A primeira – caracterização sociodemográfica – incorpora os seguintes itens: idade; gênero; formação profissional; ano de conclusão da graduação; pós-graduação (ou não); explicitação da modalidade e especificação da pós-graduação, em caso afirmativo; tempo de experiência e forma de ingresso na AP; experiência (ou não) no atendimento a algum paciente agudamente queimado na AP. Além das questões específicas, seguem itens mais genéricos: conhecimento (ou não) do fluxograma para atendimento com classificação de risco / vulnerabilidade para pacientes queimados do MS para atenção básica; capacitação e atualização (ou não) na área de atendimento inicial aos queimados; data da última capacitação, em caso afirmativo.

A segunda grande seção – atendimento inicial ao paciente queimado – contém exatas 12 perguntas, contemplando temas relacionados a: (1) exame inicial básico; (2) cálculo de superfície corporal queimada; (3) cuidados locais ao queimado; (4) remoção imediata (ou não) para evitar maior propagação da queimadura, no caso de agente

causador aderente; (5) limpeza das lesões e utilização (ou não) de curativos oclusivos, em geral; (6) posicionamento do paciente após queimadura das mãos; (7) fisiopatologia das queimaduras; (8) especificidade no caso de queimaduras de face, pé, mão ou pescoço e/ou na região perineal ou genitália; (9) queimadura circunferencial de extremidades, queimaduras por descarga elétrica, intoxicações, etc.; (10) necessidade de jejum nas primeiras 48 horas para os queimados; (11) sobre reposição hidroeletrólítica; (12) utilização de antibióticos profiláticos para prevenção de infecções.

Em se tratando dos enfermeiros (Apêndice B), os dados iniciais e a primeira seção – caracterização sociodemográfica – são exatamente idênticos aos que se destinam aos profissionais médicos, sem qualquer distinção. A segunda seção – atendimento inicial ao paciente queimado – contém, desta vez, 14 questões. As sete primeiras são iguais às direcionadas aos médicos. Da oitava em diante, há diferenças: (8) oferta generosa de líquidos de modo que o paciente responda ao tratamento o mais rápido possível por meio de volume urinário satisfatório; (9) cuidado com as lesões durante o primeiro banho e degermação das lesões com clorexidina; (10) cuidado com lesões após o banho; (11) recomendações acerca da troca dos curativos dos pacientes; (12) uso de todos os equipamentos de proteção disponíveis e aplicação da técnica asséptica durante os curativos para evitar riscos de infecção; (13) prevenção das sequelas estéticas e funcionais através de condutas tomadas pela Enfermagem; (14) no primeiro atendimento, punção venosa para infusão precoce de fluidos.

Aos indivíduos que concordaram integrar a pesquisa, conforme a graduação, o questionário A ou B foi entregue na ocasião do contato, junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em seu local de trabalho nas unidades básicas de saúde, com o fim de obter respostas reflexivas e completas, com cada um respondente a sós, momento em que o aplicador agenda o recolhimento do instrumento de coleta preenchido e não identificado, disposto em envelopes próprios.

Como adendo, acresce-se o esforço despendido para conseguir o maior número de adesão, embora, com frequência além da esperada, algumas unidades amostrais por excelência negaram sua concordância, o que impede qualquer pesquisador de cercear o poder de decisão do respondente, com base em palavras *ipsis litteris* do próprio TCLE, quando afirma, amparado nas diretrizes do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI (Anexo A).

3.6 Processamento e análise dos dados

Os dados da pesquisa foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Excel 2016. Posteriormente, os dados foram submetidos a testes estatísticos com o auxílio do programa SPSS versão 20.0. O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$). Os resultados foram, então, organizados e representados em tabelas elaborados no programa Microsoft Excel 2016.

A análise dos dados considerou a mediana do número de acertos aos questionários por categoria profissional. Para testar a hipótese de que a soma total de pontos obtidos nos questionários das duas categorias profissionais seguissem o padrão da curva normal utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, hipótese esta que foi rejeitada. Assim, para avaliar se o nível de conhecimento entre o atendimento inicial ao paciente queimado era igual entre médicos e enfermeiros utilizou-se o Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para verificar a existência de associação do conhecimento entre o tipo de profissional, médicos ou enfermeiros, e o conhecimento a respeito do fluxograma ao atendimento inicial ao paciente queimado do Ministério da Saúde utilizou-se o teste do qui-quadrado.

A análise de regressão logística empregada estudou a capacidade individual de cada variável independente, isolando os efeitos das demais, em diferenciar os grupos que possuíam maior conhecimento daqueles com menor conhecimento. As variáveis independentes foram definidas e dicotomizadas: (1) idade ($<$ idade mediana ou $\geq$ idade mediana) x_1 ; (2) sexo (masculino ou feminino); (3) formação (médico ou enfermeiro); (4) tempo de formação ($<$ tempo mediano ou $\geq$ tempo mediano); (5) educação continuada (pós-graduação: sim ou não); (6) tempo de experiência na AP ($<$ tempo mediano ou $\geq$ ao tempo mediano); (7) forma de ingresso na AP: concurso público (sim ou não); (8) experiência no atendimento a queimados (sim ou não); (9) conhecimento do fluxograma para atendimento ao queimado na atenção básica (sim ou não).

A variável dependente (Y), por seu turno, correspondeu ao número de acertos dos respectivos testes de conhecimento: $<$ mediana do número de acertos ou $\geq$ mediana do número de acertos. O modelo idealizado ficou:

$$Y = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \beta_9 X_9)}}$$

O modelo logístico estimado com os respectivos coeficientes ficou:

$$\hat{Y} = \frac{1}{1 + e^{-(-161,17 - 1,15X_1 - 0,54X_2 + 1,17X_3 + 0,08X_4 + 0,957X_5 + 1,83X_6 - 0,71X_7 - 0,51X_8 + 1,46X_9)}}$$

O coeficiente de correlação de Spearman's rho foi utilizado para estudar a relação concomitante entre o número de acertos aos questionários com o tempo de atuação na AP, isoladamente.

3.7 Elaboração do produto

Elaborou-se um álbum seriado sobre atendimento inicial ao paciente queimado com conteúdo voltado para os profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária. Este tipo específico de tecnologia educacional é importante pois pode servir como um meio organizado para a transmissão de saberes para indivíduos ou grupos, condensando e fixando os assuntos de maior interesse, podendo ser aplicado a qualquer realidade (TEIXEIRA et al., 2016; RODRIGUES et al., 2013). Pinto et al. (2018) destaca que as tecnologias educativas, como os álbuns seriados, devem ser construídos partindo de evidências científicas, a fim de que tenham conteúdo válido. Para tal, fez-se inicialmente levantamento de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde e no site da Sociedade Brasileira de Queimaduras por publicações do Ministério da Saúde com orientações sobre esta temática. As publicações encontradas foram analisadas e o conhecimento pertinente à AP foi selecionado, inclusive focando nas dificuldades aos conteúdos encontrados na pesquisa realizada em campo.

Os temas do álbum seriado foram desenvolvidos e subdivididos em tópicos, conforme preconizado por Teixeira et al. (2016), abordando: conceito de queimadura; quais as condutas a serem tomadas no local do acidente; o que se deve evitar para não agravar o quadro; atendimento inicial propriamente dito (anamnese e exame físico); classificação das queimaduras quanto a profundidade; quando o paciente deve ser encaminhado para o pronto-socorro de imediato; sinais de alerta para acometimento de vias aéreas associados a queimadura; estratificação de risco e fluxograma do Ministério

da Saúde para atendimento de queimaduras na UBS; curativos na UBS; sinais de alerta para infecção; cuidados pós epitelação da queimadura; queimaduras em vítimas de violência; prevenção de novos eventos.

Na etapa seguinte, seguiu-se a escolha e adequação da linguagem, ilustrações, layout e design. Quanto a linguagem, por se tratarem de profissionais de nível superior da saúde, pode-se utilizar textos/listas longas e termos técnicos, diferentemente de quando o público-alvo é formado por pacientes, sem prejuízo à sua compreensão (CASTRO; JÚNIOR, 2014; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Mesmo assim, primou-se pela construção de frases que facilitassem a leitura pelos profissionais de saúde e sua rápida utilização prática, agilidade esta necessária à condução célere e eficaz que muitos casos de queimaduras requerem (PINTO et al., 2018). O layout e design ficaram a cargo de profissional da área tendo a preocupação de escolher as fontes das letras, cores, ilustrações e figuras atrativas a um leitor adulto, mas sem perder a clareza e foco na transmissão da informação. A presença de figuras variadas visou tornar o produto chamativo, prestando-se inclusive a assimilação de conteúdo por pessoas das mais diversas escolaridades, caso utilizado como material educativo para população leiga em momento oportuno (PINTO et al., 2018). A versão final foi impressa em tamanho A4 (21x29,7cm), com um total de 19 páginas e teve com título escolhido “QUEIMOU: E AGORA?”.

3.8 Aspectos éticos e legais do estudo

A pesquisa foi realizada seguindo os princípios éticos e legais prescritos para as investigações científicas no Brasil e em diferentes nações. De início, após consulta, obteve-se a autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde do município de Teresina, mediante parecer de liberação de sua Comissão de Ética. Posteriormente, o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI (Anexo A), Parecer n. 2153139, de 03 de julho de 2017.

Qualquer pesquisa, sobretudo quando envolve seres humanos, traz riscos maiores ou menores para os participantes, inclusive certo constrangimento ante questões e dúvidas quanto ao sigilo dos dados fornecidos (BRASIL, 2012a). No caso deste estudo, são eles mínimos, até porque o TCLE aparece apartado das folhas do questionário em todos os momentos, incluindo o recolhimento dos instrumentos de coleta preenchidos, o que assegura anonimato total da identidade dos respondentes, como já descrito.

Em termos de procedimentos, após explanação sobre a temática abordada, no caso de concordância, as unidades amostrais foram avisadas previamente do agendamento proposto, levando-se sempre em conta sua conveniência para entrega e recolhimento dos instrumentos de coleta, com a ressalva de que eles sabiam, desde o início, da possibilidade de desistência, como descrito. Isto é, privilegia-se a liberdade do pesquisado e seu livre arbítrio.

Como benefícios da pesquisa, mencionam-se: (1) identificação de lacunas na formação dos profissionais ensejará a tomada de medidas por parte da Secretaria Municipal de Saúde, Teresina – Piauí, na forma de educação continuada, para aperfeiçoar o conhecimento dos especialistas sobre o tema e favorecer melhor atendimento da população; (2) divulgação dos resultados da pesquisa no meio acadêmico e na sociedade em geral atuará como forma de compartilhar conhecimentos sobre o tema; (3) chance de esclarecer dúvidas quanto ao correto acompanhamento de queimados no nível da atenção básica; (4) elaboração de álbum seriado com orientações sobre queimaduras e atendimento aos queimados de forma ampla, com foco voltado à atenção primária, baseada em fontes científicas da literatura nacional.

Nessa linha, o álbum seriado proposto contém informações, como conceito, classificação, fluxograma de encaminhamento para outros níveis de atenção da rede assistencial, curativos e acompanhamento do paciente na atenção básica (BRASIL, 2012d; NOVAES et al., 2008). Além do mais, é propósito do pesquisador, levando em conta, sobretudo, a intenção do álbum seriado a ser trazido a público em etapa posterior, intitulá-lo de forma acessível e atraente ao grande público, de forma a despertar a curiosidade das coletividades e popularizar os conhecimentos, distante do tecnicismo e/ou academicismo. Isso conduz à sugestão do título: **“QUEIMOU: E AGORA? COMO O PROFISSIONAL DE SAÚDE DEVE PROCEDER NA ATENÇÃO BÁSICA”**

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE O ATENDIMENTO INICIAL AO QUEIMADO

Fabício de Oliveira Viana; Carmen Viana Ramos; Kelsen Dantas Eulálio; Luana Kelle Batista Moura; Ivonizete Pires Ribeiro.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento de médicos e enfermeiros da Atenção Primária (AP) sobre atendimento inicial ao paciente queimado. **Método:** pesquisa transversal com 71 profissionais, no período entre 19 de fevereiro a 30 de março de 2018. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparar o nível de conhecimento dos profissionais e regressão logística para investigar a associação com as demais variáveis. **Resultados:** observou-se índice geral de desconhecimento sobre o tema por 40,27% dos médicos e 45,59% dos enfermeiros, sem haver diferença estatisticamente significativa entre eles ($p=0,27$). Verificou-se associação positiva entre nível de conhecimento e tempo de atuação na AP ($p=0,043$). 29,19% dos médicos e 14,89% dos enfermeiros conheciam o fluxograma para atendimento inicial ao queimado do Ministério da Saúde. **Conclusão:** os profissionais apresentaram baixo nível de conhecimento e este mostrou-se associado ao tempo de atuação na AP.

Descritores: Atenção primária à Saúde. Conhecimento. Queimaduras. Médicos. Enfermeiras e Enfermeiros.

Introdução

Queimaduras são lesões traumáticas sobre os tecidos orgânicos do corpo decorrentes da ação de agentes variados como fogo, eletricidade, radiação, superfícies aquecidas, líquidos quentes entre outros. Dependendo da extensão, profundidade, agente causador da lesão, associação com inalação de fumaça pela vítima, entre outras particularidades, as queimaduras geram repercussões sistêmicas importantes que podem levar à sequelas graves ou morte. Elas são consideradas um problema de saúde global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estimando-se em mais de 265.000 mortes anuais causadas somente pelo fogo⁽¹⁻²⁾.

Embora o Ministério da Saúde reconheça as queimaduras como um problema de saúde pública, não se sabe o seu real tamanho no Brasil. Faltam dados epidemiológicos suficientes e um banco de informações unificado que auxiliem nesse sentido⁽³⁻⁵⁾. Mesmo assim, diversos estudos, utilizando dados de Centros de Tratamentos de Queimados, apontam o domicílio como o local mais frequente de ocorrência das queimaduras atendidas nos serviços de urgência e emergência no país⁽⁶⁻¹⁰⁾.

A Atenção Primária (AP) por sua vez é responsável por ser uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde. Deve desenvolver múltiplas tarefas no cuidado da saúde do indivíduo e comunidade. Isso inclui a prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes queimados dentro da complexidade que compete a atenção básica. Os profissionais nela inseridos são responsáveis pelo tratamento direto dos pacientes de menor gravidade e, ao mesmo tempo, devem estar integrados com o todo da rede assistencial e outros níveis de atenção, no acompanhamento dos demais casos⁽¹¹⁾.

Portanto, o conhecimento no atendimento inicial ao queimado é crucial, permitindo reduzir seu risco de morbidade e mortalidade. Entretanto, em um estudo realizado no Reino Unido, em 2015, identificou que muitos estudantes em final de seus cursos médicos não apresentam habilidades ou confiança para lidar com queimados. Nele, 35% afirmaram que não receberam qualquer aula sobre queimaduras, apenas 45% recebeu ensino formal e somente 32% se sentiam confortáveis neste tipo de atendimento. O referido estudo apontou como causa desse problema a falha curricular sobre este assunto, o qual levava à deficiência de conhecimento de primeiros socorros, confiança no cuidado e de conhecimentos básicos de tratamento⁽¹²⁾.

Por sua vez, outro estudo realizado com 133 estudantes do internato de Medicina, no estado do Piauí, em 2016, abordando o conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado mostrou resultados preocupantes: 60,15% deles não sabiam a correta indicação de profilaxia contra o tétano, apenas 49,62% responderam corretamente questionamento sobre cálculo da superfície corporal queimada (SCQ) e 48,12% acertaram a resposta sobre antibioticoprofilaxia⁽¹³⁾.

Considerando que as queimaduras são lesões potencialmente graves, geradoras de sequelas incapacitantes e fatais, a má condução das mesmas nas primeiras horas impactam diretamente no seu desfecho. Por tudo que foi relatado acima, esses aspectos levantam um questionamento quanto ao grau de conhecimento dos profissionais de saúde em relação à esse tema. Entretanto, foi encontrado uma lacuna na literatura científica sobre o conhecimento dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros relacionado ao atendimento inicial ao paciente

queimado. Nessa perspectiva, esta pesquisa propôs-se a analisar o conhecimento dos profissionais da AP no atendimento inicial ao paciente queimado.

Método

Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada dentre dos princípios éticos e legais prescritos para as investigações científicas no Brasil e em diferentes nações. Ela foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, parecer n. 2153139, de 03 de julho de 2017, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal realizada junto aos profissionais médicos e enfermeiros da AP do município de Teresina, capital do Piauí.

População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foram identificados inicialmente 516 profissionais (258 médicos e 258 enfermeiros) com vinculação às 258 equipes da AP do município-capital do Piauí, Teresina, com atuação em UBS. Calculou-se então uma amostra do tipo casual simples (n) e definiu-se, *a priori*, uma margem de erro (E) de 5%; um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$); e a pressuposição de que o parâmetro (conhecimento) do estudo tem variância máxima, $P = 0,50$. Assim, pela fórmula para amostragem casual simples⁽¹⁴⁾, $n = z^2 [p \times (1-p)] / E^2$, tem-se: $n = 1,96^2 (0,5 \times 0,5) / 0,05^2 = 384$.

Como se trata de uma população considerada finita de 516 (N) profissionais da AP, entre médicos e enfermeiros, a amostra foi redimensionada para $n' = n / [1 + (n / N)]$, sendo então $n' = 384 / [1 + (384 / 516)] = 220$, distribuída entre 110 médicos e 110 enfermeiros. Em cada unidade amostral sorteada, médico e enfermeiro foram integrados à pesquisa na condição de sujeito da pesquisa.

A princípio, incorporaram-se como participantes da pesquisa os profissionais com atuação há, no mínimo, um ano na AP e foram excluídos os que estavam em férias ou afastados por licença médica ou de qualquer outra natureza.

Protocolo do estudo

Para a coleta de dados, recorreu-se a questionários validados, diferentes e específicos para cada grupo de profissionais, com ajustes mínimos e imprescindíveis à realidade estudada proposto por Balan⁽¹⁵⁾. Os questionários eram compostos de duas seções: a primeira, uma caracterização sócio-demográfica e a segunda, questões que contemplavam o conhecimento sobre o atendimento inicial ao paciente queimado e conhecimento sobre o fluxograma para atendimento ao paciente queimado do Ministério da Saúde.

Os profissionais selecionados foram localizados e abordados em suas próprias UBS no respectivo turno de trabalho para esclarecimento a respeito do estudo para subsidiar a solicitação visando seu envolvimento. Aos indivíduos que concordassem integrar a pesquisa foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada no período de 19 de fevereiro a 30 de março de 2018.

Análise dos resultados e estatística

Os dados da pesquisa foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Excel 2016. Posteriormente, os dados foram submetidos a testes estatísticos com o auxílio do programa SPSS versão 20.0. O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$).

A análise dos dados considerou a mediana do número de acertos aos questionários por categoria profissional. Para testar a hipótese de que a soma total de pontos obtidos nos questionários das duas categorias profissionais seguissem o padrão da curva normal utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, hipótese esta que foi rejeitada. Assim, para avaliar se o nível de conhecimento entre o atendimento inicial ao paciente queimado era igual entre médicos e enfermeiros utilizou-se o Teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para verificar a existência de associação do conhecimento entre o tipo de profissional, médicos ou enfermeiros, e o conhecimento a respeito do fluxograma ao atendimento inicial ao paciente queimado do Ministério da Saúde utilizou-se o teste do qui-quadrado.

A análise de regressão logística empregada estudou a capacidade individual de cada variável independente, isolando os efeitos das demais, em diferenciar os grupos que possuíam maior conhecimento daqueles com menor conhecimento. As variáveis independentes foram definidas e dicotomizadas: (1) idade ($<$ idade mediana ou $\geq$ idade mediana); (2) sexo (masculino ou feminino); (3) formação (médico ou enfermeiro); (4) tempo de formação ($<$ tempo mediano ou $\geq$ tempo mediano); (5) educação continuada (pós-graduação: sim ou não); (6) tempo de experiência na AP

(<tempo mediano ou $\geq$ ao tempo mediano); (7) forma de ingresso na AP: concurso público (sim ou não); (8) experiência no atendimento a queimados (sim ou não); (9) conhecimento do fluxograma para atendimento ao queimado na atenção básica (sim ou não).

A variável dependente, por seu turno, correspondeu ao número de acertos dos respectivos testes de conhecimento: < mediana do número de acertos ou $\geq$ mediana do número de acertos.

O coeficiente de correlação de Spearman's rho foi utilizado para estudar a relação concomitante entre o número de acertos aos questionários com o tempo de atuação na AP, isoladamente.

Resultados

Totalizam como participantes do estudo 24 médicos e 47 enfermeiros pertencentes a 60 equipes da Atenção Primária, ou seja, 30 % da amostra calculada. Em relação aos médicos ressalta-se que 24 não responderam aos questionários por estarem de férias/licenças ou a equipe visitada não possuía esse profissional no momento da coleta de dados. No grupo dos enfermeiros, foi relatado registro de afastamento de 13 deles, pelos mesmos motivos. Quanto à recusa em responder ao roteiro de coleta, 62 médicos e 50 enfermeiros negaram-se a participar do estudo: respectivamente, 72,10% e 51,50%, o que, decerto, representa percentagem relativamente elevada.

Os dados sociodemográficos encontram-se descritos na Tabela 1. Quanto à faixa etária, 49,30% dos profissionais estavam com 42 anos ou menos. Em relação ao gênero, predominavam majoritariamente o sexo feminino, com 92,96%. Quanto à formação profissional, 66,20% eram enfermeiros e 33,80%, médicos. No que se refere ao tempo de formação, em termos genéricos, no caso dos dois segmentos, 40,84% estavam graduados há mais de 20 anos. A maior parte dos entrevistados (83,09%) possuía pós-graduação, destacando-se aqui a do tipo *lato sensu* (73,23%). Prosseguindo, dentre os dados sociodemográficos, um pouco mais de 59% dos pesquisados apresentavam acima de 10 anos de experiência na AP. A forma de ingresso na Atenção Primária vinha ocorrendo, predominantemente, via concurso público, 81,69% (Tabela 1).

TABELA 1 – Características sociodemográficas e de formação dos profissionais da Atenção Primária, Teresina – PI, 2018

Variáveis	N	%
Faixa etária		
22 - 42 anos	35	49,30
43 - 60 anos	30	42,25
> 60 anos	6	8,45
Sexo		

Masculino	5	7,04
Feminino	66	92,96
Formação profissional		
Enfermeiro	47	66,20
Médico	24	33,80
Tempo de graduação		
<10 anos	20	28,16
10 - 20 anos	22	30,98
> 20 anos	29	40,84
Educação continuada / pós-graduação		
Sim	59	83,09
Não	12	16,91
Educação continuada / tipo de pós-graduação		
Especialização	52	73,23
Mestrado	7	9,85
Atualização em atendimento em queimaduras	0	0
Anos de experiência na Atenção Primária		
< 5 anos	16	22,53
5 - 10 anos	9	12,68
11 - 15 anos	14	14,72
16 - 20 anos	24	33,80
> 20 anos	8	11,27
Forma de ingresso		
Concurso público	58	81,69
Seleção pública	9	12,68
Substituto	4	5,63

Fonte Dados da pesquisa, 2018.

Observou-se uma proporção de conhecimento geral com média de acertos do total de questões de 59,7%, por parte dos médicos. Quanto à pergunta alusiva ao exame básico no atendimento inicial ao paciente queimado, a grande maioria destes alcançou 95,80% de respostas corretas. Em se tratando do item referente à aplicação da “regra dos nove” para o cálculo da SCQ, os médicos relataram um índice de desconhecimento de 41,70%. No tocante à compreensão relacionada à fisiopatologia das queimaduras, o nível de desconhecimento foi bem alto para os médicos (79,10%). O item alusivo à reposição volêmica inicial nos pacientes queimados sinalizou 45,80% de desconhecimento. Por fim, o questionamento sobre antibioticoterapia, trouxe como resultado 54,20% de desconhecimento (Tabela 2).

TABELA 2 – Número de acertos, erros, incerteza e respectivas porcentagens de acertos e de desconhecimento por tema, profissionais médicos da Atenção Primária, Teresina – PI, 2018

Itens	Área	N. acertos	N. erros	Incerteza	Acertos (%)	Desconhecimento (%)
1	Exame inicial	23	1	0	95,8	4,2
2	Cálculo da superfície corporal queimada	14	5	5	58,3	41,7
3	Cuidados locais	16	8	0	66,7	33,3
4	Cuidados locais	12	10	2	50,0	50,0
5	Cuidados locais	12	10	2	50,0	50,0
6	Posicionamento	12	5	7	50,0	50,0
7	Fisiopatologia	5	12	7	20,8	79,1
8	Triagem	16	3	5	66,7	33,3
9	Triagem	23	0	1	95,8	4,2
10	Nutrição	15	6	3	62,5	37,5
11	Reposição volêmica	13	2	9	54,2	45,8
12	Antibioticoterapia	11	13	0	45,8	54,2
Total		172	75	41	59,7	40,3

Fonte Dados da pesquisa, 2018.

Em se tratando da Tabela 3, alusiva ao grupo dos enfermeiros, observou-se uma taxa de conhecimento geral com média de acertos de 54,4% das questões. Quanto à primeira pergunta sobre exame básico no atendimento inicial ao paciente queimado, aferiu-se 80,90% de respostas corretas. Com relação ao item sobre a aplicação da “regra dos nove” observou-se um índice de desconhecimento de 51,10%. Quanto à pergunta sobre a fisiopatologia das queimaduras, o nível de desconhecimento foi considerado alto, 85,10%. O questionamento sobre prevenção de infecções nos queimados o desconhecimento alcançou a cifra de 63,80%. Por fim, a questão que buscava colher dados sobre o saber desses especialistas quanto ao acesso venoso no atendimento inicial aos queimados, apresentou taxa de respostas corretas de somente 36,20% (Tabela 3).

TABELA 3 – Número de acertos, erros, incerteza e respectivas porcentagens de acertos e de desconhecimento por tema, profissionais enfermeiros da Atenção Primária, Teresina – PI, 2018

Itens	Área	N. acertos	N. erros	Incerteza	Acertos (%)	Desconhecimento (%)
1	Exame inicial	38	5	4	80,9	19,1
2	Cálculo da superfície corporal queimada	23	12	12	48,9	51,1
3	Cuidados locais	25	19	3	53,2	46,8
4	Cuidados locais	33	8	6	70,2	29,8
5	Cuidados locais	22	10	15	46,8	53,2
6	Posicionamento	20	7	20	42,6	57,4
7	Fisiopatologia	7	20	20	14,9	85,1
8	Controles vitais	30	11	6	63,8	36,2
9	Cuidados da lesão	16	17	14	34,0	66,0
10	Cuidados da lesão	37	2	8	78,7	21,3
11	Cuidados da lesão	35	5	7	74,5	25,5
12	Prevenção de infecção	17	28	2	36,2	63,8
13	Prevenção de complicações	38	8	1	80,9	19,1
14	Acesso venoso	17	22	8	36,2	63,8
Total		358	174	126	54,4	45,6

Fonte Dados da pesquisa, 2018.

Não existiu diferença estatisticamente significante entre número total de acertos dos médicos quando comparados aos acertos dos enfermeiros ($p=0,27$).

Em relação ao conhecimento do fluxograma para atendimento inicial ao queimado do Ministério da Saúde, 29,19% dos médicos e 14,89% dos enfermeiros responderam afirmativamente. Não foi detectado associação com significância estatística entre formação profissional e existência de conhecimento sobre o mesmo ($p=0,15$).

Nenhum profissional, médico ou enfermeiro, acertou todas as questões do questionário. A média e mediana do número de acertos estiveram próximas nos dois grupos profissionais. Quanto a nota mínima, houve quem errasse todas as alternativas do questionário no grupo da Enfermagem. O números de acertos médio, mediano, máximo e mínimo por tipo de profissional são observados na tabela 4:

TABELA 4 – N° de acertos médio, mediano, máximo e mínimo aos questionários por tipo de profissional da Atenção Primária sobre atendimento inicial aos queimados, Teresina – PI, 2018

Tipo de profissional	Média	Mediana	Máximo	Mínimo
Médico	8	8	11	4
Enfermeiro	8	9	13	0

Fonte Dados da pesquisa, 2018.

O modelo de regressão logística estimado indicou que a única variável que diferenciou os grupos que possuíam maior conhecimento daqueles com menor conhecimento foi tempo de experiência na AP ($p=0,04$). Esta influência foi no sentido de que quanto mais experiência maior número de acertos ao questionário. O grau desta influência foi de que quem tinha mais de 13 anos de atuação na AP apresentava seis vezes mais chances de acertar pelo menos 8 questões (Tabela 5). As demais variáveis independentes (faixa etária, sexo, formação profissional, tempo de formação, educação continuada, forma de ingresso, experiência no atendimento a queimados e conhecimento do fluxograma de atendimento a queimados na AP) não tiveram peso com significância estatística para influenciar no número de acertos. O coeficiente de correlação de Spearman's indicou uma baixa correlação de +0,016, não havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,896$).

TABELA 5 – Associação entre o conhecimento em queimaduras e as variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais da Atenção Primária (Modelo regressão logística). Teresina – PI, 2018

Área	$\beta(\hat{i})^1$	p-valor	RC²
Faixa etária	-1,15	0,18	0,32
Sexo	-0,54	0,67	0,58
Formação profissional	1,17	0,13	3,21
Tempo de formação	0,08	0,15	1,08
Educação continuada	0,96	0,41	2,60

Tempo de experiência na AP	1,83	0,04	6,23
Forma de ingresso na AP	-0,07	0,95	0,93
Experiência no atendimento a queimados	-0,51	0,47	0,60
Conhecimento do fluxograma de atendimento a queimado na AP	1,46	0,06	4,3

¹ Coeficiente (β_i): peso da variável

² Razão de chance (*odds ratio*)

Fonte Dados da pesquisa, 2018.

Discussão:

A análise do perfil sociodemográfico dos pesquisados, no que diz respeito ao tempo de formação, mostra que se tratam de profissionais experientes, haja vista que grande parte está graduada há mais de 20 anos. Em geral, possuem uma ou mais pós-graduações, em nítida atenção à educação continuada. Neste aspecto, Brito *et al.*⁽¹⁶⁾ em estudo, no município de João Pessoa, junto a 97 médicos e 127 enfermeiras da Atenção Primária, relata resultados semelhantes, com 50% dos mesmos com mais de 21 anos de formação e 75% dos profissionais com pelo menos 1 especialização *lato sensu*. Dados também observados por Marsiglia⁽¹⁷⁾, no município de São Paulo, com 4968 profissionais da AP, atuando em 87 UBS, incluindo médicos e enfermeiras, destacando que essas características mostram que são profissionais com força de trabalho qualificada e que tendem a continuar sua formação mesmo depois de inseridas no campo de trabalho.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, nenhum pesquisado informou ter recebido qualquer curso de atualização em atendimento inicial ao paciente queimado. Marsiglia⁽¹⁷⁾ observa que 68,3% dos seus pesquisados relatam algum tipo treinamento para atuação na AP, a exemplo dos Programas de Saúde do Adulto, da Criança e da Mulher. Contudo, não receberam cursos abordando qualquer tipo urgência. Isto é preocupante, face ao fato de que esses pacientes são uma realidade nas UBS. É o que observamos no relato de que 12,5% dos médicos e 27,7% dos enfermeiros do nosso estudo já terem se deparado com casos de urgência em queimados na clientela atendida.

O fato de grande parte dos entrevistados do presente estudo estarem atuando há mais de 10 anos junto à AP, sugere larga experiência na atenção primária. Em relação a este aspecto em discussão, em seu estudo, Brito *et al.*⁽¹⁶⁾ faz a mesma observação ao apontar que 63% dos enfermeiros e 31,7% dos médicos tinham mais de dez anos de atuação em UBS. Por conseguinte, possuem a chance de assimilarem na prática cotidiana conhecimentos crescentes, inclusive sobre o atendimento inicial aos queimados, de modo a demonstrarem maior conhecimento quanto a

prestação do socorro imediato. Isto ficou evidenciado no nosso estudo, na medida em que, quanto maior o tempo de atuação na AP, maior o número de acertos aos questionários, fato observado no modelo de regressão logística. Por sua vez, a aparente falta desta relação na correlação de Spearman's pode estar sendo influenciada pelas demais variáveis independentes definidas na análise logística.

Em termos gerais, a porcentagem total de acerto das questões relacionadas ao conhecimento sobre atendimento inicial aos queimados pelos médicos é baixa. Os dados encontrados são similares aos evidenciados por Máximo e Martins e Souto⁽¹⁸⁾. Ao replicar o questionário completo proposto por Balan⁽¹⁴⁾ a alunos cursando o último ano do Curso de Medicina, em procedimento metodológico similar ao do presente estudo, a taxa de acerto chega a 63,34%. Ou seja, resultados ainda acima dos encontrados nesse estudo, em particular. Diante disso, pode-se deduzir que esses resultados podem ser vistos como insatisfatórios, uma vez que o domínio integral e tão completo quanto possível é vital para a recuperação dos queimados. Tal como detectada na investigação científica realizada, no Reino Unido, por Lemon *et al.*⁽¹²⁾, a falta de ensinamentos sobre tema tão sério no campo da saúde pública torna-se um dos responsáveis diretos pelo insucesso dos primeiros socorros. No presente estudo, os itens com maior incidência de desconhecimento por parte da classe médica podem ser assim sumarizados: cuidados locais, fisiopatologia, posicionamento do paciente, cálculo da SCQ, hidratação (reposição volêmica) e antibioticoterapia.

Já os enfermeiros obtêm porcentagem geral de acertos somente próximos a 50%. Para eles, constam como tópicos de maior desconhecimento os seguintes: fisiopatologia, posicionamento, cuidados locais e cuidados da lesão. Gomes *et al.*⁽¹⁹⁾, por sua vez, ao elaborarem e aplicarem outro instrumento de coleta com a finalidade de avaliar o conhecimento sobre a temática dentre profissionais de Enfermagem (técnicos e enfermeiros), assinalam uma taxa geral maior de acertos de 76,87%. Alguns autores comprovam as consequências indesejáveis desta falta de conhecimento. Em investigação prospectiva realizada por Rea *et al.*⁽²⁰⁾ a respeito do atendimento de primeiros socorros aos queimados e do conhecimento de trabalhadores da área de saúde em Hospital e Centro Universitário na cidade de Perth, no oeste da Austrália, os autores atestam que 61% dos pacientes admitidos neste hospital receberam primeiros socorros inadequados. Destaca que, dentre eles, 50% já haviam se submetido, a princípio, a atendimento inapropriado na AP, em pronto-socorro, posto de Enfermagem ou via clínico geral.

Segundo Novaes *et al.*⁽²¹⁾, a determinação correta da SCQ é de extrema relevância no tratamento inicial dos queimados. A partir daí, derivam critérios de gravidade do caso e as condutas urgentes. Porém, trata-se de dado inesperado que dentre os pesquisados, que muitos médicos e a maior parte dos enfermeiros aplicam de forma incorreta o cálculo da “regra dos nove” para

mensuração da SCQ. De modo similar, Cunha e Cruz Júnior e Santiago¹³; e Máximo e Martins e Souto⁽¹⁸⁾, ao mensurarem o conhecimento de alunos de Medicina também se defrontam com resultados negativos: 68,33% e 50,38%, respectivamente, denotando insuficiência na abordagem do tema na grade curricular dos graduandos e/ou recém-graduados. Breederveld *et al.*⁽²²⁾ em estudo com profissionais que trabalham em ambulâncias e hospitais de emergência na Holanda mostra resultados também insatisfatórios quanto ao uso prático da “regra dos nove” para cálculo da SCQ. Tal fato, em última análise, pode levar inclusive ao não encaminhamento de pacientes graves aos centros especializados em queimados.

A respeito da indicação de reposição volêmica no paciente queimado, Máximo e Martins e Souto⁽¹⁸⁾ registram taxa bem maior de desconhecimento (90%) dentre formandos de Medicina e, então, alertam que a hidratação adequada nas primeiras horas após o trauma mantém relação direta com as taxas de sobrevivência. Em linha similar, Cunha e Cruz Júnior e Santiago⁽¹³⁾ analisando aspectos, em separado, a respeito desta hidratação constatarem que 27,06% desconheciam alguma das fórmulas de reposição volêmica para estes casos; 32,33% não distinguem a fórmula de Parkland; 44,36% ignoravam o tipo de fluido ideal a ser utilizado e 57,89% erraram o cálculo do volume total a ser adotado com base na fórmula que acreditavam conhecer.

Moghazy e Kamel e Farghaly⁽²³⁾, avaliando o nível de conhecimento dos médicos da família de Ismalia (Egito), sobre atendimento ao queimado, divulgam que 100% desconheciam a principal indicação para reposição volêmica nos pacientes queimados e também todos não se mostravam aptos a calcular a hidratação caso necessária. Breederveld *et al.*⁽²²⁾, em seu estudo com profissionais que atendem vítimas de emergência, obtêm achados também negativos sobre o tópico: 31,3% erraram na indicação do início da reposição em paciente com mais de 15% da SCQ e, ainda, há registro de 86,6% de respostas incorretas no que tange à utilização de protocolos de hidratação.

Quanto à utilização de antibióticos, estes não precisam ser prescritos de forma profilática para os queimados⁽²¹⁾. Porém, para Máximo e Martins e Souto⁽¹⁸⁾, os percentuais de desconhecimento vão bem além (80%), no caso dos graduandos em Medicina, dos valores por nós observado. Cunha e Cruz Júnior e Santiago⁽¹³⁾ lembra que a antibioticoprofilaxia sistêmica, nesses casos, é contraindicada, haja vista que selecionaria cepas resistentes de bactérias, sem benefícios adicionais. Seus resultados revelam não conhecimento por parte de 51,87% dos alunos cursando o internato em Medicina, resultado próximo à realidade piauiense.

Limitações do estudo

Este estudo tem como principal limitação o pequeno número de pesquisados, como resultado da grande recusa por parte de médicos e enfermeiros em participar do estudo. Isto pode denotar o

receio dos mesmos em demonstrar falta de conhecimento sobre o tema, mesmo com a garantia do sigilo que toda pesquisa deve prezar. Sugere-se mais estudos que possam avaliar o motivo de recusa em participar de pesquisas envolvendo tema tão relevante. Ao mesmo tempo, por ser transversal não nos permite determinar relação de causalidade entre as variáveis.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os profissionais de saúde da atenção primária devem estar atentos à todos os aspectos da comunidade a que atendem. No caso das queimaduras, o principal enfoque dos mesmos deve recair sobre a prevenção primária. Entretanto, devem estar preparados para atender prontamente os casos mais simples e reconhecer, encaminhar e seguir conjuntamente com os demais níveis de atenção à saúde os casos mais complexos. Esta pesquisa ao avaliar lacunas de conhecimento sobre queimaduras serve de base para que projetos de educação continuada sejam elaborados para os profissionais da atenção primária.

Conclusão

Os resultados do estudo permitiram revelar nível de desconhecimento sobre o atendimento inicial dos queimados considerado alto, tanto por parte dos médicos quanto dos enfermeiros, pertencentes à Atenção Primária. Diante deste cenário, são essenciais medidas que privilegiem a oferta de capacitações objetivando melhoria na qualidade da assistência prestada à esta clientela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [cited 2018 Apr 23]. Available from: sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf
2. World Health Organization (WHO). Fact sheets. Burns, [S. l.]; 2018. [cited 2018 FEV 5]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en>.
3. Cantarelli-Kantorski KJ, Martins CL, Andolhe C, Brum AL, Dal Pai D, Echevarría-Guanillo ME. Caracterização dos atendimentos por queimaduras em um serviço de pronto-socorro. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 20]; 13(1): 38-43. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/185/pt-BR>.
4. Rempel LCT, Tizzot MRPA, Vasco JFM. Incidência de infecções bacterianas em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitário de Curitiba. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 21];10(1):3-9. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/56/pt-BR/incidencia-de-infeccoes-bacterianas-em-pacientes-queimados-sob-tratamento-em-hospital-universitario-de-curitiba>.

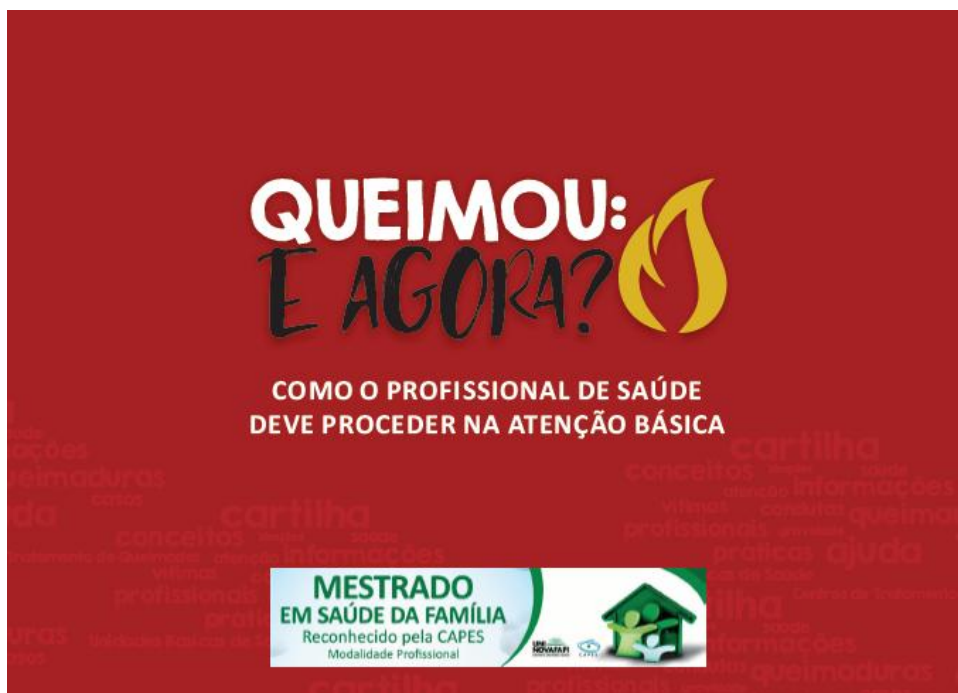
5. Nascimento SB, Soares LSS, Areda CA, Saavedra PAE, Leal JVO, Adorno J, et al. Perfil dos pacientes hospitalizados na unidade de queimados de um hospital de referência de Brasília. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 21];14(3):211-217. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/264/pt-BR/perfil-dos-pacientes-hospitalizados-na-unidade-de-queimados-de-um-hospital-de-referencia-de-brasil>.
6. Cruz BF, Cordovil PBL, Batista KNM. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 21];11(4):246-250. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/130/pt-BR/perfil-epidemiologico-de-pacientes-que-sofreram-queimaduras-no-brasil--revisao-de-literatura>.
7. Gawryszewski VP, Bernal RT I, Silva NN, Morais Neto OL, Silva MMA, Mascarenhas MDM et al. Atendimento decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 21];28(4): 629-640. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400003&lng=en.
8. Gonçalves A, Echevarría-Guanilo M, Gonçalves N, Rossi L, Farina Junior J. Caracterização de pacientes atendidos em um serviço de queimados e atitudes no momento do acidente. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 22];14(4): 866-872. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442012000400015&lng=es.
9. Silva GMA, Farias GL, Maciel MA. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Pronto-Socorro de Queimaduras de Goiânia em agosto de 2013. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 22];13(3):173-176. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/219/pt-BR/perfil-epidemiologico-dos-pacientes-atendidos-no-pronto-socorro-de-queimaduras-de-goiania-em-agosto-de-2013>.
10. Marques MD, Amaral V, Marcadenti A. Perfil epidemiológico dos pacientes grandes queimados admitidos em um hospital de trauma. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 22];13(4):232-235. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/224/pt-BR/perfil-epidemiologico-dos-pacientes-grandes-queimados-admitidos-em-um-hospital-de-trauma>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde [Internet]. 2003 [cited 2018 Apr 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.
12. Lemon TI, Stapley S, Idisis A, Green B. Is the current UK undergraduate system providing junior doctors knowledge and confidence to manage burns? A questionnaire-based cohort study. *Burns & Trauma* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 23];3:6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4964035/pdf/41038_2015_Article_5.pdf.
13. Cunha LVT, Cruz Júnior FJA, Santiago DO. Atendimento inicial ao paciente queimado: avaliação do conhecimento de alunos do internato do curso de Medicina. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 22];15(2):80-86. Available from:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/298/pt-BR/atendimento-inicial-ao-paciente-queimado-avaliacao-do-conhecimento-de-alunos-do-internato-do-curso-de-medicina>.

14. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Blücher; 2005.
15. Balan, M. A. J. Construção de um questionário para análise do conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado. Maringá: UEM, 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2008.
16. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM, Farias DN. Rev. APS [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 24];19(3): 434-445. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/2691/1020>.
17. Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. Saude soc. [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 25] ;20(4): 900-911. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400008&lng=en.
18. Máximo G, Martins AF, Souto LRM. Avaliação do ensino e aprendizagem de noções básicas de tratamento de queimados entre alunos do curso de medicina. Rev. Bras. Cir. Plást. [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 25];32(4):541-549. Available from: <http://www.rbcp.org.br/details/1893/avaliacao-do-ensino-e-aprendizagem-de-nocoas-basicas-de-tratamento-de-queimados-entre-alunos-do-curso-de-medicina>.
19. Gomes LKS, Ferreira MBG, Silveira, CF, Côrtes, RM. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca do cuidado em pacientes vítimas de queimadura. JCSBS. [Internet] 2015 [cited 2018 Apr 25];1(1):40-47. Available from: <http://publicacoes.facthus.edu.br/index.php/saude/article/download/20/O%20CONHECIMENTO%20DA%20EQUIPE%20DE%20ENFERMAGEM%20ACERCA%20DO%20CUIDADO%20EM%20PACIENTES%20V%C3%8DTIMAS%20DE%20QUEIMADURA>.
20. Rea S, Kuthubutheen J, Fowler B, Wood F. Burn first aid in Western Australia-do healthcare workers have the knowledge? Burns [Internet]. 2005 [cited 2018 Apr 26];31(8):1.029-1.034. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(05\)00158-0/pdf](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(05)00158-0/pdf).
21. Novaes, FN, Piccolo NS, Serra MCVF, Leonardi DF, Lima Jr EM, Correa MD, et al. Queimaduras: diagnóstico e tratamento inicial. Projeto e Diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira e Confederação Médica [Internet]. 2008 [cited 2018 Apr 27]. Available from: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/queimaduras-diagnostico-e-tratamento-inicial.pdf.
22. Breederveld RS, Nieuwenhuis MK, Nieuwenhuis WE, Aardenburg B. Effect of training in the emergency management of severe burns on the knowledge and performance of emergency care workers as measured by an online simulated burn incident. Burns [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 29];37(2):281-287. Available from: [https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(10\)00214-7/pdf](https://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(10)00214-7/pdf).

23. Moghazy AM, Kamel MH, Farghaly RM. Assessment of family physicians' knowledge as an indicator of burn management knowledge among non-burn practitioners in Ismailia, Egypt. *Ann Burns Fire Disasters* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 30];27(1):31-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158442/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-27-31.pdf>

4.2 Álbum seriado “Queimou: e agora?”



APRESENTAÇÃO

QUEIMOU: E AGORA?

Esta cartilha visa levar conceitos simples e informações práticas de como os profissionais de saúde

que trabalham na Atenção Básica podem proceder caso se deparem com vítimas de queimaduras.

Consequentemente, ajuda a identificar os casos menos complexos com condutas a serem implementadas nas Unidades Básicas de Saúde, como também os de maior gravidade a serem encaminhados para Centros de Tratamento de Queimados.

Este material não tem a pretensão de esgotar um assunto tão amplo.

QUEIMOU:
E AGORA?

SUMÁRIO

O QUE É QUEIMADURA	5
O QUE FAZER NO LOCAL DO ACIDENTE LOGO APÓS A QUEIMADURA	6
O QUE EVITAR?	7
O QUE AVALIAR NO ATENDIMENTO INICIAL?	8
QUAL A PROFUNDIDADE DAS LESÕES?	10
QUANDO ENCAMINHAR PARA O PRONTO-SOCORRO DE IMEDIATO?	11
LESÃO DE VIAS AÉREAS	13
O QUE FAZER NA UBS?	14
· ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA UBS	
· ANAMNESE E PROTOCOLOS DE TRATAMENTO	
CURATIVOS NA UBS (PEQUENAS QUEIMADURAS)	17
AGENTES TÓPICOS (COBERTURAS MAIS USADAS EM QUEIMADURAS)	18
SINAIS DE INFECÇÃO	20
CUIDADOS PÓS EPITELIZAÇÃO DA QUEIMADURA	21
SINAIS DE VIOLÊNCIA	22
ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO	23
REFERÊNCIAS	25

QUEIMOU:
E AGORA?

O QUE É QUEIMADURA?

QUEIMADURAS SÃO LESÕES TRAUMÁTICAS SOBRE OS TECIDOS ORGÂNICOS DO CORPO, DECORRENTES DA AÇÃO DE AGENTES VARIADOS COMO FOGO, ELETRICIDADE, RADIAÇÃO, SUPERFÍCIES AQUECIDAS, LÍQUIDOS QUENTES ENTRE OUTROS (BRASIL, 2012; WHO, 2012).

5

QUEIMOU, E AGORA?

O QUE FAZER NO LOCAL DO ACIDENTE LOGO APÓS A QUEIMADURA?

1 PARAR O PROCESSO DE LESÃO

ESCALDADURAS	CHAMAS	QUÍMICOS	ELÉTRICAS
Remover roupas embebidas por líquidos quentes.	Envolver a vítima com cobertores e/ou fazê-la rolar no chão para diminuir a fonte de oxigênio. Imersão em água (piscina, tanque) ou usar água de mangueira.	Remover as roupas contaminadas e o excesso do agente causador. Cuidado para não entrar em contato com o agente cáustico: utilizar equipamentos de proteção individual.	Não tocar a vítima antes de desligar a fonte de energia.

2 LAVAR A LESÃO POR 20-30 MINUTOS SOB ÁGUA CORRENTE O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL

3 COBRIR AS ÁREAS QUEIMADAS COM PANOS LIMPOS OU TOALHAS DE ALGODÃO

4 REMOVER ANÉIS, CINTOS, RELÓGIOS, ROUPAS QUEIMADAS

5 AVALIAÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

6

QUEIMOU, E AGORA?

O QUE EVITAR?



EM QUEIMADURAS QUÍMICAS
EVITAR AGENTES
NEUTRALIZANTES
(GERAM REAÇÃO
ÁCIDO X BASE
COM LIBERAÇÃO
DE MAIS CALOR).



EVITAR QUALQUER
SUBSTÂNCIA CASEIRA
SOBRE A LESÃO (CAFÉ,
PASTA DE DENTE,
MANTEIGA,...) OU GELO.



CASO AS ROUPAS/
SUBSTÂNCIAS
ESTEJAM
GRUDADAS NA
PELE,
NÃO REMOVA.

7

QUEIMOU?
E AGORA?

O QUE AVALIAR NO ATENDIMENTO INICIAL?

ANAMNESE DO PACIENTE

A

O QUÊ?

Ex: água
quente,
fogo,
choque
elétrico...

COMO?

Ex:
explosão,
acidente de
trânsito,
queda
associada...

QUANDO?

Ex: há 2 horas...

ONDE?

Ex: ao ar livre,
ambiente
fechado, em
poste com linha
de eletricidade
alta tensão.

A.R.D.E.U.

Alergias?,
Remédios?,
Doenças?
e Data da última
menstruação?,
Eventos
relacionados com
a lesão?,
Última refeição?

8

QUEIMOU?
E AGORA?

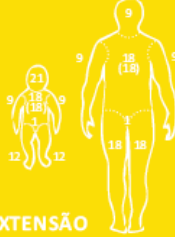
EXAME FÍSICO **E**

ABCDE
(VIAS AÉREAS, RESPIRAÇÃO, CIRCULAÇÃO, DISFUNÇÕES, EXPOSIÇÃO DAS LESÕES)

QUANTO MAIOR A EXTENSÃO E PROFUNDIDADE DA LESÃO MAIOR A GRAVIDADE DO CASO

COMO CALCULAR EXTENSÃO/SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA (%SCQ)?

“REGRA DOS NOVE” **9**
EM CRIANÇA E ADULTO: PINTAR COM CANETA AS ÁREAS ACOMETIDAS E SOMAR PARA OBTER A %SCQ



EXTENSÃO

“REGRA DA MÃO ESPALMADA”:
A SUPERFÍCIE DA PALMA DO PACIENTE INCLUINDO OS DEDOS CORRESPONDE A 1% DE SUA SUPERFÍCIE CORPORAL

Fonte: SOARES, Dina R.; FERREIRA, Maria Otilia; PELLOU, Maria A. Tratado de Queimaduras: um guia prático. 2a ed. SC: Medbook, 1997.

QUEIMOU? LIGUE 192

QUAL A PROFUNDIDADE DAS LESÕES?

1º GRAU

DOR, VERMELHIDÃO, CALOR, RESSECAMENTO DA PELE, NÃO FORMA BOLHAS, DESCAMA EM 4-6 DIAS. CAUSA FREQUENTE: EXPOSIÇÃO PROLONGADA AO SOL.




2º GRAU

DOR, PRESENÇA DE BOLHAS E FERIDA ÚMIDA COM BASE RÓSEA OU PÁLIDA. REPARAÇÃO ENTRE 7-21 DIAS. CAUSA FREQUENTE: ESCALDADURA.




3º GRAU

FERIDA SECA, PLACA BRANCA/ENEGRECIDA, SEMELHANTE A COURO, NORMALMENTE INDOLOR. NÃO REEPITELIZA, NECESSITANDO POR VEZES CIRURGIA. CAUSA FREQUENTE: FOGO, CHOQUE ELÉTRICO.




QUEIMOU? LIGUE 192

**QUANDO
ENCAMINHAR
PARA O
PRONTO-SOCORRO
DE IMEDIATO?**

QUEIMADURAS DE ESPESSURA PARCIAL SUPERIOR A 20% DA SUPERFÍCIE DO CORPO (SC) EM ADULTO OU 10% DA SC EM CRIANÇA MAIOR DE 2 ANOS OU 5% DA SC EM CRIANÇA MENOR QUE 2 ANOS DE IDADE.

QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU MAIOR QUE 10% DA SC EM ADULTO OU MAIOR QUE 2% DA SC EM CRIANÇA DE QUALQUER IDADE.

QUEIMADURAS QUE ENVOLVEM FACE, MÃOS, PÉS, GENITÁLIA, PERÍNEO E ARTICULAÇÕES IMPORTANTES.

QUEIMADURAS CAUSADAS POR ELETRICIDADE, INCLUSIVE LESÃO POR RAIOS.

QUEIMADURAS QUÍMICAS.

LESÃO POR INALAÇÃO.

QUEIMOU?
E AGORA?

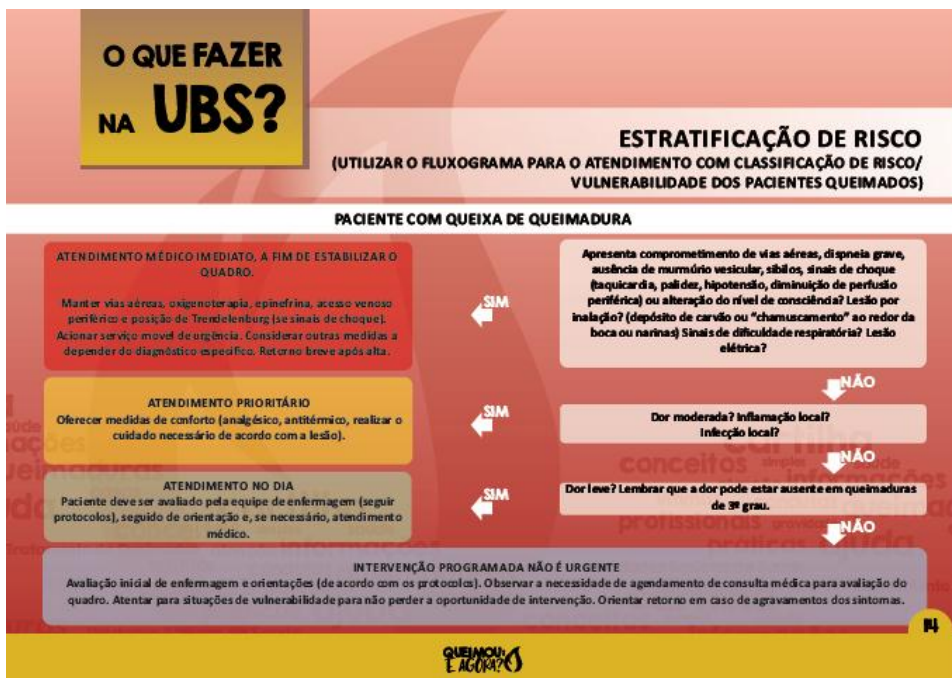
**QUANDO
ENCAMINHAR
PARA O
PRONTO-SOCORRO
DE IMEDIATO?**

QUEIMADURA EM PACIENTES COM DESORDENS MÉDICAS PREEEXISTENTES QUE PODERIAM COMPLICAR OS CUIDADOS, PROLONGAR A RECUPERAÇÃO OU INFLUENCIAR A MORTALIDADE (COMO HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES, NEFROPATIA, IMUNOSSUPRESSÃO, ETC.).

QUALQUER PACIENTE COM QUEIMADURA E TRAUMA CONCOMITANTES (TAIS COMO FRATURAS, ETC.).

QUEIMADURAS EM PACIENTES QUE REQUEREM INTERVENÇÃO ESPECIAL SOCIAL, EMOCIONAL E/OU LONGO PERÍODO DE REABILITAÇÃO.

QUEIMOU?
E AGORA?



O QUE FAZER NA UBS?



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

ANALGESIA

Analgésicos Comuns
(dipirona, paracetamol...):
preferência em caso de
dor leve

Opióides
(morfina, tramadol...):
se dor mais intensa

Evitar anti-inflamatórios:
uso prolongado retardam a
cicatrização e podem
provocar sangramento
gastrointestinal

EVITAR USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁTICOS
(RESTRITOS AOS CASOS COM INFECÇÃO LOCAL OU SISTÊMICA) E CORTICÓIDES

REALIZAR CUIDADOS LOCAIS DA FERIDA E CURATIVO NÃO ADERENTE

VERIFICAR HISTÓRICO DE IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA: VACINAR SE NECESSÁRIO

15

QUEIMOU,
E AGORA?

O QUE FAZER NA UBS?

AGENDAR RETORNO PARA REAVALIAÇÃO DO PACIENTE

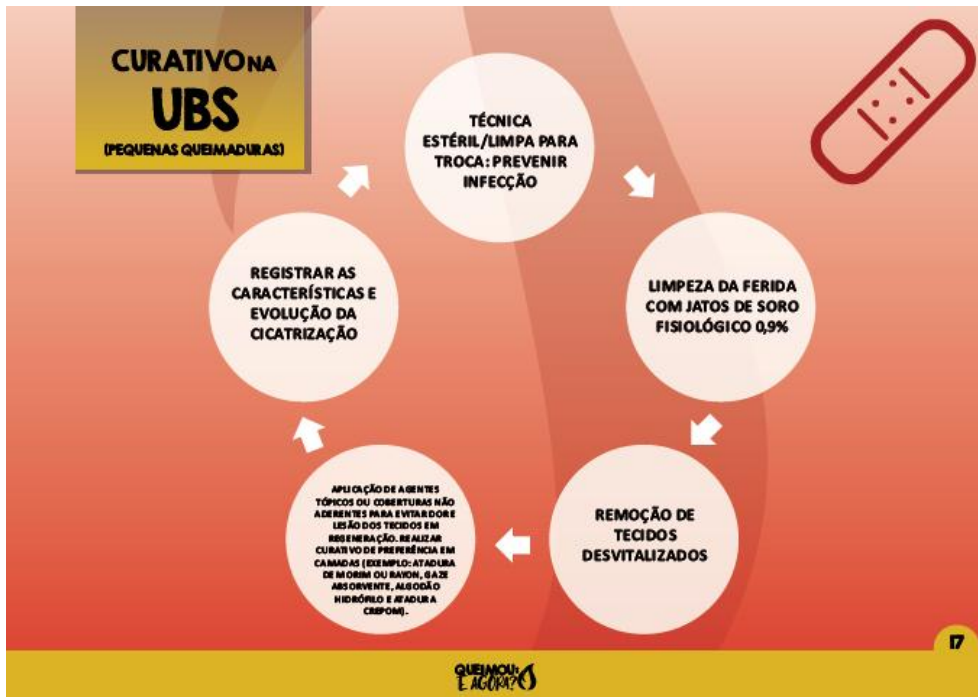
ENCAMINHAR PACIENTE PARA O PRONTO-ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO
SE QUEIMADURA DE SEGUNDO/TERCEIRO GRAU

ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM O SERVIÇO DE REFERÊNCIA
ATÉ A COMPLETA RESOLUÇÃO DA FERIDA

DISCUTIR O CASO
COM OS OUTROS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

16

QUEIMOU,
E AGORA?



AGENTES TÓPICOS

COBERTURAS MAIS USADAS EM QUEIMADURAS

S **SULFADIAZINA DE PRATA 1%**

ANTIBIÓTICO TÓPICO BARATO, FÁCIL APLICAÇÃO E REMOÇÃO, POUCO TÓXICO, PREVENINDO A INFECÇÃO OU AJUDANDO NO SEU TRATAMENTO. UTILIZADA EM QUEIMADURAS DE 2º E 3º GRAU. DEVE SER REAPLICADA DIARIAMENTE. NORMALMENTE UTILIZADA EM CURATIVOS OCLUSIVOS, SEGUIDA DE UMA CAMADA DE MORIM OU RAYON, GAZES/COMPRESSAS E ATADURAS DE CREPOM.

H **HIDROGEL**

COMPOSTO A BASE DE HIDROCOLÓIDES, UTILIZADA PARA MANTER UM MEIO ÚMIDO E FACILITAR O DESBRIDAMENTO AUTOLÍTICO. UTILIZADO EM QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU NA PRESENÇA DE TECIDOS DESVITALIZADOS. APLICAR SOMENTE NO LEITO DA FERIDA. UTILIZAR COM COBERTURA SECUNDÁRIA E PODE FICAR OCLUÍDO POR ATÉ 72 HORAS.

QUEIMOU? E AGORA?

18

AGENTES TÓPICOS

COBERTURAS MAIS USADAS EM QUEIMADURAS

HIDROFIBRA

H

COMPOSTA DE FIBRAS CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA, PODENDO SER ENCONTRADA ASSOCIADA A PRATA EM ALGUNS PRODUTOS. USADA EM QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU. ALTAMENTE ABSORVENTE. DEVE SER COLOCADA SOBRE A LESÃO, SOBREPONDO EM 5 CM A PELE SAUDÁVEL A PARTIR DA BORDA DA FERIDA. DEPOIS, COBRIR COM CURATIVO SECUNDÁRIO, QUE DEVE SER TROCADO PERIODICAMENTE PARA AVALIAÇÃO DA HIDROFIBRA. VAI SE SOLTANDO DO LEITO DA FERIDA A MEDIDA QUE ACONTECE A EPITELIZAÇÃO. PODE FICAR POR ATÉ 14 DIAS. TROCAR EM CASO DE SATURAÇÃO/VAZAMENTO DE EXSUDATO.

MALHA DE ACETATO DE CELULOSE COM EMULSÃO DE PETROLATUM

M

É UMA COBERTURA PRIMÁRIA QUE PROTEGE A LESÃO, SENDO POUCO ADERENTE, O QUE CAUSA MÍNIMO DANO NA SUA REMOÇÃO. SUA ESTRUTURA EM MALHA PERMITE A PASSAGEM DO EXSUDATO PARA O CURATIVO SECUNDÁRIO. PODE SER RECORTADA DO TAMANHO DESEJADO, SEM DESFIAR E REMOVIDA POR INTEIRO. ESTÁ INDICADA EM QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU, COM EXSUDAÇÃO VARIADA. CONTRA INDICADA EM CASO DE INFECÇÃO. USÁ-LA PARA COBRIR A FERIDA, JUNTAMENTE COM COBERTURA SECUNDÁRIA. TROCAR QUANTO ESTA ESTIVER SATURADA

QUEIMOU-
E AGORA?

19

SINAIS DE INFECÇÃO



APROFUNDAMENTO
DAS LESÕES COM O
PASSAR DOS DIAS

ODOR
FÉTIDO

MUDANÇA DE COR
DA FERIDA COM
TONS VIOLÁCEOS,
MARROM ESCURO
OU ENEGRECIDO

CELULITE
PERILESIONAL E
EDEMA

DESCOLAMENTO
PRECOCE DA ESCARA

AUMENTO OU
MODIFICAÇÃO DA
QUEIXA DE DOR

QUEIMOU-
E AGORA?

20

CUIDADOS PÓS EPI TELIZAÇÃO DA QUEIMADURA



LESÕES DE ESPESSURA PARCIAL
NORMALMENTE ENCONTRAM-SE RESOLVIDAS COM ATÉ 21 DIAS,
APRESENTANDO ASPECTO ROSA OU AVERMELHADO E SUPERFÍCIE RESSECADA.

MASSAGEAR O LOCAL AFETADO COM HIDRATANTES VÁRIAS VEZES AO DIA,
EVITAR SOL POR 6 MESES E
MONITORAR PARA APARECIMENTO DE CICATRIZES
HIPERTRÓFICAS/QUELOIDES POR 1 ANO.

21

QUEIMOU,
E AGORA?

SINAIS DE VIOLENCIA



LESÕES NÃO JUSTIFICÁVEIS COM A HISTÓRIA RELATADA

LESÕES NÃO COMPATÍVEIS COM A IDADE
OU DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DA CRIANÇA

QUEIMADURA EM LOCAL BIZARRO E/OU
MARCA DO OBJETO UTILIZADO PARA TAL FIM (EX.: PONTA DE CIGARRO)

LESÕES EM VÁRIAS PARTES DO CORPO

LESÕES/ESCALDADURA POR IMERSÃO COM FORMATO DE MEIA OU LUVA,
DE LIMITES BEM DEFINIDOS, EM TODO O MEMBRO
OU PARTE DELE, GENITÁLIA, NÁDEGA

22

QUEIMOU,
E AGORA?

**ORIENTAÇÕES
SOBRE
PREVENÇÃO**





**EVITAR QUE AS CRIANÇAS FIQUEM NA COZINHA,
MESMO NA PRESENÇA DE ADULTOS**



**EVITAR QUE AS CRIANÇAS FIQUEM PERTO DE FONTES DE FOGO,
FERRO ELÉTRICO, AQUECEDORES, FOGOS DE ARTIFÍCIO**



**EVITAR DEIXAR OS CABOS DE PAINELA VOLTADOS PARA FORA DO FOGÃO,
DEVENDO-SE UTILIZAR DE PREFERÊNCIA AS BOCAS DE TRÁS**



EVITAR SERVIR A COMIDA DAS CRIANÇAS DEMASIADAMENTE QUENTE



EVITAR TOMAR LÍQUIDOS QUENTES QUANDO ESTIVER COM CRIANÇAS NO COLO

23



**ORIENTAÇÕES
SOBRE
PREVENÇÃO**





**EVITAR O USO DE ÁLCOOL LÍQUIDO,
DAR PREFERÊNCIA PARA SUA FORMA EM GEL**



**EVITAR USO DE BENJAMINS ("T"),
EXTENSÕES E EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS COM FIOS DESENCAPADOS**



**EVITAR USO DE TOALHAS LONGAS SOBRE A MESA
QUE PERMITAM AS CRIANÇAS AO PUXÁ-LAS DERRUBAR AS PAINELAS**



**EVITAR SUBIR EM ÁRVORES PARA PEGAR PIPAS PRESAS,
BRINCADEIRAS COM PIPAS DEVEM SER AFASTADAS DA REDE ELÉTRICA**

24



REFERÊNCIAS



BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2013. 290 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras. Brasília, 2012d.

Disponível em:

<sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2018.

25



COMO O PROFISSIONAL DE SAÚDE
DEVE PROCEDER NA ATENÇÃO BÁSICA



Coordenação do Programa de Mestrado em Saúde da Família
Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai, Teresina - PI, 64073-505
Telefone: (86) 2106-0723
Email: secmestrado@uninovafapi.edu.br

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram revelar nível significativo de desconhecimento sobre atendimento inicial aos queimados e também do fluxograma para o atendimento com classificação de risco / vulnerabilidade para pacientes queimados do Ministério da Saúde. Tanto por parte dos médicos quanto dos enfermeiros pertencentes à Atenção Primária, observamos o erro de quase metade dos itens do instrumento aplicado. No que diz respeito as questões específicas, observou-se um percentual elevado de erros, em relação aos seguintes temas: fisiopatologia e antibioticoterapia, por parte dos profissionais médicos. Níveis igualmente insatisfatórios para os enfermeiros, nos temas relacionados ao cálculo da superfície corporal queimada, cuidados locais, posicionamento, fisiopatologia, cuidados da lesão, posicionamento e prevenção da infecção. A única variável que mostrou relação com um maior número de acertos nos testes tratou-se dos anos de experiência na AP. Diante deste cenário, são essenciais medidas que privilegiem a oferta de educação continuada com capacitações nessa área, no sentido de incrementar os conhecimentos dos profissionais, com consequente melhoria na qualidade da assistência prestada à clientela, como álbuns seriados. Para isso, elaboramos um álbum seriado com conteúdo prático, de fácil entendimento, para ser utilizada no dia-a-dia dos profissionais da AP. Por fim, como limitação do estudo, destacamos o número pequeno de respondentes da pesquisa, a qual pode estar relacionada com o medo dos profissionais de sofrerem julgamentos ao demonstrarem desconhecimento sobre o tema abordado.

REFERÊNCIAS

- ALDUNATE, J. L. C. B. *et al.* Análise de 10 anos de casos de queimaduras por álcool com necessidade de internação em hospital quaternário. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 220-225, 2012.
- ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 31-35, jan. / fev. 2008.
- ALVES, C. R. L. *et al.* Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na reforma curricular de escolas médicas participantes do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 4, p. 527-536, 2015.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.499-1.509, 2016.
- ATIYEH, B.; MASELLIS, A.; CONTE, F. Optimizing burn treatment in developing low-and middle-income countries with limited health care resources (Part 3). **Annals of Burns and Fire Disasters**, [S. l.], v. 23, n. one, p.13-18, 2010.
- BALAN, M. A. J. **Construção de um questionário para análise do conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado**. Maringá: UEM, 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2008.
- BALAN, M. A. J. *et al.* Validação de um instrumento de investigação de conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 373-381, abr. / jun. 2014.
- BALAN, M. A. J.; OLIVEIRA, M. L. F.; TRASSI, G. Características das vítimas de queimaduras atendidas em unidade de emergência de um Hospital Escola do Noroeste do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 169-75, abr. / jun. 2009.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blücher, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, 2003. 604 p.

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

_____. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Supermercados só venderão álcool gel em seis meses. **Boletim Informativo**, Brasília, 2002a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução n. 466 / 2012**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012a. [Aprova as [...] diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 2 fev. 2018.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b.

_____. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2005.

_____. **Portaria n. 198**, 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

_____. **Portaria n. 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002b. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01 / 2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 3 mar. 2018.

_____. **Portaria n. 737 / GM**, de 16 de maio de 2001. Considerando a aprovação da proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por parte da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho

Nacional de Saúde, por meio da Resolução n. 309, de 8 de março de 2001, resolve [...] aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em: <[https:// www.nescon.medicina.ufmg.br/ biblioteca/ imagem/2076.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2018.

_____. _____. **Portaria n. 1.886**, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997. [Decide] aprovar as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/ portaria1886_18_12_97.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2018.

_____. _____. **Portaria n. 2.203**, de 5 de novembro de 1996. Brasília, 1996. [Decide] aprovar, nos termos do texto Anexo a esta Portaria, a NOB 1 / 96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/nob1_ 96.pdf](bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2013. 290 p.

_____. _____. _____. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012c. 272 p.

_____. _____. _____. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras**. Brasília, 2012d. Disponível em: <[sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_ tratamen to_ emergencia_ queima duras.pdf](sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

_____. _____. Secretaria Executiva. DATASUS. **Informações de saúde**: epidemiológicas e morbidade – morbidade hospitalar do SUS. Brasília, 2018a. Disponível em: <[http:// www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02)>. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____. _____. _____. **Informações de saúde**: estatísticas vitais – inquéritos e pesquisas. Brasília, 2018b. Disponível em: <[http://www2.datasus.gov.br/ DATASUS/ index.php?area=02](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02)>. Acesso em: 18 fev. 2018.

_____. _____. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Informações diversas**. Brasília, 2016. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/ historico_ cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 12 fev. 2017.

_____. Vigilância em Saúde. **VIVA Inquérito**. Brasília, 2018c. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/viva-inquerito>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BREEDERVELD, R. S. et al. Effect of training in the emergency management of severe burns on the knowledge and performance of emergency care workers as measured by an online-simulated burn incident. **Burns**, [S. l.], v. 37, n. 2, p.281-287, 2011.

BRITO, G. E. G. et al. Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista de Atenção Primária à Saúde (APS)**, Juiz de Fora, v. 19, n. 3, p. 434-445, 2016.

CAMUCI, M. B. et al. Caracterização epidemiológica de pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva de queimados. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 78-83, 2014.

CANTARELLI-KANTORSKI, K. J. et al. Caracterização dos atendimentos por queimaduras em um serviço de pronto-socorro. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 38-43, 2014.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1.772-1.784, 2012.

CASTRO, A.N.P., LIMA JÚNIOR, E.M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 103-113, 2014.

COSTA, S. M. et al. Referência e contrarreferências na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde (APS)**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 287-293, 2013.

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

CUNHA, L. V. T.; CRUZ JÚNIOR, F. J. A.; SANTIAGO, D. O. Atendimento inicial ao paciente queimado: avaliação do conhecimento de alunos do internato do Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Queimaduras** (RBQ), Goiânia, v. 15, n. 2, p. 80-86, 2016.

DAIBEM, C. G. L. et al. Análise das variações da pressão do *cuff* em paciente grande queimado. **Revista Brasileira de Queimaduras** (RBQ), Goiânia, v. 10, n. 1, p.21-26, 2011.

D'ÁVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da região Sudeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014.

DESLANDES, S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. supl., p.1279-1290, 2006.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p.430-440, 2008.

DIAS, L. D. F. et al. Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo: estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 86-92, 2015.

ESER, T. et al. Epidemiological and cost analysis of burn injuries admitted to the emergency department of a tertiary burn center. **SpringerPlus**, [S. l.], v. 5, n. 1, 1.411-1.415, 2016.

ESPÍNDULA, A. P.; ROCHA, L. S. M.; ALVES, M. O. Perfil de pacientes queimados do Hospital de Clínicas: uma proposta de intervenção com escolares. **Revista Brasileira de Queimaduras** (RBQ), Goiânia, v. 12, n. 1, p. 16-21, 2013.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 629-640, abr. 2012.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; PEREIRA, D. M.; NASCIMENTO, E. M. Efeito de ação educativa sobre o conhecimento de familiares a respeito de queimaduras infantis em ambiente doméstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, maio / jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300010&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 7 jan. 2018.

GOMES, L. K. S et al. Conhecimento da equipe de Enfermagem acerca do cuidado em pacientes vítimas de queimadura. **Jornal de Ciências Biomédicas e Saúde**, Uberaba, v. 1, n. 1, p. 40-47, 2015.

GONÇALVES, A. C. et al. 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, out. / dez. 2012.

HABERAL, M.; ABALI, A. S.; KARAKAYALI, H. Fluid management in major burn injuries. **Indian Journal of Plastic Surgery**, [Serial online], v. 43, n. 3, p. 29-36, 2010.

HETTIARATCHY, S.; PAPINI, R. Initial management of a major burn: I-overview. **British Medical Journal (BMJ)**, London, v. 328, n. 7.455, p. 1555-1557, June 2004a.

_____. Initial management of a major burn: II-assessment and resuscitation. **British Medical Journal (BMJ)**, London, v. 329, n. 7.457, p.101-103, July 2004b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). [Informações dispersas]. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

KATTAN, A. E. et al. Current knowledge of burn injury first aid practices and applied traditional remedies: a nationwide survey. **Burns & Trauma**, [S. l.], v. 4, n. 37, p.1-7, 2016.

KOVALESKI, D. F. et al. Trajetória do Pró-PET: saúde da família no cotidiano da promoção da saúde, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 765-771, 2016.

LEMON, T. I. et al. Is the current UK undergraduate system providing junior doctors knowledge and confidence to manage burns? A questionnaire-based cohort study. **Burns & Trauma**, [S. l.], v. 3, n. 6, não paginado, May 2015.

LIMA, G. M. et al. Características dos pacientes que apresentaram queimadura de face em hospital de referência na região amazônica. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 133-139, 2015.

LIMA, E. de F. A. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-5, 2016.

LIMA JÚNIOR, E. M. et al. Avaliação do conhecimento e promoção da conscientização acerca da prevenção de queimaduras na população de Fortaleza – CE. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 161-167, 2014.

LISTA de municípios da Região Nordeste do Brasil por PIB. 2018. Disponível em: <[https:// pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_munic%C3%ADpios_da_Regi%C3%A3o_Nordeste_do_Brasil_por_PIB](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_munic%C3%ADpios_da_Regi%C3%A3o_Nordeste_do_Brasil_por_PIB)>. Acesso em: 12 fev. 2018.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo, 2011.

MARQUES, M. D.; AMARAL, V. do; MARCADENTI, A. Perfil epidemiológico dos pacientes grandes queimados admitidos em um hospital de trauma. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 232-235, 2014.

MÁXIMO, G.; MARTINS, A. F; SOUTO, L. R. M. Avaliação do ensino e aprendizagem de noções básicas de tratamento de queimados entre alunos do Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 541-549, 2017.

MOCK, C. et al. **Who plan for burn prevention and care**. Geneva: World Health Organization, 2008.

MOGHAZY, A. M.; KAMEL, M. H.; FARGHALY, R. M. Assessment of family physicians' knowledge as an indicator of burn management knowledge among non-burn practitioners in Ismailia, Egypt. **Annals of Burns and Fire Disasters**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 31-36, Mar. 2014.

MOREIRA, M. F.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

NASCIMENTO, S. B. et al. Perfil dos pacientes hospitalizados na unidade de queimados de um hospital de referência de Brasília. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 211-217, 2015.

NESTOR, A.; TURRA, K. Perfil epidemiológico dos pacientes com queimaduras por agentes inflamáveis. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 44-50, 2014.

NOVAES, F. N. et al. **Queimaduras**: diagnóstico e tratamento inicial. Projeto e Diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira e Confederação Médica, 2008. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331321324083.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2017.

NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; SERRA, M. C. V. F. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

PÁDUA, G. A. C. et al. Epidemiologia dos pacientes vítimas de queimaduras internados no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Santos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 550-555, 2017.

PINTO, S. L. et al. Posicionamento do paciente para raquianestesia: construção e validação de álbum seriado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 25-31, 2018 .

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil**: 1996. Brasília: IPEA, 1996. 186 p.

REA, S. *et al.* Burn first aid in Western Australia-do healthcare workers have the knowledge? **Burns**, [S. l.], v. 31, n. 8, p.1.029-1.034, 2005.

REMPEL, L. C. T.; TIZZOT, M. R. P. A.; VASCO, J. F. M. Incidência de infecções bacterianas em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitário de Curitiba. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 3-9, 2011.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-191, abr. / jun. 2011.

RODRIGUES, A. P. et al. Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 586-593, 2013.

ROSSI, L. A. et al. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 36-42, jan. / fev. 2003.

SILVA, G. M. A.; FARIA, G. L.; MACIEL, M. A. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no pronto-socorro de queimaduras de Goiânia em agosto de 2013. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 173-176, 2014.

SILVA, L. A. A. da et al. A educação permanente no processo de trabalho de Enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 2349-2361, set. / dez. 2016.

SILVA, R. M. A.; CASTILHOS, A. P. L. A identificação de diagnósticos de Enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de Enfermagem. **Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ)**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 60-65, 2010.

SILVA, V. A. A. da; BARBOSA, A. C. Q.; ROCHA, T. A. H. Desempenho dos médicos na saúde da família: uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1237-1262, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Queimaduras**: diagnóstico e tratamento inicial. Projeto e diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008. 14 f. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/queimaduras-diagnostico-e-tratamento-inicial.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018.

SPANHOLTZ, T. A. et al. Severe burn injuries: acute and long-term treatment. **Deutsches Ärzteblatt International**, [S. l.], v. 106, n. 38, p.607–613, 2009.

TARGINO, M. das G. Internet: ante isto e depois disto, o jornal, onde fica? In: TARGINO, M. das G.; CASTELO BRANCO, S.; CARVALHO, C. P.; MAGALHÃES, L. (Org.). **Comunicação, educação e cultura na era digital**: Intercom Nordeste 2009. Teresina: EDUFPI, 2009. p. 120-143.

TERESINA. Fundação Municipal de Saúde. **[Regionais de saúde]**. Teresina, 2018. Disponível em: <<http://fms.teresina.pi.gov.br/diretorias-regionais>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

TEIXEIRA, E. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, 2016.

TEVLIN, R.; DILLON, L.; CLOVER, A. J. P. Education in burns: lessons from the past and objectives for the future. **Burns**, [S. l.], v. 43, n. 6, p. 1141-1148, Sep. 2017.

VIEIRA, R.H.G.; ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R. Vacinação contra influenza: construção de um instrumento educativo para maior adesão dos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 603-609, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720130003000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Fact sheets. **Burns**, [S. l.], 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

YASTI, A. Ç. et al. Guideline and treatment algorithm for burn injuries. **Ulus Travma Acil Cerrahi Derg**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 79-89, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25904267>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

ZINCHENKO, R.; PERRY, F. M.; DHEANSA, B. S. Burns teaching in UK medical schools: is it enough? **Burns**, [S. l.], v. 42, n. 1, p. 178-83, 2016. Disponível em: <[http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(15\)00310-1/abstract?cc=y](http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(15)00310-1/abstract?cc=y)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA: QUESTIONÁRIO – MÉDICO (A)

Teresina, Piauí, _____ de _____ de 2108		
Horário de início do questionário:		
Horário de término do questionário:		
Código do participante:		
1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		
Idade	(anos completos)	
Gênero	()	Masculino
	()	Feminino
Formação profissional	()	Médico(a)
	()	Enfermeiro(a)
Ano de conclusão da graduação		
Possui pós-graduação?	()	Sim
	()	Não
Em caso afirmativo, qual modalidade?	()	Especialização
	()	Mestrado
	()	Doutorado
Especifique:		
Tempo de experiência na ESF	(anos completos)	
Forma de ingresso neste emprego através de	()	Concurso público
	()	Seleção pública
	()	Substituto
	()	Outro
Já atendeu algum paciente agudamente queimado na ESF?	()	Sim
	()	Não
Conhece o fluxograma para o atendimento com classificação de risco / vulnerabilidade para pacientes queimados do MS para atenção básica?	()	Sim
	()	Não
Recebeu curso de capacitação e atualização na área de atendimento inicial ao queimado na atenção básica?	()	Sim
	()	Não
Data da última capacitação	____ / ____ / ____	

2 ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE QUEIMADO		
(1) No exame básico do primeiro atendimento do paciente queimado, devem-se inspecionar vias aéreas, respiração, condição da circulação, condição da coluna cervical, dificuldades e disfunções, expor e examinar o doente e iniciar reposição hídrica?	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(2) Para cálculo mais apurado da área queimada utiliza-se a “regra dos nove” de Wallace, que admite que cada membro superior e cada quadrante do tronco correspondem a 9% da SC independentemente da idade.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(3) Nos cuidados locais ao queimado devem-se remover medicamentos caseiros com limpeza local (se necessário) com sabão neutro ou glicerinado, sabão de coco ou sabão líquido e lavagem abundante com água corrente.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(4) Quando o agente causador da queimadura for aderente, deve-se tentar a remoção imediata para evitar maior propagação da queimadura.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(5) Após a limpeza das lesões, os curativos deverão ser realizados com tópico de escolha seguidos de curativo estéril, de acordo com a rotina do serviço. Utilizar preferencialmente curativos oclusivos, exceto em lesões de orelha ou períneo.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(6) As mãos devem ficar elevadas por 24h a 48h após a queimadura, para minimizar o edema. Queimaduras circunferenciais poderão ter tratamento ambulatorial, sendo orientado apenas observar coloração da mão.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(7) A fisiopatologia das queimaduras é caracterizada por duas ocorrências principais: aumento da permeabilidade capilar (APC) que se inicia imediatamente após a queimadura, tem seu pico máximo em oito horas e dura em média 18 a 24 horas. O edema é resultante do extravasamento de líquidos para o espaço intersticial, que é intensificado com a passagem de grandes moléculas de albumina, que por ter alto peso molecular, atraem mais líquido para espaço extracelular.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(8) Queimaduras de face, pé, mão ou pescoço e queimaduras de região perineal ou	()	Concordo
	()	Discordo

genitália, desde que o paciente tenha boa higiene, podem ser tratadas ambulatorialmente.	()	Não sei
(9) Queimadura circunferencial de extremidades; queimaduras por descarga elétrica; intoxicações por fumaça ou lesões das vias aéreas são consideradas acometimentos graves, mas não necessitam de encaminhamento para tratamento em centro especializado.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(10) O paciente queimado deve permanecer em jejum nas primeiras 48 horas, até que tenha certeza da extensão da lesão, e ser realizado cálculo do suporte nutricional adequado.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(11) Para reposição hidroeletrólítica, cateterizar preferencialmente veia periférica de grosso calibre e calcular reposição inicial. O volume diário da reposição de urgência na proporção de 2-4 ml/kg de peso vezes a área queimada em porcentagem da superfície corporal.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(12) Deve-se utilizar antibiótico profilático para prevenção da infecção com cobertura para gram-positivos.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei

Adaptação da fonte: M. A. J. Balan, 2008.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA: QUESTIONÁRIO – ENFERMEIRO

Teresina, Piauí, _____ de _____ de 2108		
Horário de início do questionário:		
Horário de término do questionário:		
Código do participante:		
1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		
Idade	(anos completos)	
Gênero	()	Masculino
	()	Feminino
Formação profissional	()	Médico(a)
	()	Enfermeiro(a)
Ano de conclusão da graduação		
Possui pós-graduação?	()	Sim
	()	Não
Em caso afirmativo, qual modalidade?	()	Especialização
	()	Mestrado
	()	Doutorado
Especifique:		
Tempo de experiência na ESF (anos completos)		
Forma de ingresso neste emprego através de	()	Concurso público
	()	Seleção pública
	()	Substituto
	()	Outro
Já atendeu algum paciente agudamente queimado na ESF?	()	Sim
	()	Não
Conhece o fluxograma para o atendimento com classificação de risco / vulnerabilidade para pacientes queimados do MS para atenção básica?	()	Sim
	()	Não
Recebeu curso de capacitação e atualização na área de atendimento inicial ao queimado na atenção básica?	()	Sim
	()	Não
Data da última capacitação	____ / ____ / ____	

2 ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE QUEIMADO		
(1) No exame básico do primeiro atendimento do paciente queimado, devem-se inspecionar vias aéreas, respiração, condição da circulação, condição da coluna cervical, dificuldades e disfunções, expor e examinar o doente e iniciar reposição hídrica?	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(2) Para cálculo mais apurado da área queimada utiliza-se a “regra dos nove” de Wallace, que admite que cada membro superior e cada quadrante do tronco correspondem a 9% da SC independentemente da idade.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(3) Nos cuidados locais ao queimado devem-se remover medicamentos caseiros com limpeza local (se necessário) com sabão neutro ou glicerinado, sabão de coco ou sabão líquido e lavagem abundante com água corrente.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(4) Quando o agente causador da queimadura for aderente, deve-se tentar a remoção imediata para evitar maior propagação da queimadura.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(5) Após a limpeza das lesões, os curativos deverão ser realizados com tópico de escolha seguidos de curativo estéril, de acordo com a rotina do serviço. Utilizar preferencialmente curativos oclusivos, exceto em lesões de orelha ou períneo.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(6) As mãos devem ficar elevadas por 24h a 48h após a queimadura, para minimizar o edema. Queimaduras circunferenciais poderão ter tratamento ambulatorial, sendo orientado apenas observar coloração da mão.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(7) A fisiopatologia das queimaduras é caracterizada por duas ocorrências principais: aumento da permeabilidade capilar (APC) que se inicia imediatamente após a queimadura, tem seu pico máximo em oito horas e dura em média 18 a 24 horas. O edema é resultante do extravasamento de líquidos para o espaço intersticial, que é intensificado com a passagem de grandes moléculas de albumina, que por ter alto peso molecular, atraem mais líquido para espaço extracelular.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(8) Cabe à Enfermagem estabelecer oferta generosa de líquidos, de modo que o paciente	()	Concordo

responda ao tratamento o mais rápido possível através de um volume urinário satisfatório, o que vai indicar boa perfusão tecidual em nível renal, dando a certeza de que os outros órgãos estão bem perfundidos.	()	Discordo
	()	Não sei
(9) Para o cuidado com as lesões durante o primeiro banho, devem-se remover roupas e acessórios, romper flictemas, remover tecidos desvitalizados e, se houver comprometimento do couro cabeludo ou face, recomenda-se tricotomia local. A degermação das lesões deverá ser realizada com clorexidina.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(10) Após o banho, forra-se a mesa com um lençol estéril, para iniciar o curativo. É necessário secar a lesão com compressa estéril, aplicar fina camada de sulfadiazina de prata a 1%, cobrir com compressa ou gaze e passar atadura para contenção do curativo.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(11) Recomenda-se trocar o curativo do queimado uma vez ao dia após o banho e, em presença de infecção da ferida, deve-se aumentar a frequência para duas vezes. Em todos os momentos, recomenda-se uso de técnica asséptica e lavagem das mãos.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(12) A equipe assistencial deve usar todos os equipamentos de proteção e aplicar técnica asséptica durante o curativo, por ser o momento de risco de infecção da queimadura. Para os demais cuidados, deve-se realizar apenas lavagem rigorosa das mãos antes e após os procedimentos. Isso oferece ao paciente maior segurança e a certeza de uma boa assistência.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(13) As sequelas estéticas e funcionais são comuns em vítimas de queimaduras e não há como preveni-las, portanto, a equipe de Enfermagem deve apenas prestar apoio emocional ao paciente.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei
(14) No primeiro atendimento ao queimado, um dos passos primordiais é a punção venosa para infusão precoce de fluidos eliminando possibilidade de choque hipovolêmico. Deve-se conseguir acesso venoso calibroso, mesmo que este esteja em área queimada e, se não possível, a dissecação venosa profunda é uma prática habitual no grande queimado.	()	Concordo
	()	Discordo
	()	Não sei

Adaptação da fonte: M. A. J. Balan, 2008.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE QUEIMADO”**, desenvolvida por **Fabício de Oliveira Viana**, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAP, sob orientação da Professora Doutora **Carmen Viana Ramos**.

O objetivo central do estudo é analisar o conhecimento sobre atendimento inicial ao paciente queimado dos profissionais médicos e enfermeiros que trabalham na atenção básica na Estratégia Saúde da Família.

Sua participação nesta pesquisa é importante, pois ajudará na avaliação do conhecimento dos médicos e enfermeiros que trabalham na atenção básica (Estratégia Saúde da Família, ESF) sobre atendimento inicial às queimaduras, visto que existem poucos estudos sobre o tema publicado na literatura nacional e internacional.

Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir posteriormente.

Serão garantidas confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Como toda pesquisa, há risco direto ou indireto de identificação do participante, porém todas as medidas serão tomadas para minimização deste risco. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo, os questionários não serão identificados e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos serão recolhidos separadamente daqueles.

Este é um estudo descritivo com abordagem quantitativa, com profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, e, assim, sua participação consistirá em responder perguntas de múltipla escolha num questionário sobre atendimento inicial ao paciente queimado. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução n. 466 / 12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNINOVAFAP.

Como benefícios da pesquisa, ter-se-á o desenvolvimento de um manual com orientações sobre o tratamento de queimaduras para os profissionais da Estratégia Saúde da Família e auxiliará na proposição de cursos de educação continuada que abordem os temas voltados especificamente para os profissionais da atenção básica da ESF.

Toda pesquisa oferece riscos para os participantes, mesmo seguindo todas as considerações éticas citadas na Resolução n. 466 / 12 do CNS. Esta pesquisa tem risco remoto de identificação dos participantes, pois nos questionários não constarão os nomes que possam identificá-los e este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será recebido em envelope separado do questionário. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, tem direito à indenização, conforme itens III.2.0; IV.4.c; V.3, V.5 e V.6 da citada Resolução n. 466 / 12 do CNS.

Os resultados finais desta pesquisa irão contribuir para o meio científico, pois serão divulgados ao público por meio de revistas científicas, fortalecendo, deste modo, a construção de novas informações e produzindo maior conhecimento.

O estudo tem como pesquisadores responsáveis a Professora Doutora Carmen Viana Ramos e o mestrando Fabrício de Oliveira Viana, com endereço profissional, situado à Rua Vitorino Orthiges Fernandes, n. 6123, Bairro Uruguai CEP 64073-505 Teresina – Piauí, *e-mail*: cvramos@uninovafapi.edu.br e/ou fbviana@bol.com.br, além de telefones para contato (86) 2106-0723 e 99984-5565.

Em caso de dúvida quanto à condução ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI, situado à Rua Vitorino Orthiges Fernandes, n. 6123, Bairro Uruguai CEP 64073-505 Teresina – Piauí, *e-mails*: cep@uninovafapi.edu.br, além de telefone para contato (86) 2106-0738. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Desta forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Carmen Viana Ramos

CPF 38690284320

Pesquisadora Responsável

Telefone: (86) 2106-0723 / *e-mail*: cvramos@uninovafapi.edu.br

Fabrício de Oliveira Viana

CPF 84173343353

Pesquisador Participante

Telefone: (086) 99984-5565 / e-mail: fbviana@bol.com.br

Teresina, _____ de _____ de 2018.

Declaro que entendi objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante da pesquisa
Nome legível do participante:
RG e CPF:

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre atendimento inicial ao paciente queimado

Pesquisador: Carmen Viana Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68281917.4.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.153.139

Apresentação do Projeto:

Queimaduras são lesões traumáticas sobre os tecidos orgânicos do corpo, decorrente da ação de agentes variados como fogo, eletricidade, radiação, superfícies aquecidas, líquidos quentes entre outros. Dependendo da extensão, profundidade, agente causador da lesão e associação com outros elementos, as queimaduras geram repercussões sistêmicas importantes que podem levar à sequelas graves ou morte. A má condução das mesmas nas primeiras horas impactam diretamente no seu desfecho. O Ministério da Saúde tem feito esforços para que a atenção básica desenvolva ações na melhoria do acolhimento da demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências, incluindo queimaduras. Esse estudo tem por objetivo investigar o grau de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre atendimento inicial ao paciente queimado. Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado através de uma pesquisa exploratória, descritiva e de campo, com abordagem quantitativa. Esta pesquisa terá como cenário as Unidades Básicas de Saúde de Teresina, em que após cálculo amostral, os médicos e enfermeiros de 150 equipes da Estratégia Saúde da Família serão abordados através de questionário validado modificado. Os dados coletados serão submetidos a testes estatísticos (qui-quadrado e regressão logística binária) e os resultados apresentados em tabelas e gráficos.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 2.153.139

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre atendimento inicial ao paciente queimado. **Objetivo Secundário:** Caracterizar os participantes da pesquisa em relação aos indicadores sócio demográficos. Verificar associação entre o nível de conhecimento dos profissionais de saúde com as variáveis sócio demográficas e de formação. Elaborar uma cartilha que auxilie na avaliação de pacientes queimados voltados para os profissionais da ESF e condutas iniciais de tratamento e acompanhamento desses no que compete à atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e Benefícios foram expostos conforme preconiza a Resolução CNS466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo pretende ajudar na avaliação do conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre atendimento inicial ao paciente queimado. Com essas informações, pode-se trabalhar no sentido de formar profissionais mais capacitados e subsidiar os gestores em programas de educação continuada sobre o tema já em atividade na ESF. Com isso, espera-se um acompanhamento mais integral de pacientes vítimas de queimadura e um menor número de agravos desse tipo, o que torna relevante a realização de tal pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram postados conforme as exigências da Resolução CNS nº 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está elaborado conforme as exigências da Resolução CNS 466/12, portanto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer do colegiado de que o protocolo de pesquisa está APROVADO foi acatado porque encontra-se elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	06/06/2017		Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 2.153.139

Básicas do Projeto	ETO_910730.pdf	10:44:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefabricio.pdf	06/06/2017 10:43:41	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoook.pdf	06/06/2017 10:42:51	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	09/05/2017 18:47:21	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	questionario.pdf	09/05/2017 16:47:06	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	latesfabricio.pdf	09/05/2017 16:45:58	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	09/05/2017 16:44:09	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	lattesarmen.pdf	09/05/2017 16:42:26	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	09/05/2017 16:42:14	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA.pdf	09/05/2017 16:42:04	FABRICIO DE OLIVEIRA VIANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 03 de Julho de 2017

PP. Theonias Gomes Pereira

Assinado por:

**Theonias Gomes Pereira
(Coordenador)**

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO B – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (REBEN)



ISSN 0034-7167 versão impressa
ISSN 1984-0446 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Política Editorial](#)
- [Processo de Avaliação do Manuscrito](#)
- [Categorias de Manuscritos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos](#)
- [Revisão técnica de língua portuguesa e tradução dos manuscritos](#)
- [Taxas de Submissão e de Editoração](#)

Política Editorial

A **REBEn** é atualmente na versão eletrônica. Tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Para manuscritos aceitos para publicação redigidos em português, será solicitada a tradução da versão final para o inglês, para publicação na versão eletrônica.

Além dos fascículos regulares, podem ser publicados, números temáticos, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da **REBEn**.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **REBEn**, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da revista.

• Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa

Para a publicação, a **REBEn** considera condição *sine qua non* que os manuscritos a ela submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e / ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012 (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>), o(s) autor(es) deve(m) mencionar no manuscrito, a aprovação do projeto por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no manuscrito os procedimentos adotados para obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A **REBEn** adota a exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados por estas duas organizações. O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Nos trabalhos de pesquisa experimental envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do § 1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; e as normas estabelecidas no *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos)*, de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: www.cobea.org.br), de 1991.

A **REBEn** apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Do mesmo modo, apoia os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (Committee on Publication Ethics) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <http://publicationethics.org/international-standards-editors-and-authors>).

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

A Revista Brasileira de Enfermagem adota o sistema Ithenticate para identificação de plágio.

Processo de Avaliação do Manuscrito

Inicialmente, o escritório editorial avalia o atendimento às normas; a inclusão dos documentos, o atendimento ao estilo Vancouver; o resumo estruturado; a inclusão dos descritores escolhidos entre os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings).

Quando algum destes aspectos não for atendido, o manuscrito é devolvido para adequação às normas. Atendidas as normas, o manuscrito é encaminhado pelos editores Chefes aos editores associados para análise por pares (peer review), adotando-se a avaliação duplo-cega (double blind review), com que se busca garantir o anonimato dos autores e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou, ainda, que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelas Editoras-Chefes, e um parecer final sustentado pelas revisões é enviado para os autores.

Categorias de Manuscritos

Editorial – Texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento veiculada a um determinado fascículo, com possível repercussão Enfermagem e Saúde. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo até **duas referências**, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que contribui para agregar informação nova ou para corroborar o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da Enfermagem e Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências**.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências**.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 10 referências**.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 10 referências**.

Resenha – de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn, deve conter **no máximo 2 páginas**, incluindo 2 referências, se houver;

Carta ao Editor – máximo **1 página**.

Resposta do autor – máximo 250 palavras.

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

Recomendamos a utilização dos *guidelines* disponíveis no <http://www.equator-network.org/> para consolidação do manuscrito.

A REBEn adota o estilo *Vancouver*, disponível na URL <http://www.icmje.org/um_main.html>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à REBEn deverão ser preparados da seguinte forma:

Arquivo do *Microsoft® Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:

- Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;

- Nasquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11,

espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;
- Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾].
- Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito, no resumo, tabelas e figuras.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.

Apêndices e anexos serão desconsiderados.

Estrutura do texto

Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Documento principal

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

1) Título do artigo: no máximo de 12 palavras no idioma do manuscrito;

2) Resumo e os descritores: resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito**. O resumo deverá estar estruturado em **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais)**.

Logo abaixo do resumo incluir cinco descritores no idioma do manuscrito:

- Português ou espanhol extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br/>; - Inglês cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

3) Corpo do texto: Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **introdução, objetivo, método, resultados, discussão e conclusão (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa)**; Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.

As figuras, tabelas e quadros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito.

Ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de cinco**.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (tabela, figura, quadro) seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, inserir a legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.**

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular, 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Os subtítulos do método e discussão deverão ser destacados em negrito conforme recomendação do [check list](#).

As ilustrações devem estar em boa qualidade de leitura em alta resolução. Tabelas, gráficos e quadros devem ser apresentados de forma editável no corpo no manuscrito.

4) Fomento: antes da lista de referências, é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver).

5) Agradecimentos: Podem ser destinados às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na página de título até que a avaliação seja concluída por questões de conflito de interesse.

6) Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine - NLM*), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane). Da mesma forma deve-se evitar citações de artigos de jornais ou revistas não científicas (Magazines).

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente. Sempre que disponível, indicar a versão eletrônica dos artigos citados, facilitando a sua localização. Dar preferência para o endereço do artigo em formato pdf.

Exemplos mais comuns de referências:

1 Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

2 Heidemann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. [Theoretical, conceptual and methodological incorporation of the educator Paulo Freire in research]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010[cited 2014 Mar 10];63(3):416-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a11v63n3.pdf> Portuguese.

3 Lenardt MH, Sousa JAV, Grden CRB, Betiolli SE, Carneiro NHK, Ribeiro DKMN. Gait speed and cognitive score in elderly users of the primary care service. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 17];68(6):851-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1163.pdf

Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos a REBEn por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*.

Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn, seguir rigorosamente o *check list* e ter todos os documentos necessários para submissão. É obrigatório, o preenchimento completo dos metadados no formulário de submissão.

Cada documento deve ser anexado, separadamente, no campo indicado pelo sistema.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor criando/associando o cadastro do ORCID (Open Researcher and Contributor ID). O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: REBEn 2017-0001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um login, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

No passo 4 da submissão, os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para avaliação do manuscrito. Estes indicados deverão ser obrigatoriamente doutores e não podem ter nenhum conflito de interesse. Os pareceristas podem ser acatados ou não pelos editores associados. Os revisores podem ser localizados na *plataforma lattes* de acordo com a temática do manuscrito.

Lembramos que o não atendimento a todas essas instruções resultará na devolução dos documentos para adequação, causando maior atraso na apreciação pelos editores.

Processo de revisão por pares

Inicialmente, os editores avaliam o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores escolhidos entre os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings); e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato dos autores e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou, ainda, que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelas Editoras Chefes, e um parecer final é enviado para os autores.

O autor responsável pela submissão deve ter à mão toda a documentação necessária: página de título; documento principal, Declaração de ciência dos autores sobre as instruções de publicação da REBEn ([Modelo de Declaração de Ciência de Instruções](#)); carta ao editor; comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética; comprovante de pagamento de taxa de submissão e Declaração de responsabilidade pela autoria, exclusividade de envio do manuscrito à REBEn, transferência de Direitos Autorais e ausência de conflito de interesses ([Modelo de Declaração de Autoria](#)).

Um [check list](#) para auxiliar os autores está disponível.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: 000001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um *login*, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, os editores avaliam o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo *Vancouver* na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores escolhidos entre os *DeCS* (*Descritores em Ciências da Saúde*) e *MeSH* (*Medical Subject Headings*); e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato dos autores e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelas Editoras-Chefes, e um parecer final é enviado para os autores.

Revisão técnica de língua portuguesa e tradução dos manuscritos

A revisão técnica de linguagem, tradução do resumo para a versão em espanhol e inglês e a tradução dos manuscritos para a versão em inglês deverá ser providenciada pelos autores, conforme orientação da Secretaria da REBEn. O não cumprimento dessa exigência ocasionará o arquivamento do manuscrito.

Taxas de Submissão e de Editoração

Ao submeter um manuscrito para publicação na REBEn, é necessário realizar o pagamento de **TAXA DE SUBMISSÃO**, no valor de R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais).

Em caso de o artigo ser aceito, é obrigatório o pagamento da **TAXA DE EDITORAÇÃO**, no valor de R\$ 1.100,00 (um mil e cem reais).

Essas taxas deverão ser pagas por meio de depósito bancário, em nome da Associação Brasileira de Enfermagem, CNPJ 33.989.468-0001-00, no Banco do Brasil, Agência: 0452-9, Conta Corrente: 220.482-7.

Para depósito internacional, o usuário deverá usar o código SWIFT - BRASBRJBSA e IBAN (International Bank Account Number) - BR4800000000034750002204827C1 - Banco do Brasil - em nome da Associação Brasileira de Enfermagem.

O comprovante de pagamento da **TAXA DE SUBMISSÃO** deve ser inserido no sistema, no momento da submissão do manuscrito, como Documento Suplementar. No processo inicial de checagem inicial da documentação submetida, serão arquivados automaticamente manuscritos que não estiverem acompanhados da comprovação do pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO. Ao ser efetivada a submissão e verificada a conformidade do manuscrito às normas de publicação, prossegue-se o processo de editoração. Finalizado o processo de avaliação, não se devolve a taxa de submissão caso o manuscrito não seja aceito para publicação.

O comprovante de pagamento da **TAXA DE EDITORAÇÃO** deverá ser encaminhado ao e-mail escritorio.reben@abennacional.org.br, no prazo máximo de sete dias após o recebimento da confirmação de que o artigo foi aceito para publicação. **O não cumprimento dessa condição sujeita o artigo ao arquivamento em definitivo.**

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn
SGA Norte Quadra 603 Conj. B Av. L2 Norte
CEP 70830-102 Brasília-DF, Brasil
Tel.: (55 61) 3226-0653