

JANAINA TOMIO ODELI

**VALOR PREDITIVO POSITIVO, SENSIBILIDADE E
ESPECIFICIDADE DOS PARÂMETROS CLÍNICOS PARA
DIAGNÓSTICO DA PROFUNDIDADE DAS
QUEIMADURAS EM CRIANÇAS INTERNADAS NO
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

JANAINA TOMIO ODELI

**VALOR PREDITIVO POSITIVO, SENSIBILIDADE E
ESPECIFICIDADE DOS PARÂMETROS CLÍNICOS PARA
DIAGNÓSTICO DA PROFUNDIDADE DAS
QUEIMADURAS EM CRIANÇAS INTERNADAS NO
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Coordenador do curso: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro

Orientador: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2012

DEDICATÓRIA

*À minha família,
por ser a base de tudo.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo exemplo, educação e apoio em todos os passos da minha vida, em especial à Dolores Tomio Odeli, minha mãe, por todos esses anos de amor e dedicação incondicionais.

Ao Professor Dr. Maurício José Lopes Pereima, pela orientação neste trabalho e pelos ensinamentos. Aos profissionais do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pela receptividade e apoio ao meu trabalho na Unidade de Queimados e no Serviço de Arquivo Médico e Estatística e ao Professor Antônio Fernando Boing pela orientação em estatística.

Também gostaria de agradecer ao médicos residentes da Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Rafael Miranda Lima e Thiara Cristina de Oliveira Ramos pela ajuda na coleta de dados e ao médico Vinícius Polo Pires por seu trabalho ser a inspiração para desenvolvimento do meu estudo.

Aos pacientes participantes, por serem fundamentais para a construção deste trabalho.

Aos meus amigos pelo companheirismo em especial meus amigos e também colegas de faculdade: Débora da Silva Nogueira, Diego Mello de Souza e Gustavo Soldateli.

Análise do diagnóstico inicial e na alta hospitalar de crianças queimadas internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Initial and final diagnosis analysis of burned children admitted to the Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Autores: Janaina Tomio Odeli¹, Maurício José Lopes Pereima²

1. Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

2. Cirurgião Pediatra e Chefe da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão; Professor do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondência:

Janaina Tomio Odeli

Rua Jornalista Tito Carvalho, 155, bloco 2, apto 402

Florianópolis – SC, CEP: 88040-480

E-mail: janaina.odeli@gmail.com

Sem potenciais conflitos de interesse e fontes de financiamento.

RESUMO

Objetivo: Analisar o quadro clínico e o diagnóstico inicial e correlacionar com o diagnóstico final no momento da alta de crianças internadas por queimadura. Comparar diagnóstico inicial e final e estabelecer a acurácia do diagnóstico, além de discutir influência no tratamento e resultado final.

Método: Estudo prospectivo, descritivo, tipo coorte não controlada através da análise de parâmetros clínicos na admissão hospitalar de crianças internadas na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão durante o ano de 2011. Realização de hipótese diagnóstica em até 48h pós-acidente e no momento da admissão e na confirmação do desfecho na alta hospitalar. Por fim, análise dos dados coletados.

Resultados: Os valores preditivos positivos dos parâmetros clínicos foram: presença de sensibilidade – 82,14% –, presença de umidade – 87,05% –, presença de retorno do preenchimento capilar – 96,96% – e coloração da área lesada – 95,38%.

Conclusões: Concluiu-se que o retorno do preenchimento capilar foi o parâmetro clínico que apresentou o melhor valor preditivo positivo (96,96%) para o diagnóstico de queimadura de espessura parcial e o método clínico foi adequado para o diagnóstico da profundidade das queimaduras em 88,46% das lesões quanto à sua profundidade nas primeiras 48 horas.

Descritores: diagnóstico, queimaduras, criança

ABSTRACT

Purpose: Analyze the clinical and diagnostic and correlate with the final diagnosis at discharge of children hospitalized due to burns. Compare the initial and final diagnosis and to establish the accuracy of the diagnosis, and discuss impact on treatment and outcome.

Method: Prospective, descriptive, uncontrolled cohort through the analysis of clinical parameters on admission of children admitted to the burn unit at Hospital Infantil Joana de Gusmão during the year 2011. The diagnosis was made in the first 48 hours and at the time of admission and discharge. Finally, analysis of collected data.

Results: The positive predictive values of clinical parameters were: sensibility - 82.14% -, humidity - 87.05% - capillary refill - 96.96% - and wound color - 95.38 %.

Conclusions: The capillary refill was the clinical parameter with the best predictive value (96.96%) for the diagnosis of partial thickness burns and the method was adequate to assess the burn depth in 88.46 % of the lesions at the first 48 hours.

Key words: diagnosis, burns, child

1 INTRODUÇÃO

A queimadura é uma importante causa de morbidade em jovens entre 15 e 19 anos, tendo destaque nos gastos em saúde em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 96.000 pessoas com idade inferior a 20 anos de idade faleceram vítimas de incêndio em 2004¹. No Brasil, estima-se que ocorram em torno de um milhão de acidentes com queimaduras, dois terços das queimaduras no Brasil acontecem em crianças e adolescentes e representam a quarta principal causa de morte por trauma em crianças².

A queimadura é um tipo de lesão decorrente da aplicação de uma energia em intensidade superior a capacidade de dissipação dos tecidos vivos³. As queimaduras provocam a coagulação direta e reações microvasculares nas adjacências que pode resultar na extensão da lesão. É desencadeada uma reposta hipermetabólica que pode permanecer por até 24 meses após a queimadura causando a perda de massa corpórea, redução da densidade óssea, perda de massa muscular e dificuldade do processo de cicatrização⁴.

Para a escolha adequada do melhor tratamento para queimadura é imprescindível a determinação da espessura acometida. Determinam-se quatro tipos de espessuras em ordem crescente de profundidade acometida: superficial ou epidermal, espessura parcial superficial, espessura parcial profunda e espessura total⁵.

A queimadura superficial, por definição, é aquela que se limita a epiderme. É a típica queimadura solar. Dificilmente cursa com aparecimento de bolhas e geralmente melhoram em uma semana⁵.

Quando é acometida espessura parcial superficial, a lesão chegou ao nível da derme superficial, além da epiderme. Essas queimaduras em geral cursam com bolhas, dor intensa e é esperada a regressão da lesão em duas semanas. Áreas sem pelos, em geral levam mais tempo para regredir⁵.

No caso de queimadura de espessura parcial profunda, ocorre lesão de toda espessura da derme, não chegando a ultrapassá-la. Esse tipo de lesão pode confundir com uma lesão superficial no período inicial e dentro de 48 horas apresentam sinais de queimadura de espessura parcial profunda como a palidez fixa. Nessas áreas em geral, a regeneração a partir de anexos dérmicos na profundidade da derme é mais demorada, necessitando, em algumas situações, a excisão dessas áreas para melhor cicatrização, bem como enxerto de pele⁵.

Espessura total é a denominação a queimadura que ultrapassou o nível da derme e chegou à hipoderme ou até mesmo atingiu músculos, ossos ou outros órgãos. A regeneração

ocorre apenas nas margens da queimadura e ocorre com considerável retração, havendo necessidade de excisão e enxerto dessas regiões⁵.

Na prática clínica o diagnóstico nem sempre é evidente e um diagnóstico errado pode retardar o tratamento ou levar a cirurgias desnecessárias. Assim, na avaliação da profundidade da queimadura os aspectos da lesão que devem ser avaliados são: coloração, presença ou não de dor, umidade, sensibilidade ao toque e velocidade do retorno do preenchimento capilar após liberação da pressão, com objetivo de estabelecer com a maior exatidão possível a profundidade da lesão⁶.

A importância do diagnóstico da profundidade está na definição da estratégia terapêutica^{7,8}. Nas queimaduras que atingem até camada parcial profunda, é preconizado manejo clínico. O tratamento clínico consiste em curativos biológicos e semi-biológicos com poucas trocas para permitir a migração dos queratinócitos da membrana basal. Enquanto as queimaduras de espessura total devem ser submetidas à excisão tangencial e enxerto de pele ou uso de matriz de regeneração dérmica. A remoção da lesão e enxertia precoces, antes da colonização e infecção da área queimada, tem sido descritas como a melhor estratégia para o tratamento. Sendo assim, um correto diagnóstico precoce interfere na conduta e no prognóstico do queimado⁸.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo tipo coorte não controlada. No trabalho incluíram-se todos os pacientes internados na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) no ano de 2011, admitidos no hospital em até 48 horas após a queimadura. Foram admitidos 78 pacientes dentro dos critérios acima no período de janeiro a dezembro de 2011.

O estudo utilizou dados coletados semanalmente durante um ano, usando como fonte prontuários e contribuições do médico assistente. As informações coletadas foram as seguintes: idade, sexo, procedência, cor, data do acidente, local do primeiro atendimento, substâncias aplicadas na queimadura previamente a admissão hospitalar, tempo entre acidente e chegada ao hospital (intervalo livre), agente agressor, local do acidente, superfície corporal queimada, unidade topográfica atingida pela queimadura, características clínicas da queimadura, hipótese diagnóstica inicial, data de alta hospitalar e diagnóstico na alta hospitalar³.

As idades foram agrupadas conforme a tabela de Marcondes modificada⁹. A procedência foi agrupada segundo as mesorregiões do Estado de Santa Catarina propostas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2005¹⁰. Na avaliação da superfície corporal queimada foi utilizada a classificação de Lund e Browder¹¹. As características clínicas avaliadas foram as seguintes: sensibilidade, umidade, retorno capilar e coloração. A sensibilidade e o retorno capilar foram testados a digitopressão com luva estéril sobre a lesão, considerando presença de sensibilidade ao paciente referir dor. A umidade foi avaliada pela inspeção. O retorno capilar foi graduado em rápido, lento e ausente, sendo considerado rápido quando a coloração rósea retorna em um tempo menor que dois segundos, retorno lento ou ausente quando ocorre em tempo maior que dois segundos. Por fim a coloração foi classificada em eritematosa, pálida, branco-marmórea ou marrom/negra.

A partir da análise clínica os pacientes receberam o diagnóstico inicial de queimadura de espessura parcial ou total. No momento da alta hospitalar foi-se observado o desfecho do diagnóstico. Aqueles em que se foi observada reepitelização espontânea conclui-se como queimadura de espessura parcial e naqueles que foi necessária a intervenção cirúrgica, evidenciou-se queimadura de espessura total. Como banco de dados foi utilizado *Microsoft Excel 2010*® e para análise de dados, o programa Stata 9.0. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do HIJG seguindo a lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados, foram admitidos 78 pacientes que contemplavam os critérios do estudo. A faixa etária que compreende aos lactentes foi responsável pelo maior número dos pacientes, totalizando 25 (32,05%). Mostrou-se que o sexo mais acometido foi o masculino, com número de 49 (62,82%).

Todos pacientes eram procedentes do estado Santa Catarina, sendo a maioria da Grande Florianópolis, em um total de 43 pacientes (55,13%), seguido do Vale do Itajaí com 22 pacientes (28,21%), em terceiro o Sul Catarinense com sete pacientes (8,97%), em seguida o Norte Catarinense com quatro pacientes (5,13%) e por fim o Oeste Catarinense com dois pacientes (2,56%). A maioria desses pacientes foi proveniente de outros hospitais em um total de 45 pacientes (57,69%), seguido de pacientes que tiveram primeiro atendimento no HIJG no caso de 19 pacientes (24,36%) e com menor número, casos provenientes de centros de saúde e outros em um total de 14 pacientes (17,95%). (Tabela 1).

Foram avaliadas as características do acidente por queimadura. A maioria dos pacientes chegou ao HIJG em até 8 horas do acidente, em um total de 53 crianças (67,95%). A substância aplicada previamente à entrada no HIJG foi principalmente a sulfadiazina de prata em 22 pacientes (28,21%). A principal natureza do agente agressor foram líquidos aquecidos em 49 pacientes (62,82%). Quanto ao local do acidente, a maioria foi intradomiciliar em 71 casos (91,03%) e na cozinha em 53 casos (67,95%). A maioria das crianças sofreu queimadura no intervalo entre 5 e 10% de superfície corporal queimada e houve prevalência das queimaduras na região de braço e antebraço em 42 pacientes (53,85%). (Tabela 2), (Tabela 3).

Comparando as características clínicas das queimaduras quando a sensibilidade, umidade, retorno capilar e coloração no momento da admissão hospitalar observou-se que a maioria das queimaduras de espessura parcial apresentou sensibilidade presente, umidade presente, retorno capilar rápido e coloração eritematosa. Na queimadura de espessura total, a maioria apresentou sensibilidade ausente, umidade ausente, retorno capilar ausente e coloração pálida. (Tabela 4)

Sobre o período de internação, a maioria dos pacientes permaneceu no hospital por até uma semana, um total de 32 pacientes (41,03%), sendo todos pacientes submetidos ao tratamento clínico. Entre os pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico, a maior parte teve internação superior a três semanas, em um total de sete pacientes (8,97%).

A análise clínica das características das lesões térmicas resultou na hipótese diagnóstica de queimadura de espessura parcial para 70 lesões (89,74%), sendo que destas, 63 (90%) evoluíram com o diagnóstico final de queimadura de espessura parcial e sete (10%) evoluíram com o diagnóstico final de queimadura de espessura total. A mesma análise resultou na hipótese diagnóstica de queimadura de espessura total para oito lesões (10,26%), sendo que destas, duas lesões (25%) evoluíram com o diagnóstico final de espessura parcial e seis (75%) evoluíram com o diagnóstico final de queimadura de espessura total.

(Tabela 5), (Tabela 6), (Tabela 7), (Tabela 8), (Tabela 9).

Comparando-se a hipótese diagnóstica na entrada hospitalar com diagnóstico de alta hospitalar, encontrou-se diagnóstico final confirmado em 63 pacientes (90%) com queimadura de espessura parcial e em seis pacientes com queimadura de espessura total (75%).

4 DISCUSSÃO

A avaliação clínica da queimadura é o método mais acessível e de menor custo para o diagnóstico da profundidade da lesão, mas infelizmente, nenhum dos parâmetros clínicos conhecidos é 100% confiável¹². O presente trabalho é centrado na análise dos parâmetros clínicos das queimaduras – sensibilidade, umidade, retorno de preenchimento capilar e coloração – na admissão hospitalar e no momento da alta. Além da análise dos parâmetros clínicos, este estudo foi complementado com variáveis epidemiológicas.

A definição da profundidade da queimadura é essencial para encaminhamento correto do tratamento, uma vez que as lesões de espessura parcial recebem tratamento clínico enquanto as lesões de espessura total se beneficiam da intervenção cirúrgica precoce^{8,13}.

Quando analisada a faixa etária das crianças acometidas nessa casuística, a faixa etária dos lactentes foi a mais acometida dos pacientes (32,05%), seguida dos pré-escolares (26,92%) (Tabela 1) que vai ao encontro com a literatura pesquisada. As crianças mais jovens são as mais acometidas, sobretudo as menores de cinco anos de idade^{1,12}. Mostrey *et al.* cita que a curiosidade e desejo de experimentar das crianças somado a incapacidade de entender o perigo, expõe a criança a acidentes. A partir dos seis meses de idade a criança começa alcançar objetos e aos 18 meses já está com capacidade motora completa, o que aumenta a chance de a criança encontrar uma fonte de queimadura.

O sexo masculino demonstrou ser o mais acometido (62,82%) neste estudo (Tabela 1). Foram encontradas divergências entre literaturas^{1,14}. Segundo Mostrey *et al.*; as diferenças comportamentais entre os gêneros começam aparecer no primeiro ano de vida. Existem diversas teorias para explicar esse fato, entre elas a maior permissividade dos pais com os filhos do sexo masculino e maior envolvimento desses com atividade de risco para queimaduras, sendo o gênero mais acometido, o masculino. Outros estudos locais, também apresentam o sexo masculino como mais acometido^{3,15}. Já os dados da Organização Mundial de Saúde, apontam o sexo feminino como mais acometido¹, sobretudo em regiões do mediterrâneo oriental e sudeste asiático.

A Mesorregião que abrangeu a maior parte dos pacientes da amostra foi a Grande Florianópolis (55,13%), o que pode ser explicado por incluir apenas pacientes que chegaram até 48 horas após acidente.

Quanto ao primeiro atendimento, a maioria dos pacientes foi admitida primeiramente em outros hospitais do Estado (57,69%), seguido do HIJG (24,36%). Isso demonstra a importância da descentralização da atenção à saúde e reforça o papel do HIJG como

referência para atendimento de queimaduras no Estado de Santa Catarina. Em comparação com a epidemiologia de outros trabalhos locais, houve divergência em que apontam o HIJG como o principal lugar do primeiro atendimento^{3,16}.

Analisando o intervalo livre, tempo decorrido entre o momento da queimadura e admissão hospitalar no HIJG, a maioria dos pacientes (67,95%) chegou até 8 horas após acidente (Tabela 2). Sobre aplicação de substâncias nas queimaduras, somente soro fisiológico foi o mais empregado nas lesões (46,15%), seguido da sulfadiazina de prata (28,21%). Esses dados sugerem que na maioria das queimaduras, houve uma conduta correta com aplicação de tópicos indicadas. O intervalo livre foi baixo, mostrando que a procura pelo serviço de saúde foi precoce. Esses dados são indicativos que existe um bom nível de informação e rápido acesso aos serviços de emergências em Santa Catarina.

Entre os agentes agressores, a maioria das queimaduras (62,82%) foi causada por líquidos aquecidos, seguido de queimaduras causadas pelo álcool (16,67%) (Tabela 2), o que confere com a epidemiologia local^{3,15} e epidemiologias internacionais como a OMS¹. Dentre os locais dos acidentes, predominou os acidentes intradomiciliares (91,03%), particularmente a cozinha (67,95%) (Tabela 2). Esta constatação é obtida universalmente: a maioria dos acidentes ocorre na cozinha, do próprio domicílio, o que pode ser explicado pelo fato da cozinha possuir inúmeras fontes de calor para o preparo de alimentos, além dos próprios alimentos e líquidos aquecidos. A presença de supervisão de um adulto não elimina o risco de acidentes com crianças¹⁴. A frequência de acidentes extradomiciliares foi bem menor (sete pacientes), o que impossibilita de realizar inferências (Tabela 2).

Na maioria dos casos, os pacientes apresentaram entre 5 e 10% de superfície corporal queimada (32,05%) avaliada na entrada hospitalar (Tabela 3). Essa constatação pode ser explicada pelo fato deste estudo incluir apenas crianças. Na infância, os acidentes em geral são domiciliares, que geralmente acometem uma menor área, ao contrário dos adultos, nos quais é comum a ocorrência de acidentes laborais e tentativa de suicídio³.

Analisando as queimaduras pela topografia atingida, predominou lesões atingindo regiões superiores do corpo (Tabela 3). A maioria das queimaduras atingiu membros superiores (53,85%) seguido de queimaduras em face (48,72%). A maioria das queimaduras em crianças ocorre por líquidos aquecidos que em geral são derramados no sentido crânio-caudal, o que pode explicar o fato de a maioria das queimaduras atingirem topografias superiores¹.

Em relação às hipóteses diagnósticas iniciais (Tabela 4), a maioria das queimaduras consideradas como parciais tiveram as seguintes características: sensibilidade presente,

umidade presente, retorno capilar rápido e coloração eritematosa. Esses resultados corroboram com o esperado para as características das queimaduras de espessura parcial^{3,6,15}.

Em relação ao período de internação hospitalar (Tabela 5), a maior parte dos pacientes (41,03%) permaneceu até uma semana internado e destes, todos com diagnóstico final de queimadura de espessura parcial. Esse menor tempo de internação pode ser explicado pela reepitelização espontânea em menor tempo nas queimaduras de espessura parcial e por demandar apenas tratamento clínico^{5,6,17}. A maioria dos pacientes do estudo obteve diagnóstico final de queimadura de espessura parcial (79,74%) e, portanto, prevaleceu um tempo menor de internação.

Partindo para as características das queimaduras, a maior parte dos pacientes do presente estudo, apresentou a hipótese no momento de admissão hospitalar de queimadura de espessura parcial (89,74%), sendo que destas 10% evoluíram para queimadura de espessura total. No caso dos pacientes que deram entrada com diagnóstico de queimadura de espessura total (10,26%), apenas 25% desses obteve diagnóstico diferente no momento da alta (queimadura de espessura parcial). Sendo assim, 88,46% dos pacientes tiveram seu diagnóstico inicial e final coincidentes (Tabela 6). Este dado concorda com a literatura, segundo Mostrey *et al.* e Watts *et al.*; o método clínico é o mais usado para estimar a profundidade da queimadura, mas é confiável em apenas 50-75% dos casos^{12,18}. Em outros trabalhos locais também ocorrem resultados semelhantes, como no estudo de Pires *et al.*; 82,75% que obtiveram diagnósticos inicial e final coincidentes³.

Para as queimaduras de espessura parcial, a característica clínica com melhor valor preditivo positivo foi o retorno capilar (96,96%) (Tabela 7). No presente trabalho, o intervalo de confiança para valor preditivo positivo estabeleceu-se entre 88,52 e 99,47%. Quanto à sensibilidade (Tabela 8), o melhor parâmetro clínico foi a presença de dor (98,50%) e o parâmetro com melhor especificidade (Tabela 9) foi o retorno capilar de 81,81%, o mesmo observado no estudo de Pires *et al.*; baseado na mesma metodologia e local, que obteve parâmetro de melhor valor preditivo positivo de retorno capilar (93,75%), o parâmetro que obteve melhor sensibilidade foi a presença de dor com valor de 100%. Quanto à especificidade, o melhor parâmetro foi retorno capilar de 83,33%³.

Todos os parâmetros clínicos obtiveram um valor preditivo positivo maior que 82% para o diagnóstico de queimadura de espessura parcial, que concorda com os trabalhos locais de Távora *et al.* e Pires *et al.*^{3,19}.

Sendo assim, o método clínico por ser o mais disponível e considerando o nível de acerto do diagnóstico inicial em relação ao desfecho mostrado nos resultados deste trabalho

parecem justificar a utilização da avaliação clínica para estimativa da espessura da queimadura na Unidade de Queimados, no HIJG. Porém novos estudos devem ser realizados para ratificar os resultados apresentados e continuar avaliando a qualidade do método clínico no serviço deste hospital.

5 CONCLUSÕES

No presente estudo, o retorno do preenchimento capilar foi o parâmetro clínico que obteve melhor valor preditivo positivo (96,96%) para o diagnóstico de queimadura de espessura parcial. Os demais parâmetros clínicos obtiveram os seguintes valores preditivos positivos: presença de sensibilidade – 82,14% – presença de umidade – 87,05% – e coloração da queimadura – 95,38%.

Os parâmetros clínicos analisados (sensibilidade, umidade, retorno capilar e coloração) foram adequados para o diagnóstico da profundidade das queimaduras em 88,46% das lesões. Houve diferença do diagnóstico inicial e final em 25% das queimaduras de espessura total e em 10% das queimaduras de espessura parcial.

6 REFERÊNCIAS

1. Peden M, Oyegbite K, Smith JO, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF *et al.* Burn. In: World report on child injury prevention. World Health Organization. 2008;79-94.
2. Cunha FC. Excisão tangencial no tratamento de queimaduras de fase aguda em crianças. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina;2008. 48p.
3. Pires VP. Análise do método clínico no diagnóstico diferencial entre queimaduras de espessura diferencial entre queimaduras de espessura parcial e total. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina;2009. 45p.
4. Jeschke MG, Mlcak RP, Finnerty CC, Norbury WB, Gauglitz GG, Kulp G, *et al.* Burn size determines the inflammatory and hypermetabolic response. *Critical care.* 2007;11(4):1-11
5. Papini R. Management of burn injuries of various depths. *British Medical Journal.* 2004;329(7458):158-60.
6. Papini R, Hettiaratchy S. Initial management of a major burn : II — assessment and resuscitation Assessment of burn area. *British Medical Journal.* 2004;329(5):101-3.
7. Rose JK, Herndon DN. Advances in the treatment of burn patients. *Burns.* 1997;23(1):19-26.
8. Ong YS, Samuel M, Song C. Meta-analysis of early excision of burns. *Burns.* 2006;32(2):145-50.
9. Mariani U. Queimaduras. In: Marcondes E, editor. *Pediatria Básica.* 8ºed. São Paulo: Sarvier;1991.p.866-70.
10. Brasil. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 [acesso em 2009 jan 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> .
11. Lund CC, Browder NC. Skin estimation of burns. *Surg Ginecol Obstet.* 1944;79:352-8.
12. Monstrey S, Hoeksema H, Verbelen J, Pirayesh A, Blondeel P. Assessment of burn depth and burn wound healing potential. *Burns.* 2008;34(6):761-9.
13. Shiozer W. Tratamento cirúrgico precoce é uma realidade no Brasil? *Rev Bras de Queimaduras.* 2011;10(3):77.
14. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns.* 2011;37(7):1087-100.

15. Paladini L. Análise de 1003 crianças internadas com queimaduras internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis - SC [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2006. 46p.
16. Pires RAJ. Análise de 781 crianças internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis - SC [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2004. 47p.
17. Bolgiani AN, Serra MC do VF. Atualização no tratamento local das queimaduras. Rev Bras de Queimaduras. 2010;9(2):38–44.
18. Watts AM, Tyler MP, Perry ME, Roberts AH, McGrouther DA. Burn depth and its histological measurement. Burns. 2001;27(2):154-60.
19. Távora NYO. Critérios para diagnóstico diferencial entre queimaduras de espessura parcial e total [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2003. 45p.
20. SBQueimaduras.com.br [homepage na Internet]. Soc Bras de Queimaduras, Inc.; c2005-01. [acesso em 2012 Jan 20] Disponível em: <http://www.sbqueimaduras.com.br>

7 TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de 78 pacientes vítimas de queimadura térmica internados no HIJG, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011, segundo faixa etária e sexo.

FAIXA ETÁRIA	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Recém-nascidos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Lactentes	13	16,67	12	15,38	25	32,05
Pré-escolares	12	15,38	9	11,54	21	26,92
Escolares	15	19,23	2	2,56	17	21,79
Pré-púberes	5	6,41	3	3,85	8	10,26
Púberes	4	5,13	3	3,85	7	8,97
SUBTOTAL	49	62,82	29	37,18	78	100,00

*Recém-nascidos 0 -| 29 dias; Lactentes 29 dias -| 2 anos; Pré-escolares 2 anos -|6 anos; Escolares 6 anos -| 10 anos; Pré-púberes 10 anos -| 12 anos; Púberes 12 anos -| 14 anos

Tabela 2 – Distribuição de 78 pacientes vítimas de queimadura térmica internados no HIJG, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011, conforme características do trauma.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	N	%
INTERVALO LIVRE		
Até 8 horas	53	67,95
8 à 24 horas	14	17,95
24 à 48 horas	11	14,10
SUBSTÂNCIA APLICADA PREVIAMENTE SOBRE A QUEIMADURA		
Soro fisiológico	36	46,15
Sulfadiazina de prata	22	28,21
Outros	20	25,64
AGENTE AGRESSOR		
Líquidos aquecidos	49	62,82
Álcool	13	16,67
Outros	16	79,49
LOCAL DO ACIDENTE		
Intradomiciliar	71	91,03
Extradomiciliar	7	8,97
LOCAL		
Cozinha	53	67,95
Quintal	12	15,38
Garagem	4	5,13
Outra residência	3	3,85
Rua	3	3,85
Outros	3	3,84

Tabela 3 – Distribuição de 78 pacientes vítimas de queimadura térmica internados no HIJG, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011, conforme características clínicas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N	%
SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA (%)		
0,1 - 5,0%	20	25,64
5,0 - 10,0%	25	32,05
10,0 - 15,0%	12	15,38
15,0 - 20,0%	14	17,95
20,0 - 25,0%	6	7,69
25,00 - 30,0%	1	1,28
TOPOGRAFIA ATINGIDA		
Braço/Antebraço	42	53,85
Face	38	48,72
Tórax	30	38,46
Coxa	23	29,49
Mão	19	24,36
Perna	18	23,08
Abdômen	12	15,38
Pescoço	12	15,38
Cabeça	10	12,82
Outros	18	25,07

Tabela 4 – Distribuição de 78 pacientes vítimas de queimadura térmica internados no HIJG, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011, segundo hipótese diagnóstica inicial.

CARACTERÍSTICA CLÍNICA	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA					
	ESPESSURA PARCIAL		ESPESSURA TOTAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SENSIBILIDADE						
Presente	70	89,74	3	3,85	73	93,59
Ausente	0	0,00	5	6,41	5	6,41
UMIDADE						
Presente	69	88,46	2	2,56	71	91,03
Ausente	1	1,28	6	7,69	7	8,97
RETORNO CAPILAR						
Rápido	64	82,05	2	2,56	66	84,62
Lento	5	6,41	2	2,56	7	8,97
Ausente	1	1,28	4	5,13	5	6,41
COLORAÇÃO						
Eritematosa	63	80,77	2	2,56	65	83,33
Pálida	5	6,41	3	3,85	8	10,26
Branco/marmórea	1	1,28	1	1,28	2	2,56
Marrom/negra	1	1,28	2	2,56	3	3,85

Tabela 5 – Distribuição de 78 pacientes vítimas de queimadura térmica internados no HIJG, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011, segundo período de internação conforme tratamento aplicado.

PERÍODO DE INTERNAÇÃO			CIRÚRGICO		CLÍNICO	
	N	%	N	%	N	%
0 - 1 semana	32	41,03	0	0	32	41,03
1 - 2 semanas	17	21,79	2	2,56	15	19,23
2 - 3 semanas	18	23,08	5	6,41	13	16,67
> 3 semanas	11	14,10	7	8,97	4	5,13
TOTAL	78	100,00	14	17,95	64	82,05

Tabela 6 – Distribuição de 78 pacientes vítimas de queimadura térmica internados no HIJG, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011, segundo hipótese diagnóstica e confirmação da mesma.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	DIAGNÓSTICO FINAL					
	CONFIRMADO		NÃO CONFIRMADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ESPESSURA PARCIAL	63	90,00	7	10,00	70	100,00
ESPESSURA TOTAL	6	75,00	2	25,00	8	100,00

Tabela 7 – Valor preditivo positivo das características clínicas das lesões térmicas para o diagnóstico de queimadura de espessura parcial com IC de 95%.

CARACTERÍSTICA CLÍNICA	VALOR PREDITIVO POSITIVO%	IC 95%
SENSIBILIDADE	82,14	80,66 – 95,73
UMIDADE	87,05	77,09 – 93,77
RETORNO CAPILAR	96,96	88,52 – 99,47
COLORAÇÃO	95,38	86,24 – 98,80

Tabela 8 – Sensibilidade das características clínicas das lesões térmicas para o diagnóstico de queimadura de espessura parcial com IC de 95%.

CARACTERÍSTICA CLÍNICA	SENSIBILIDADE%	IC 95%
SENSIBILIDADE	98,50	90,86 – 99,92
UMIDADE	94,02	84,65 – 98,07
RETORNO CAPILAR	95,52	86,62 – 98,83
COLORAÇÃO	92,53	82,74 – 97,22

Tabela 9 – Especificidade das características clínicas das lesões térmicas para o diagnóstico de queimadura de espessura parcial com IC de 95%

CARACTERÍSTICA CLÍNICA	ESPECIFICIDADE%	IC 95%
SENSIBILIDADE	36,36	12,36 – 68,38
UMIDADE	18,18	32,13 – 52,24
RETORNO CAPILAR	81,81	47,75 – 96,78
COLORAÇÃO	72,72	39,31 – 92,67

ANEXO 1

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de Junho de 2011.

Foi adotado o formato de artigo, seguindo as normas para submissão de arquivos da *Revista Brasileira de Queimaduras* (20), disponíveis em:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/conteudo.asp?pag=4> e transcritas a seguir.

INFORMAÇÕES AOS AUTORES

A Revista Brasileira de Queimaduras (Rev Bras Queimaduras) é o órgão oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), trata-se de publicação trimestral, com circulação regular desde 2001.

A Revista Brasileira de Queimaduras publica artigos destinados a elevar o padrão da prática médica, bem como a promover o debate sobre o tratamento do paciente queimado. Os trabalhos enviados para publicação na Rev Bras Queimaduras devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês, obedecendo à ortografia vigente, empregando linguagem fácil e precisa.

Artigos com objetivos meramente propagandísticos ou comerciais não serão aceitos.

Os autores são responsáveis pelo conteúdo e informações contidas em seus manuscritos.

A Revista adota as normas de Vancouver - *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, organizadas pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em www.icmje.org. O respeito às instruções é condição obrigatória para que o trabalho seja considerado para análise.

COMO ENTRAR EM CONTATO COM A REVISTA

Wandir Schiozer, Editor

Revista Brasileira de Queimaduras

Rua Doutor Abel Capela, 195 Sala Nº 3-B - Galeria das Flores - Coqueiros - Florianópolis, SC, Brasil - CEP: 88080-250

Telefone para contato: (48) 3365-1794

E-mail: revista@sbqueimaduras.org.br

Site: www.rbqueimaduras.org.br

CATEGORIAS DE ARTIGOS

A Revista publica artigos em várias seções:

Artigo original: Nesta categoria estão incluídos estudos controlados e randomizados, estudos observacionais, bem como pesquisa básica com animais de experimentação. Os artigos originais devem conter, obrigatoriamente, as seguintes seções: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências, Resumo e *Abstract*. Seu texto deve apresentar entre 2000 e 3000 palavras, excluindo Tabelas, Referências Bibliográficas, Resumo e *Abstract*. O número de referências bibliográficas não deve exceder a 30.

Artigo de revisão: Avaliações críticas e ordenadas da literatura de temas de importância clínica. As referências bibliográficas devem ser atuais, preferencialmente publicadas nos últimos cinco anos, e em número máximo de 60 artigos. Esta categoria de artigo deve apresentar também Resumo e *Abstract*.

Relato de caso: Descrição de pacientes ou situações singulares, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto é composto por uma Introdução breve que situa o leitor em relação à importância do assunto e apresenta os objetivos da apresentação do(s) caso(s) em questão, Relato do Caso e Discussão, na qual são abordados os aspectos relevantes e comparados aos disponíveis na literatura. Resumo e *Abstract* também deverão ser apresentados. O número de palavras deve ser inferior a 2000, excluindo-se referências bibliográficas (número máximo de 15) e tabelas. Recomenda-se a inclusão de, no máximo, cinco ilustrações.

Carta ao editor: Em princípio, devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados na própria Revista, mas também podem versar sobre outros temas de interesse geral. Recomenda-se que o texto apresente no máximo 1000 palavras, incluindo referências bibliográficas, que não devem exceder a cinco, podendo ou não apresentar título. Essa seção permite a publicação de até duas figuras. Sempre que cabível e possível, uma resposta dos autores do artigo em discussão será publicada simultaneamente à carta.

Artigo especial: Artigos não classificáveis nas categorias anteriormente descritas, os quais o Conselho Editorial julgue de especial relevância para a especialidade. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de extensão ou restrições quanto ao número de referências bibliográficas.

POLÍTICA EDITORIAL

Avaliação pelos pares

Todos os trabalhos enviados à Revista serão submetidos à avaliação pelos pares (*peer review*) por pelo menos três revisores selecionados entre os membros do Conselho Editorial. A aceitação será feita com base na originalidade, significância e contribuição científica. Os revisores farão comentários gerais sobre o trabalho e informarão se o mesmo deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações ou rejeitado. De posse destes dados, o Editor tomará a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os avaliadores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento. Quando forem sugeridas modificações, as mesmas serão encaminhadas ao autor principal e, em seguida, aos revisores para estes verificarem se as exigências foram atendidas. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não seja membro do Conselho Editorial para fazer a avaliação. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de 90 dias a partir da data de seu recebimento.

Pesquisa com seres humanos e animais

Os autores devem, na seção Método, informar se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua Instituição, em consoante à Declaração de Helsinki. Na experimentação com animais, os autores devem seguir o CIOMS [*Council for International Organization of Medical Sciences*) *Ethical Code for Animal Experimentation* - WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6] e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br). O Corpo Editorial da Revista poderá recusar artigos que não cumpram rigorosamente os preceitos éticos da pesquisa, seja em humanos seja em animais. Os autores devem identificar precisamente todas as drogas e substâncias químicas usadas, incluindo os nomes do princípio ativo, dosagens e formas de administração. Devem, também, evitar nomes comerciais ou de empresas.

Política para registro de ensaios clínicos

A Rev Bras Queimaduras, em apoio às políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto, somente aceitará para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e

ICMJE, disponível no endereço: <http://clinicaltrials.gov>. O número de identificação deve ser registrado ao final do resumo.

Direitos autorais

Os manuscritos deverão vir acompanhados de carta assinada por todos os autores transferindo os direitos autorais para a Sociedade Brasileira de Queimaduras e declarando que revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito que está sendo submetida. Todos os artigos publicados tornam-se propriedade permanente da Sociedade Brasileira de Queimaduras e não podem ser publicados sem o consentimento por escrito de seu presidente.

Crítérios de autoria

Sugerimos que sejam adotados os critérios de autoria dos artigos segundo as recomendações do *International Committee of Medical Journal Editors*. Assim, apenas aquelas pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo intelectual do trabalho devem ser listadas como autores. Os autores devem satisfazer a todos os seguintes critérios, de forma a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

- ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
- ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e participado no processo de revisão;
- ter aprovado a versão final.

Exercer posição de chefia administrativa, contribuir com pacientes e coletar e agrupar dados, embora importantes para a pesquisa, não são critérios para autoria. Outras pessoas que tenham feito contribuições substanciais e diretas ao trabalho, mas que não possam ser consideradas autores, podem ser citadas na seção Agradecimentos.

INSTRUÇÕES PARA ENVIO DE MATERIAL PARA PUBLICAÇÃO

A Rev Bras Queimaduras dá preferência ao envio de material submetido à publicação por correio eletrônico (e-mail): E-mail: revista@sbqueimaduras.org.br Entretanto, na impossibilidade de envio pela Internet, três cópias do material, incluindo texto e ilustrações, bem como CD identificado, poderão ser enviadas por correio comum:

Revista Brasileira de Queimaduras
 Rua Doutor Abel Capela, 195 Sala Nº 3-B - Galeria das Flores - Coqueiros - Florianópolis,
 SC, Brasil - CEP: 88080-250
 Site: www.rbqueimaduras.org.br

Os arquivos devem permitir a leitura pelos programas do Microsoft Office® (Word, Excel e Access).

Todos os artigos devem vir acompanhados por uma Carta de Submissão, sugerindo a Seção em que o artigo deva ser incluído, declaração do autor e dos co-autores de que todos estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, são responsáveis pelas informações nele contidas, explicitando presença ou não de conflito de interesse e a inexistência de problema ético relacionado.

Caso sejam submetidas figuras ou fotografias cuja resolução não permita uma impressão adequada, a secretaria editorial poderá solicitar o envio dos originais ou cópias com alta qualidade de impressão.

PREPARAÇÃO DE ORIGINAIS

Primeira página - Identificação

Deve conter o título do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, o nome completo dos autores, respectivas titulações e/ou vinculação institucional, bem como a instituição onde o trabalho foi elaborado. A seguir, deve ser informado o nome do autor correspondente, juntamente com endereço, telefone, fax e e-mail. Se o trabalho foi apresentado em congresso, devem ser mencionados o nome do congresso, local e data da apresentação. Devem ser declarados potenciais conflitos de interesse e fontes de financiamento.

Segunda página - Resumo e Abstract

O resumo deve ser estruturado em quatro seções: Objetivo, Método, Resultados e Conclusões. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto. Da mesma forma, deve ser preparado o *Abstract* que represente uma versão literal do Resumo, seguindo a mesma estrutura: *Purpose, Method, Results e Conclusions*.

Também devem ser incluídos de 3 a 5 descritores (palavras chave), assim com a respectiva tradução (*Key words*). Esses descritores podem ser consultados nos endereços eletrônicos: <http://decs.bvs.br/> que contém termos em português, espanhol ou inglês, ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês.

Corpo do Artigo

O corpo do artigo de artigos originais deve ser subdividido em:

□ **Introdução:** Deve informar o objetivo da investigação, a relação com outros trabalhos na área e as razões para realização da pesquisa. Uma extensa revisão da literatura não é recomendada.

□ **Método:** Informações suficientes devem ser dadas no texto ou por citação de trabalhos em revistas geralmente disponíveis, de modo a permitir que o trabalho possa ser reproduzido. Informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos, características essenciais da amostra, etc.), as intervenções (descrever procedimentos e drogas utilizados), os critérios de mensuração do desfecho, aspectos éticos e análise estatística.

□ **Resultados:** Os resultados devem ser apresentados clara e concisamente. Informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística. Tabelas e figuras devem ser usadas apenas quando necessárias para a efetiva compreensão dos dados.

□ **Discussão:** O objetivo da Discussão é interpretar os resultados e relacioná-los com conhecimentos existentes, cotejando-os com a literatura nacional e internacional. Devem ser salientados os aspectos novos e importantes do estudo, bem como suas implicações e limitações.

□ **Conclusões:** Apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que estejam relacionadas aos objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

□ **Agradecimentos:** Se desejados, devem ser apresentados ao final do texto, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria, bem como, às agências de fomento que subsidiaram as pesquisas que resultaram no artigo publicado.

Os relatos de caso devem apresentar as seções, Introdução, Relato do Caso e Discussão, além de Resumo, *Abstract* e Referências. O corpo do texto dos artigos de revisão e dos artigos especiais pode ser subdividido em seções livres, a critério dos autores.

Referências

As referências devem ser citadas quando de fato consultadas, em algarismos arábicos em forma de potenciação e numeradas por ordem de citação no texto. Devem ser citados todos os autores, quando até seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. O periódico deverá ter seu nome abreviado segundo o Medline.

Artigo de Revista

Rea S, Giles NL, Webb S, Adcroft KF, Evill LM, Strickland DH, et al. Bone marrow-derived cells in the healing burn wound: more than just inflammation. *Burns*. 2009;35(3):356-64.

Instituição como Autor

American Burn Association. Inhalation injury: diagnosis. J Am Coll Surg. 2003;196(2):307-12.

Capítulo de Livro

Macieira L. Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico. In: Serra MC, ed. A criança queimada. Rio de Janeiro:Rubio;2006. p.49-57.

Livro

Lima Júnior EM, Serra MCVF. Tratado de queimaduras. Rio de Janeiro:Editora Atheneu;2004.

Tese

Paiva SS. Paciente queimado: o primeiro atendimento em um serviço público de emergência [Dissertação de mestrado]. São Paulo:Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem;1997. 85p.

Obs: uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em [http:// www.icmje.org/](http://www.icmje.org/)

Tabelas e Ilustrações

Devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto, conter um título e estar em páginas separadas, ordenadas após as Referências. As tabelas não devem conter dados redundantes já citados no texto. As ilustrações devem estar acompanhadas de suas respectivas legendas. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas.

ANEXO 2



Hospital Infantil Joana de Gusmão
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER 070/2010

NOME DO PROJETO: Análise do diagnóstico inicial e na alta hospitalar de crianças queimadas Internadas no hospital infantil Joana de Gusmão.	
PESQUISADORA: Janaína Tomio Odeli	
ORIENTADOR: Dr Mauricio José Pereima	
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: HIJG	
DATA DO PARECER: 07/12/2010	REGISTRO NO CEP: 055/2010
GRUPO E ÁREA TEMÁTICA: Grupo III – 4.01	

DOCUMENTOS SOLICITADOS	SITUAÇÃO
1.FOLHA DE ROSTO	OK
2.PROJETO DE PESQUISA	OK
3.CURRÍCULO DO PESQUISADOR	OK
4.CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	OK
5.TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO	OK
6.CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO	OK
7.DECLARAÇÃO ASSINADA PELA DIREÇÃO DO HIJG	OK
8. SUMÁRIO DO PROJETO	OK
9. FÓRMULÁRIO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA	ISENTO
10. DECLARAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO E RELATÓRIO FINAL	OK

OBJETIVOS

Analisar o diagnóstico de admissão de crianças queimadas e seu respectivo quadro clínico e tratamento utilizado. Analisar o momento de alta do paciente e seu diagnóstico final.
 Comparar o diagnóstico inicial com o momento da alta e acurácia e eficácia do tratamento utilizado.

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
 Bairro Agronômica, Florianópolis, Santa Catarina
 Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.

e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

SUMÁRIO DO PROJETO

Trata-se de trabalho de conclusão de medicina da UFSC, que tem por finalidade comparar o diagnóstico inicial e final da superfície corporal queimada, espessura da queimadura e ainda os resultados estéticos e funcionais do tratamento utilizado. O tempo de coleta dos dados será de 2 anos.

JUSTIFICATIVA

No momento da internação as queimaduras nem sempre são de fácil definição quanto à espessura da lesão, principalmente as causadas por produtos inflamáveis e este trabalho é importante porque visa conhecer quais características são as mais confundidas.

METODOLOGIA

1. DELINEAMENTO – Estudo prospectivo, descritivo, tipo coorte não controlada.
2. CÁLCULO E TAMANHO DA AMOSTRA – Conforme a demanda (em torno de 100)
3. PARTICIPANTES DE GRUPOS ESPECIAIS – Menores de 18 anos
4. RECRUTAMENTOS – Pacientes internados na Unidade de Queimados
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO – Descritos adequadamente no projeto de pesquisa
6. PONDERAÇÃO ENTRE RISCOS – BENEFÍCIOS – A pesquisa não implicará em riscos físicos adicionais aos participantes. Os benefícios serão advindos do conhecimento gerado.
7. USO DE PLACEBO OU WASH-OUT - Não se aplica
8. MONITORAMENTO E SEGURANÇA DOS DADOS – Adequado
9. AVALIAÇÃO DOS DADOS – OK
10. PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE – OK
11. PREOCUPAÇÃO COM OS ASPECTOS ÉTICOS - Sim
12. CRONOGRAMA - OK
13. PROTOCOLO DE PESQUISA - OK
14. ORÇAMENTO – OK

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agrônoma, Florianópolis, Santa Catarina
Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.

e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



Hospital Infantil Joana de Gusmão

Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER 070/2010

NOME DO PROJETO: Análise do diagnóstico inicial e na alta hospitalar de crianças queimadas internadas no hospital infantil Joana de Gusmão.	
PESQUISADORA: Janaína Tomio Odéli	
ORIENTADOR: Dr Mauricio José Pereima	
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: HIJG	
DATA DO PARECER: 07/12/2010	REGISTRO NO CEP: 055/2010
GRUPO E ÁREA TEMÁTICA: Grupo III – 4.01	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) - Adequado

PARECER FINAL

APROVADO

- Informamos que o presente parecer foi analisado e aprovado em reunião deste comitê, na data de 07/12/2010.
- Conforme Resolução 196/92, capítulo III.2.h, o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios periódicos sobre o andamento da pesquisa e relatório final. No *site*: www.saude.sc.gov.br/hijg/CEP.htm, está disponibilizado modelo. Seu primeiro relatório está previsto para JUNHO DE 2011, ou para quando da finalização da mesma.
- Qualquer alteração a este projeto de pesquisa aprovado deverá ser comunicada ao CEP-HIJG.


Jucélia Maria Guedert
 Coordenadora do CEP-HIJG
JUCÉLIA MARIA GUEDERT
 Coordenadora CEP - HIJG