

DÉBORA DA SILVA NOGUEIRA

**CURATIVO COM PRESSÃO NEGATIVA E MATRIZ DE
REGENERAÇÃO DÉRMICA: UMA NOVA OPÇÃO DE
TRATAMENTO PARA QUEIMADURAS.**

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

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

DÉBORA DA SILVA NOGUEIRA

**CURATIVO COM PRESSÃO NEGATIVA E MATRIZ DE
REGENERAÇÃO DÉRMICA: UMA NOVA OPÇÃO DE
TRATAMENTO PARA QUEIMADURAS.**

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

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Orientador: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

*Dedico esse trabalho à minha família,
por todo apoio e incentivo.*

AGRADECIMENTOS

Às crianças internadas com queimaduras e sequelas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, expostas em números estatísticos, não esquecendo o sofrimento e dor pelo qual passaram.

Ao professor Dr. Maurício José Lopes Pereima pelo exemplo pessoal e profissional e pela orientação, paciência e estímulo à realização deste trabalho.

Ao Professor Antônio Fernando Boing, pela orientação na parte estatística deste trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Infantil Joana de Gusmão, sempre muito atenciosos, que me ajudaram a encontrar os prontuários de todos os pacientes.

Aos meus pais, José Roberto Nogueira e Rosemary Luiz da Silva Nogueira e demais familiares que me ensinaram os valores da vida e que sempre me estimularam a realizar meus sonhos.

À minha irmã, Júlia da Silva Nogueira, que sempre esteve ao meu lado dividindo todos os momentos, os bons e também os difíceis.

Aos meus amigos da MED071, em especial Gustavo Soldateli, Janaina Tomio Odeli, e Diego Mello de Souza, que estiveram presentes durante toda a longa caminhada do curso, tornando os momentos mais agradáveis.

À Bruna Luiza Wunderlich, que iniciou esse trabalho pelo qual me esforcei para dar continuidade, pela ajuda e orientação.

CURATIVO COM PRESSÃO NEGATIVA E MATRIZ DE REGENERAÇÃO DÉRMICA: UMA NOVA OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA QUEIMADURAS.

Negative pressure wound therapy dressings with dermal regeneration template: treatment option for burns

Autores: Débora da Silva Nogueira¹, Maurício José Lopes Pereima²

1. Acadêmica do Curso 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:

Débora da Silva Nogueira

Rua Itapiranga, 15, Parque São Jorge

Florianópolis – SC, CEP: 88034-480

E-mail: debsnogueira@gmail.com

Sem potenciais conflitos de interesse e fontes de financiamento.

RESUMO

Objetivo: Comparar os resultados clínicos do tratamento convencional somente com a matriz de regeneração dérmica (MRD) com o tratamento combinado da matriz de regeneração dérmica com o curativo com pressão negativa (CPN) em pacientes vítimas de queimaduras.

Métodos: Trata-se de um estudo clínico e epidemiológico, analítico, horizontal, com coleta de dados retrospectiva e prospectiva, que avaliou os prontuários de todas as crianças submetidas à aplicação de MRD com ou sem CPN como adjuvante no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, totalizando 43 pacientes.

Resultados: O tempo médio de maturação do grupo que utilizou somente MRD foi de 21,47 dias, a média de pega por área de superfície foi de 95,41% e a taxa de complicações foi de 16,64%. A pega total do enxerto nesse grupo foi observada em 50% dos implantes e a média de pega parcial foi de 81,11%. O Grupo que utilizou MRD + CPN apresentou tempo médio de maturação de 16,44 dias; média de pega da matriz de 97,04% e taxa de complicações de 11,53%. A pega total do enxerto no Grupo MRD + CPN ocorreu em 57,59% dos implantes e a média de pega parcial foi de 84,17%.

Conclusões: O CPN utilizado como adjuvante no tratamento de queimaduras com MRD apresentou melhores resultados no tratamento de queimaduras. Foi observado redução no tempo de maturação da MRD, redução na taxa de complicações e aumentou a pega da matriz. Também reduziu o tempo de internação hospitalar dos pacientes.

Palavras-chave: Queimaduras. Criança. Transplante de pele. Pele artificial. Tratamento de Ferimentos com Pressão Negativa.

ABSTRACT

Purpose: To compare the clinical outcomes of conventional treatment with dermal regeneration template (DRT) only and DRT in combination with negative pressure wound therapy (NPWT) in burns patients.

Methods: This is a clinical and epidemiological study, analytical, horizontal, with collection of retrospective and prospective data. It evaluates the medical files of all children undergoing application of DRT with or without adjuvant VAC, from January 2008 to December 2011, a total of 43 patients.

Results: The average maturity of the group that used only DRT was 21.47 days, the average take by surface area was 95.41% and the rate of complications was 16.64%. The total take of the graft observed in this group was of 50% of the implants and the average of partial take was of 81.11%. The group that used DRT + NPWT had a smaller maturity average (16.44 days), better average takes of the matrix (97.04%) and lower complication rate (11.53%). Total graft takes were verified in 57.59% of the implants, and the average of partial take was of 84.17%.

Conclusions: The NPWT used as an adjunct in treatment with DRT showed better results in treating burns. Reduction in maturation time of the DRT was observed, as well as reductions in the complication rates and increase in the take of the matrix. The length of hospitalization was also reduced.

Keywords: Burns. Child. Skin Transplantation. Skin, Artificial. Negative-Pressure Wound Therapy.

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras estão entre os acidentes domésticos mais comuns, juntamente com cortes, quedas, intoxicações e afogamentos. No Brasil, os dados estatísticos sobre as lesões por queimaduras são escassos, mas segundo o DATASUS¹, no ano de 2011 foram registrados 3444 casos de queimaduras em crianças menores de 14 anos.

O tratamento de queimaduras de pele é complexo, tornando-se um desafio para os cirurgiões. Geralmente as queimaduras causam lesões extensas e com perda permanente da derme, resultando frequentemente em cicatrizes profundas e retrações². Queimaduras de 3º grau ou de espessura total são preferencialmente tratadas com excisão tangencial ou fascial do tecido queimado e cobertura cutânea. O tratamento mais utilizado hoje para esse tipo de cobertura é o autoenxerto de pele, expandido ou não. Porém, queimaduras extensas ou áreas nobres em que se espera uma pele de melhor qualidade, bem como o uso repetitivo do sítio doador durante a fase aguda podem provocar uma escassez de pele saudável para a reconstrução. Nesse contexto, o uso de substitutos cutâneos como a matriz de regeneração dérmica (MRD) é uma alternativa atraente^{3,4}.

A MRD é um substituto sintético que combina uma matriz colágena (substituto dérmico) a uma camada externa de silicone (substituto epidérmico). A matriz colágena é incorporada ao ferimento e, após a maturação da matriz, a camada de silicone é removida e substituída por um autoenxerto de pele disponível⁵. Relatos recentes acerca do uso de matriz dérmica descrevem taxas aceitáveis de infecção e tolerância ao implante. Uma das vantagens é a limitação da formação de cicatrizes, devido regeneração da camada dérmica com colágeno e elastina. A MRD é utilizada em situações em que se necessita de um tecido de melhor qualidade, semelhante à derme normal, sobre a qual se irá assentar o enxerto epidérmico.

O serviço cirurgia do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) utiliza a MRD, desde 2002 no tratamento de queimaduras de fase aguda e sequelas de queimaduras e seu uso tem sido ampliado para utilização em lesões de outras etiologias como na exérese de nevus gigantes⁶.

Buscando melhorar resultado estético e funcional, e à diminuição de complicações, o uso de dispositivos para auxiliar a cicatrização dos ferimentos tem sido amplamente investigado. Nesse sentido o curativo sob pressão negativa (CPN) tem sido descrito como uma nova forma de tratamento adjuvante com o objetivo de diminuir o tempo de maturação da matriz e o número de complicações como descolamento da matriz, hematoma e infecção.

O CPN é um adjuvante no tratamento local de feridas extensas e tem sido usado com sucesso nos grandes centros de referência, alterando de forma efetiva o desfecho do tratamento local de lesões graves. Ele foi primariamente descrito por Argenta e Morykwas em 1997 e desde então vem sendo amplamente estudado. O mecanismo consiste na aplicação de uma esponja estéril na cavidade da ferida, seguida pela instalação de um envoltório plástico adesivo sobre a esponja, que gera um sistema selado onde então é aplicada uma pressão sub-atmosférica através de um tubo rígido conectado a um aspirador. A pressão mais utilizada é entre 80 e 125 mmHg, de forma contínua ou em ciclos e o fluido aspirado é coletado em um recipiente com controle de volume. No HIJG, é utilizada pressão contínua de 100 mmHg⁷.

O CPN reduz o edema, recobre adequadamente a ferida, aumentando a velocidade do seu fechamento; estimula a angiogênese e a formação do tecido de granulação, bem como, reduz o risco de infecções⁸.

O uso combinado do CNP e MRD tem demonstrado resultados favoráveis como o aumento da velocidade do fechamento da ferida, melhora da taxa de pega do implante e consequente redução da morbidade e do tempo de internação hospitalar⁹.

O objetivo desse estudo é comparar os resultados clínicos do tratamento convencional que utiliza somente a matriz de regeneração dérmica com o tratamento combinado da matriz de regeneração dérmica com o curativo com pressão negativa em pacientes vítimas de queimaduras.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo e prospectivo, analítico e horizontal dos pacientes submetidos a implante de MRD apenas e submetidos a implante de MRD complementado com CPN, no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, totalizando 43 pacientes. Desses 43 pacientes, três foram submetidos a dois procedimentos cirúrgicos, totalizando 46 implantes em 43 pacientes. Foram excluídos os pacientes que não se encaixaram nos critérios do estudo.

Os pacientes foram distribuídos em dois grupos de acordo com o uso ou não de curativo com pressão negativa. O primeiro grupo foi denominado MRD, submetido apenas ao implante de matriz de regeneração dérmica, e totalizou 21 implantes, num total de 21 pacientes. O segundo grupo foi denominado MRD + CPN, submetido a implante de matriz de regeneração dérmica com complementação de curativo com pressão negativa, totalizando 25 implantes em 23 pacientes. Um paciente foi submetido a ambos os procedimentos em momentos distintos, participando dos 2 grupos. O trabalho foi baseado no número de implantes, considerando que ocorreram em momentos distintos.

Para a comparação dos tratamentos, foram coletados dados epidemiológicos, como idade e sexo, e dados sobre o tipo de lesão, tratamento realizado, percentual de pega da MRD e do enxerto de pele e complicações.

Esses dados foram coletados a partir da análise dos prontuários e seguiu todos os parâmetros éticos de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1997). O trabalho foi aprovado em Comitê de Ética do HIJG e faz parte do centro de pesquisa de tratamento de queimados e feridas do serviço de cirurgia pediátrica do mesmo hospital.

3 RESULTADOS

Os 43 pacientes foram distribuídos em dois grupos de acordo com o uso ou não de curativo com pressão negativa e comparados quanto à faixa etária e sexo:

Tabela 1

3.1. Quanto a matriz de regeneração dérmica:

Tabela 2

Tabela 3

Tabela 4

O tempo médio de maturação da matriz no Grupo MRD foi de 21,47 dias, e a média de pega por área de superfície foi de 95,41%. No Grupo MRD + CPN o tempo médio foi de 16,44 dias, e a média de pega por área de superfície foi de 97,30%.

Tabela 5

3.2. Quanto ao enxerto de pele:

Tabela 6

O tempo médio de dias de internação hospitalar no Grupo MRD + CPN foi de 28,52 dias, e no Grupo MRD a média foi de 38,95 dias.

4 DISCUSSÃO

Esse estudo comparou o tratamento cirúrgico de queimaduras com matriz de regeneração dérmica (Grupo MRD) e com matriz de regeneração dérmica associada ao curativo com pressão negativa (Grupo MRD+CPN). A população estudada foi composta somente por pacientes pediátricos, de forma que as altas taxas de sucesso se fazem particularmente relevantes. As crianças apresentam um maior risco de perda da fixação da matriz de regeneração dérmica (MRD) em comparação aos adultos, pois não entendem e não cumprem as instruções relacionadas à proteção da matriz. Dessa forma, pode-se dizer que os pacientes pediátricos merecem uma indicação mais criteriosa do uso associado do curativo de pressão negativa (CPN), principalmente nas superfícies irregulares e de movimento³.

Em relação aos dados epidemiológicos, os grupos apresentaram-se de forma heterogênea, sendo que o grupo MRD + CPN foi ao encontro dos dados da literatura¹⁰ quanto à idade, com maior prevalência na fase pré-escolar. Em relação ao sexo, o Grupo MRD teve prevalência masculina, indo ao encontro dos dados da literatura¹⁰. Já o Grupo MRD + CPN teve obtido maior número de casos em pacientes do sexo feminino, sendo compatível com o estudo *Stiefel et al.*³, no qual foi utilizado o CPN para fixação da MRD em cirurgias reconstrutivas de 18 pacientes.

Em ambos os grupos, as lesões ocorreram em sua maioria em membros inferiores (61,53% no Grupo MRD + CPN), também indo de acordo com o estudo de *Stiefel et al.*³. Esses dados corroboram o fato de que curativos em membros são de mais fácil fixação do que em outros locais. Por outro lado, a utilização de CPN próximo a orifícios naturais é de difícil fixação e está relacionada a um risco aumentado de infecção. No estudo de *Stiefel et al.*³, a maioria das lesões ocorreram em membros e o único caso de falha na aplicação do CPN ocorreu em um caso de reconstrução glútea-perianal, e por causa da perda repetida da pressão negativa e a despeito das manobras de reparo adequado, ocorreu contaminação da matriz com fezes e, finalmente, teve de ser retirado por causa da infecção. No estudo de *Wunderlich et al.*⁹, também realizado no HIJG, no período de 2002 a 2010, obteve-se resultados semelhantes, com predomínio dos membros inferiores.

O Grupo MRD + CPN obteve maior média de pega por área de superfície (97,30%) do que o Grupo MRD (95,41%). *Stiefel et al.*³, em seu estudo, apresentou média de pega de 84% após a primeira aplicação e 95% após a segunda nos 4 pacientes citados. O estudo de *Dini et al.*¹¹ relata uma melhor taxa de pega nos pacientes que utilizaram CPN como adjuvante no

tratamento em relação à sua experiência anterior. O presente estudo apresentou pega total da matriz em 23 dos 26 implantes do Grupo MRD + CPN (88,46%), e em 20 dos 24 implantes do Grupo MRD. Indo ao encontro desses dados, Stiefel *et al.*³, mostraram pega total da matriz em 14 pacientes (77,78%) dos 18 pacientes. Quatro pacientes receberam implante duas vezes devido a perda parcial da MRD. A média de pega por área de superfície foi de 95,41%, com 3 casos de pega parcial e 1 caso com perda total do implante no Grupo MRD. Wunderlich *et al.*⁹ também obtiveram resultados mais favoráveis no grupo que utilizou CPN e com maior diferença entre os grupos, 83,33% de pega total (Grupo MRD + CPN) contra 70,91% no Grupo MRD.

A associação com curativo com pressão negativa parece acelerar o processo de formação da matriz. Potter *et al.*² demonstraram que a complementação com pressão negativa na matriz dérmica estimulou a migração endotelial. Em seu estudo *in vitro* o efeito máximo do curativo com pressão negativa, utilizado de forma intermitente, poderia traduzir em uma redução de 60% no tempo de integração entre a matriz e o leito da ferida. No entanto, esses resultados ainda não foram confirmados do ponto de vista anatomopatológico. Moiemem *et al.*¹², em análise histológica de feridas submetidas a tratamento com MRD e CPN, não encontraram os mesmos resultados que os estudos anteriores realizados *in vitro*, quanto ao aumento da vascularização. Entretanto, é indiscutível a sua utilização como mecanismo de aderência da matriz ao leito da ferida.

É interessante destacar que os grupos apresentaram heterogeneidade quanto à indicação do uso da matriz, que no Grupo MRD foi a queimadura em fase aguda, enquanto no Grupo MRD + CPN foi a retração cicatricial (sequela de queimadura). No HIJG, Wunderlich *et al.*⁹ obtiveram como principal indicação do CPN o trauma (44,44%) e a retração cicatricial / cicatriz hipertrófica como principal indicação no Grupo MRD (41,07%). Esses fatos podem ter levado a alterações nos resultados do tratamento cirúrgico, no que diz respeito à porcentagem de pega da matriz, porém, ambos os estudos apresentaram melhores resultados no Grupo MRD + CPN.

Em relação ao tempo de maturação da MRD, foi observada redução do tempo no grupo que utilizou CPN (16,44 dias), em comparação ao Grupo MRD (21,47 dias). Em consequência, também houve redução do tempo de hospitalização dos pacientes que utilizaram CPN. Em outro estudo, Stiefel *et al.*⁴ demonstraram que pacientes submetidos ao curativo com pressão negativa após o implante de matriz de regeneração dérmica apresentaram maturação da matriz um pouco mais precoce, com média de 20,6 dias *versus*

23,2 dias nos pacientes submetidos apenas ao implante de matriz de regeneração dérmica. Do mesmo modo, *Leffler et al.*¹³, em seu relato de caso, observaram redução do tempo entre a aplicação da matriz e enxerto de pele. No HIJG, obteve-se média de 15,88 dias na maturação dos implantes com CPN nos estudos de *Goulart*¹⁴ e *Wunderlich et al.*⁹. A redução no número de dias para maturação da MRD encontrada em nosso estudo e nos outros trabalhos que utilizaram a associação com CPN parece ser relacionada à capacidade deste curativo de melhorar o aporte sanguíneo no leito da lesão, além de diminuir o edema e o risco de infecção.

Quanto às complicações, houve redução no Grupo MRD + CPN (11,53%), em relação ao Grupo MRD (16,64%). Esse resultado provavelmente está relacionado com a maior aderência da MRD ao leito da ferida. Ocorreu maior taxa de infecção no Grupo MRD + CPN (2 pacientes), ambos em membros inferiores. Porém sem significância estatística na sua análise, podendo ser atribuído à complicação que ocorreu ao acaso ou em um número total de pacientes que não permitiu a real análise de sua significância. Além disso, em outro trabalho realizado no mesmo hospital, *Wunderlich et al.*⁹ descreveram menor taxa de complicações no Grupo com CPN em relação ao grupo que somente utilizou matriz de regeneração dérmica (65% *versus* 44,44%). Houve discreta diminuição nas taxas de infecção (17,86% *versus* 11,11%) e de hematomas (26,79% *versus* 22,22%), e não houve descolamento da matriz de regeneração dérmica, nem da lâmina de silicone, que são importantes complicações associadas ao insucesso da terapia com matriz de regeneração dérmica.

No estudo de *Stiefel et al.*³, a taxa de complicações foi de 33%, incluindo descolamento da MRD em 5,5% e infecção em 16,5%, ambos considerados como principais complicações. Em seu outro estudo, *Stiefel et al.*⁴ sugerem que a aplicação de CPN promove uma melhora evidente na fixação da matriz de regeneração dérmica, especialmente em crianças e neonatos, onde a imobilização total é impossível, e quando a matriz é aplicada sobre superfícies corpóreas irregulares. Resultados semelhantes foram encontrados por *Leffler et al.*¹³, que em seu relato de caso obteve uma redução do tempo cirúrgico e uma simplificação do tratamento de uma escara extensa em abdome. Ainda nesse estudo, destaca-se que demoradas trocas de curativos e remoções de líquido debaixo da matriz foram evitadas¹³.

Finalmente, observamos em nosso estudo resultados superiores na pega da enxertia de pele no Grupo MRD + CPN (84,17%) em relação ao Grupo MRD (81,11%). O Grupo MRD + CPN também obteve resultados superiores na porcentagem de pega parcial e perda parcial

com nova enxertia. No entanto, houve dois casos de perda total no Grupo MRD + CPN, sendo um caso de hemangioma em membro inferior e outro de queimadura em membro superior, não relacionados a complicações na pega da MRD, que foi de 100% em ambos. Nos dois grupos o enxerto foi realizado quando a matriz era considerada madura, com neovascularização completa. A melhor pega do enxerto no Grupo MRD + CPN sugere a formação de neoderme clinicamente superior, relacionado a uma melhor neoformação vascular estimulada pelo ambiente negativo⁹.

5 CONCLUSÕES

1. O grupo submetido ao tratamento com matriz de regeneração dérmica associado ao curativo com pressão negativa demonstrou resultados superiores em relação à taxa de pega da matriz em porcentagem de superfície e à pega total da matriz.

2. As taxas de complicação foram menores no grupo MRD + CPN, houve melhor fixação da matriz ao leito da ferida e, nesses pacientes, não foi observado descolamento da matriz, nem da lâmina de silicone.

3. O tempo médio necessário à maturação da matriz foi inferior no grupo MRD + CPN com significativa redução do tempo de hospitalização.

4. O número de pacientes que obtiveram pega total do enxerto de pele foi maior, bem como a média da pega do enxerto por área de superfície no grupo que utilizou o curativo com pressão negativa.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Datasus.gov.br [homepage na Internet]. Ministério da saúde: Departamento de Informática do SUS [acesso em 2012 abr] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>
2. Potter MJ, Banwell P, Baldwin C, Clayton E, Irvine L, Linge C, et al. In vitro optimisation of topical negative pressure regimens for angiogenesis into synthetic dermal replacements. *Burns*. 2008;34(2):164–74.
3. Stiefel D, Schiestl CM, Meuli M. The positive effect of negative pressure: vacuum-assisted fixation of Integra artificial skin for reconstructive surgery. *J Pediatr Surg*. 2009;44(3):575–80.
4. Stiefel D, Schiestl C, Meuli M. Integra Artificial Skin for burn scar revision in adolescents and children. *Burns*. 2010;36(1):114–20.
5. Balasubramani M, Kumar TR, Babu M. Skin substitutes: a review. *Burns* [Review]. 2001 Aug;27(5):534–44.
6. Figueiredo GKB. Uso de matriz de regeneração dérmica no tratamento cirúrgico do nevus melanocítico congênito gigante: relato de 3 casos. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina;2007. 81p.
7. Orgill DP, Bayer LR. Update on negative-pressure wound therapy. *Plast Reconstr Surg*. 2011; 127 (Suppl. 1):105S–115S.
8. Fries C a, Jeffery SL a, Kay a R. Topical negative pressure and military wounds--a review of the evidence. *Injury*. 2011;42(5):436–40.
9. Wunderlich BL, Marcolla B, Souza JA de, Araujo EJ de, Feijó R, Pereima MJL. Curativo com pressão negativa e matriz de regeneração dérmica: uma nova opção de tratamento para feridas extensas. *Rev Bras Queimaduras*. 2011;10(3):78–84.
10. Peck MD, Jeschke MG, Duda RB. Epidemiology of burn injuries globally. *Up To Date* [serial on the Internet]. 2011.
11. Dini M, Quercioli F, Mori A, Romano GF, Lee AQ, Agostini T. Vacuum-assisted closure, dermal regeneration template and degloved cryopreserved skin as useful tools in subtotal degloving of the lower limb. *Injury*. 2011:3–5.
12. Moiemmen NS, Yarrow J, Kamel D, Kearns D, Mendonça D. Topical negative pressure therapy: does it accelerate neovascularisation within the dermal regeneration template, Integra? A prospective histological in vivo study. *Burns*. 2010;36(6):764–8.

13. Leffler M, Horch RE, Dragu A, Bach AD. The use of the artificial dermis (Integra) in combination with vacuum assisted closure for reconstruction of an extensive burn scar: a case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63(1):e32–5.
14. Goulart BC. Análise do tempo de maturação dos implantes de matriz de regeneração dérmica utilizando curativos sob pressão negativa [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina;2010. 38p.

7 TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes do Grupo MRD e do Grupo MRD + CPN submetidos ao tratamento cirúrgico de queimaduras em fase aguda e sequelas, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, no HIJG, segundo faixa etária e sexo, em número (n) e percentual (%), em relação ao número total de implantes.

Faixa Etária	GRUPO MRD						GRUPO MRD + CPN					
	Sexo				Total		Sexo				Total	
	Mas		Fem		n	%	Mas		Fem		n	%
	n	%	n	%			n	%	n	%		
Lactente	1	4,76	1	4,76	2	9,52	0	0	1	4	1	4
Pré-escolar	1	4,76	4	19,05	5	23,80	3	12	7	28	10	40
Escolar	5	23,80	0	0	5	23,80	5	20	2	8	7	28
Pré-púbere	5	23,80	4	19,05	9	42,85	4	16	2	8	6	24
Púbere	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4
Total	12	57,14	9	42,86	21	100	12	48	13	52	25	100

Fonte: SAME – HIJG

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes do Grupo MRD e do Grupo MRD + CPN submetidos ao tratamento cirúrgico de queimaduras em fase aguda e sequelas, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, no HIJG, segundo a indicação do uso da MRD, em número (n) e percentual (%), em relação ao número total de implantes da matriz.

Indicações	GRUPO MRD		GRUPO MRD + CPN	
	N	% implantes	N	% implantes
Fase Aguda	8	38,09	3	12
Cicatriz hipertrófica	2	9,52	4	16
Retração cicatricial	4	19,05	7	28
Retração cicatricial + cicatriz hipertrófica	3	14,28	1	4
Trauma	0	0	4	16
Nevus	3	14,28	5	20
Outros (melanoma, hemangioma)	1	4,76	1	4
Total	21	100	25	100

Fonte: SAME – HIJG

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes do Grupo MRD e do Grupo MRD + CPN submetidos ao tratamento cirúrgico de queimaduras em fase aguda e sequelas, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, no HIJG, segundo o local do implante da MRD, em número (n) e percentual (%), em relação ao número total de implantes da matriz.

Local	GRUPO MRD		GRUPO MRD + CPN	
	N	% implantes	N	% implantes
Tronco	4	16,67	3	11,54
Membros Inferiores	8	33,33	16	61,53
Membros Superiores	5	20,83	4	15,38
Pescoço	2	8,33	0	0
Genitália e Região glútea	0	0	0	0
Face	5	20,83	3	11,54
Total	24	100	26	100

Fonte: SAME – HIJG

Três pacientes do Grupo MRD e 1 paciente do Grupo MRD + CPN receberam 2 implantes no mesmo tempo cirúrgico em áreas anatômicas diferentes, totalizando 24 implantes no primeiro grupo e 26 implantes no segundo grupo.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes do Grupo MRD e do GRUPO MRD + CPN submetidos ao tratamento cirúrgico de queimaduras em fase aguda e sequelas, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, segundo pega total, pega parcial ou perda total com novo implante de MRD, em percentual de pega de área de superfície, em número (n) e percentual (%), em relação ao número total de implantes da matriz.

Pega da MRD	GRUPO MRD			GRUPO MRD + CPN		
	% pega	N	% total	% pega	N	% total
Pega total	100	20	83,33	100	23	88,46
Pega parcial *	85	3	12,50	76,66	3	11,54
Perda total com novo implante †	35	1	4,17	0	0	0
Perda total sem novo implante	0	0	0	0	0	0
Total	-	24	100	-	26	100

Fonte: SAME – HIJG

* Média aritmética da pega por área de superfície dentre as perdas parciais.

† Média aritmética da pega por área de superfície da perda total com seu novo implante.

p-valor = 0,999 , ou seja, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos na pega total ou parcial. Teste executado = Teste Exato de Fisher.

Três pacientes do Grupo MRD e 1 paciente do Grupo MRD + CPN receberam 2 implantes no mesmo tempo cirúrgico em áreas anatômicas diferentes, totalizando 24 implantes no primeiro grupo e 26 implantes no segundo grupo.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes do Grupo MRD e do Grupo MRD + CPN submetidos ao tratamento cirúrgico de queimaduras em fase aguda e sequelas, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, no HIJG, segundo complicações iniciais do implante de MRD, em número (n) e percentual (%), em relação ao número total de implantes da matriz e ao número de implantes que complicaram.

Complicações	GRUPO MRD			GRUPO MRD + CPN		
	N	% total†	% parcial*	N	% total†	% parcial*
Infecção	1	4,16	25	2	7,69	66,67
Hematoma	1	4,16	25	1	3,84	33,33
Descolamento total da MRD	1	4,16	25	0	0	0
Perda total do implante	0	0	0	0	0	0
Cicatriz profunda/retração	1	4,16	25	0	0	0
Total	4	16,64	100	3	11,53	100

Fonte: SAME – HIJG

* % parcial: em relação aos implantes que complicaram.

†% total: em relação a todos os implantes.

Três pacientes do Grupo MRD e 1 paciente do Grupo MRD + CPN receberam 2 implantes no mesmo tempo cirúrgico em áreas anatômicas diferentes, totalizando 24 implantes no primeiro grupo e 26 implantes no segundo grupo.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes do Grupo MRD e do Grupo MRD + CPN submetidos ao tratamento cirúrgico de queimaduras em fase aguda e sequelas, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, no HIJG, segundo pega total, pega parcial, perda parcial com nova enxertia ou perda total com nova enxertia, em percentual de pega de área de superfície, em número (n) e percentual (%), em relação ao número total de enxertos de pele.

Pega do enxerto	GRUPO MRD			GRUPO MRD + CPN		
	% pega	N	% total	% pega	N	% total
Pega total	100	12	50	100	15	57,69
Pega parcial *	81,11	9	37,50	84,17	6	23,08
Perda parcial com nova enxertia †	85	3	4,17	86,25	2	7,69
Perda total com nova enxertia	-	0	0	30	3	11,54
Total	-	24	100	-	26	100

Fonte: SAME – HIJG

* Média aritmética da pega por área de superfície dentre as perdas parciais.

† Média aritmética da pega por área de superfície dentre as perdas parciais com suas novas enxertias.

p-valor = 0,522 , ou seja, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos na pega total ou parcial. Teste executado = Teste qui-quadrado com correção de Yates.

Três pacientes do Grupo MRD e 1 paciente do Grupo MRD + CPN receberam 2 implantes no mesmo tempo cirúrgico em áreas anatômicas diferentes, totalizando 24 implantes no primeiro grupo e 26 implantes no segundo grupo.

APÊNDICE 1

PROTOCOLO

GRUPO: MRD MRD + CPN

Registro: _____ Data de Nascimento: __/__/____ Sexo: ____

Data da internação: __/__/____ Data da alta: __/__/____ Dias de internação: ____

Data da cirurgia (MRD): __/__/____ Data da cirurgia (enxerto de pele): __/__/____

Indicação do uso da Matriz de Regeneração Dérmica:

- Fase aguda - Queimadura Retração cicatricial Retirada de nevus
 Fase aguda - Trauma Cicatriz hipertrófica

Local de implante da Matriz de Regeneração Dérmica:

- Face MMSS Tronco
 Pescoço MMII Genitália e nádegas

Percentual de pega de área de superfície:

- Pega total Perda total
 Pega parcial: ____% Nova enxertia: ____%

Complicações: Nenhuma

- Infecção Descolamento da MRD Perda total do implante
 Hematoma Descolamento lâmina de silicone Óbito antes da maturação
 Outras: _____

Percentual de pega do enxerto de pele:

- Pega total Perda total
 Pega parcial: ____% Nova enxertia: ____%

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 Rev Bras 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

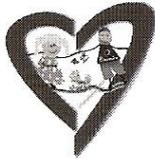
Paiva SS. Paciente queimado: o primeiro atendimento em um serviço público de emergência [Dissertação de mestrado]. São Paulo:Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem;1997. 85p.

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 038 - 2011

NOME DO PROJETO: CURATIVO COM PRESSÃO NEGATIVA E MATRIZ DE REGENERAÇÃO DÉRMICA: UMA NOVA OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA QUEIMADURAS	
PESQUISADOR: Débora da Silva Nogueira	
ORIENTADOR: Mauricio José Lopes Pereira	
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: HIJG	
DATA DO PARECER: 01/09/11	REGISTRO NO CEP: 035/2011
GRUPO E ÁREA TEMÁTICA: 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	Ok
10. DECLARAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO E RELATÓRIO FINAL	Ok

OBJETIVO

<p>Comparar os resultados clínicos da associação dos curativos com pressão negativa e matriz de regeneração dérmica com o tratamento convencional somente com a matriz de regeneração dérmica em pacientes com feridas extensas.</p>
--

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agrônômica, 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

A presente pesquisa tem como objetivo comparar os resultados clínicos da associação dos curativos com pressão negativa e matriz de regeneração dérmica com o tratamento convencional somente com a matriz de regeneração dérmica em pacientes com feridas extensas internados na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) no período de 2002 a 2011. Serão incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade inferior a 15 anos e que receberam tratamento com matriz de regeneração dérmica com ou sem o curativo sob pressão negativa no Hospital Infantil Joana de Gusmão. O tamanho da amostra será de acordo com o número de pacientes elegíveis para o estudo no período em questão. Estimamos um valor próximo a 40 pacientes. Os dados serão coletados a partir da análise dos prontuários dos pacientes. As observações serão registradas em fichas individuais, as quais servirão de fonte de dados para o estudo. Terão acesso aos dados somente os pesquisadores envolvidos na pesquisa. Ao final da pesquisa será confeccionado o Trabalho de conclusão de curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina e artigo científico para publicação em revista

JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de conhecermos os melhores tratamentos para as feridas extensas resultantes das queimaduras, que estão entre os acidentes domésticos mais comuns.

METODOLOGIA

1. DELINEAMENTO – Estudo descritivo, analítico, retrospectivo e prospectivo de pacientes submetidos a implante de MRD apenas e submetidos a implante de MRD complementado com CPN no Hospital Infantil Joana de Gusmão no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011;
2. CÁLCULO E TAMANHO DA AMOSTRA – O tamanho da amostra será de acordo com o número de pacientes elegíveis para o estudo no período em questão. Estimamos um valor próximo a 80 pacientes.
3. PARTICIPANTES DE GRUPOS ESPECIAIS – sim
4. RECRUTAMENTO – não
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO – Ok
6. PONDERAÇÃO ENTRE RISCOS – BENEFÍCIOS – Ok

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agrônômica, 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

- | |
|---|
| <p>7.USO DE PLACEBO OU WASH-OUT - não</p> <p>8.MONITORAMENTO E SEGURANÇA DOS DADOS – Ok</p> <p>9.AVALIAÇÃO DOS DADOS – Adequadamente descritos</p> <p>10.PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE – Ok</p> <p>11.PREOCUPAÇÃO COM OS ASPECTOS ÉTICOS – SIM</p> <p>12.CRONOGRAMA - Ok</p> <p>13. PROTOCOLO DE PESQUISA – Ok</p> <p>14.ORÇAMENTO - Ok</p> |
|---|

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)
--

Comentário: Adequadamente justificado a não necessidade do termo de consentimento.

PARECER FINAL	APROVADO
----------------------	-----------------

- Informamos que o presente parecer foi analisado e aprovado em reunião deste comitê, na data de 01/09/2011
- 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 MARÇO, ou para quando da finalização da mesma.
- Qualquer alteração a este projeto de pesquisa aprovado deverá ser comunicada ao CEP-HIJG.


 Vanessa Borges Platt
 Coordenadora do CEP - HIJG
 VANESSA BORGES PLATT

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas - HIJG.

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
 Bairro Agrônômica, 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