






**ARTIGO - ARTICLE - ARTICULO****Perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas no Hospital de Emergência da Região Agreste de Alagoas**

Epidemiological profile of burn victims admitted to the Emergency Hospital of the Agreste Region in Alagoas

Perfil epidemiológico de quemados ingresados en el Hospital de Urgencias de la Región Agreste de Alagoas

Juliana Gomes Carneiro¹ , Maria do Socorro Alécio Barbosa² , Maria Celeste Campello Diniz³ ,
Maysa Ferreira dos Santos⁴ , Kelly Cristina do Nascimento⁴ 

- 1 - Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC), Alagoas, Brasil
 2 - Tribunal Regional do Trabalho da 19ª Região (TRT), Maceió, Alagoas, Brasil
 3 - Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL), Maceió, Alagoas, Brasil
 4 - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever o perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas no Hospital de Emergência do Agreste (HUE) na cidade de Arapiraca, Alagoas. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa do tipo exploratório e documental entre o período de janeiro a dezembro de 2019, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), ícone "Informações em saúde". Os dados foram tabelados no programa Microsoft Excel, com posterior contagem absoluta e relativa utilizando estatística descritiva. Foram analisados 66 pacientes, dos quais 4 (6,07%) foram a óbito. Dentre os pacientes internados, a maior parte era de crianças (45,6%), seguida de adultos (34,8%). O número de óbitos foi o mesmo para ambos os sexos (50%). No período estudado, o tempo médio de internamento foi de 5,5 dias e o valor médio de internamento de R\$ 28.198,93. Observa-se, portanto, no estudo, que o perfil do paciente queimado no HUE é aquele do gênero masculino e criança, sendo os idosos com maior tempo de permanência hospitalar. Os dados obtidos são similares aos disponíveis na literatura e evidenciam a importância da prevenção, fiscalização e planejamento de políticas de saúde pública direcionadas a este agravo.

Palavras-chave: Epidemiologia; Queimadura; Hospitalização.

Histórico do Artigo

Recebido 23 Julho 2020
 Aprovado 03 Dezembro 2020

Correspondência

Maria Celeste Campello Diniz
 Av. Prof. Vital Barbosa, 1019, Apto 603
 Ed. Casablanca, Ponta Verde.
 CEP: 57035-400 - Maceió, Alagoas.
 E-mail: mccdiniz@gmail.com

Como citar

Carneiro JG, Barbosa MSA, Diniz MCC, Santos MF, Nascimento KC. Rev. Saúde Col. UEFS 2021; 11(1): e5693.



INTRODUÇÃO

Queimadura é uma lesão na pele com aspecto de ferida traumática causada por agentes químicos, térmicos, elétricos, radioativos ou pelo atrito que pode acometer órgãos adjacentes¹. Podem ser classificadas quanto à profundidade como, primeiro grau, quando as lesões atingem somente a camada epidérmica; segundo grau, quando há comprometimento da epiderme e a camada superficial ou profunda da derme; e, terceiro grau, acometendo, além da pele, outros tecidos como o subcutâneo, músculos, tendões e até mesmo os ossos. Quanto maior a área corporal queimada, maior o índice de mortalidade².

A queimadura de primeiro grau provoca dor, edema, vermelhidão, com descamação de 4 a 6 dias; são representadas pelas queimaduras solares. Nas de segundo grau, há a formação de bolhas ou flictemas e podem durar de 6 a 17 dias. As de terceiro grau apresentam lesões secas, indolores, brancas/acinzentadas e que provocam deformidades, não sendo capazes de serem restauradas sem o suporte cirúrgico, necessitando de enxertos³.

Para calcular a área de superfície corporal queimada (SCQ), são utilizadas com mais frequência a Regra dos Nove, em emergência, e a tabela de Lund-Browder para queimaduras em crianças, por apresentar maior precisão em relação à proporção corporal e à idade⁴.

As causas mais frequentes das queimaduras são a chama de fogo, o contato com água fervente ou outros líquidos quentes e com objetos aquecidos. Menos comuns são as queimaduras provocadas pela corrente elétrica, transformada em calor ao contato com o corpo⁵. Nota-se, por exemplo, que as crianças são vítimas de queimaduras por escaldaduras em acidentes domésticos, caracterizando lesões mais superficiais. Enquanto em adultos, é comum acidentes por chama direta em atividades laborais, o que configura lesões mais profundas⁶.

Os principais fatores de riscos para estes acidentes são constituídos por manejo de álcool, práticas culturais como festas com uso fogos de artifícios, fogueiras, além de fatores socioeconômicos desfavoráveis, violência e condições clínicas, a exemplo de crises convulsivas⁶.

No Brasil, as queimaduras representam um agravo significativo à saúde pública. Estão entre as principais causas externas de morte, geram gastos financeiros e são responsáveis principalmente por sequelas físicas, psicológicas e sociais⁷. No país, as estimativas apontam que ocorrem aproximadamente 2 milhões de acidentes por queimaduras ao ano. O Sistema Único de Saúde (SUS) destina cerca de R\$ 55 milhões/ano para o tratamento desses pacientes. Estima-se que 100 mil recebem atendimento hospitalar e, destes, 2.500 irão a óbito por causa direta ou indireta das lesões³.

Dados do Ministério da Saúde apontam que, de janeiro de 2013 a junho de 2014, foram registradas 43.660 internações entre 0 a 24 anos por queimaduras. O custo dessas hospitalizações foi de aproximadamente R\$ 43.949.425,258.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que os países subdesenvolvidos têm maior incidência de queimaduras comparados a países desenvolvidos e uma característica que gera esta diferença está centrada nas políticas de prevenção implementadas pelo governo⁹.

Destarte, é de extrema importância para todas as áreas de atuação da saúde, o conhecimento da epidemiologia, que fornece subsídios de avaliação e de organização de programas de tratamento e campanhas de prevenção, encarando a queimadura como um acidente grave que pode ser evitado por meio da aplicação de princípios epidemiológicos, realização de campanhas de conscientização e programas educativos³.

No Brasil não há uma base de dados nacional que contemple o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de queimadura, além de poucos estudos relacionados³. Diante desse cenário e levando em consideração a escassez de dados acerca do tema em diversas localidades do país, principalmente na Região Nordeste, a pesquisa assume relevância e serve de base para estudos mais aprofundados.

O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas no Hospital de Emergência do Agreste na cidade de Arapiraca, Alagoas, entre o período de janeiro a dezembro de 2019.

REFERENCIAL TEÓRICO

As queimaduras constituem um importante problema de saúde pública, representando a segunda causa de morte na infância não só nos Estados Unidos como também no Brasil. Porém, existem poucos dados e informações disponíveis para orientar programas de prevenção¹⁰.

Etiologia, epidemiologia e medidas preventivas

Queimaduras por chamas de fogo, líquidos quentes e objetos aquecidos são as causas mais comuns; enquanto as provocadas por correntes elétricas se tornam as mais raras¹¹.

No Brasil, a maior parte dos acidentes com queimaduras acontecem no domicílio das vítimas e aproximadamente 50% das ocorrências envolvem crianças. Quando se diz respeito a adolescentes, é mais comum a chama de fogo pela manipulação de álcool etílico líquido¹².

Em crianças, na maioria dos casos, acontecem no ambiente doméstico e são provocadas pelo derramamento de líquidos quentes sobre o corpo, como água fervente na cozinha, água quente de banho, bebidas e outros líquidos quentes, como óleo de cozinha¹³. Em relação a idade das crianças hospitalizadas, observa-se que entre 0 e 6 anos houve o maior número de hospitalizações por queimadura. Isso é explicado pelo fato de a criança com essa idade não possuir capacidade intelectual e motora suficientes para evitar tais perigos⁶.

Um estudo realizado por Silva et al.¹⁴, mostrou que a maioria das crianças são vítimas de queimaduras de segundo

grau, seguidas de terceiro grau e primeiro grau. Outros estudos enfatizaram esse contexto em 92% dos casos¹⁵ e, em 59% dos casos, as de segundo grau¹¹.

Ao contrário, os adultos queimam-se com mais frequência com a chama de fogo e principalmente no ambiente profissional. As queimaduras resultantes, portanto, costumam ser mais profundas e usualmente acompanham-se de danos causados pela inalação de fumaça⁵. O maior índice de queimaduras em homens deve-se ao fato de que eles costumam ser menos cautelosos e estão inseridos em um ambiente de trabalho insalubre, expostos muitas vezes a agentes inflamáveis sem nenhuma restrição¹⁶.

A tentativa de suicídio por queimaduras é um método de alta letalidade. São mais comuns entre o sexo feminino, através de produtos inflamáveis, com aproximadamente 10% das internações. Geralmente são mais comuns em portadores de transtornos mentais, sendo a depressão, os transtornos de humor e a esquizofrenia as principais causas¹⁷.

As lesões ocasionadas por queimadura não acarretam apenas danos físicos, mas também traumas psíquicos. Além disso, os custos econômicos para os serviços de saúde também são substanciais, tornando-se essencial o conhecimento dos fatores de risco e elaboração de medidas preventivas eficazes para minimização desses agravos¹⁰.

Segundo Silva et al.¹⁸, os idosos correspondem a 10% dos casos de queimaduras, sendo que crianças e idosos são os grupos que apresentam maior mortalidade, porém os idosos são os que possuem a mais alta taxa de mortalidade relativa. Em outro estudo de Takejima et al.¹⁹, quase 35% dos entrevistados relataram permitir a presença dos menores durante a preparação das refeições, demonstrando que a maioria dos acidentes acontece na presença de adultos.

Para a prevenção das queimaduras em crianças alguns cuidados são recomendados: crianças não devem ter acesso a eletrodomésticos, fósforo e isqueiro; não devem entrar na cozinha e, se houver necessidade, precisam ser continuamente supervisionadas; adultos não devem lidar com líquidos quentes e, ao mesmo tempo, cuidar de lactentes. No banheiro, a água quente, no balde ou na banheira, representa risco para a

criança, a qual nunca pode ficar desacompanhada. Deve-se conferir a temperatura da água antes do banho. Durante as refeições, os alimentos devem ser colocados no centro e não se deve usar toalhas. As crianças não devem ter acesso a fios, linhas elétricas, tomadas e interruptores. Devem-se colocar protetores nas tomadas²⁰. Tais recomendações servem não somente para as crianças, como também, para evitar acidentes entre os adultos.

No que se refere aos acidentes de trabalho, a utilização da técnica incorreta é um outro ponto importante a ser mencionado. A falta de habilidade para realização de atividades é um fator que predispõe a um maior número de acidentes²¹.

A prevenção é a arma mais importante para diminuir o número de acidentes e mortes relacionados às queimaduras. A divulgação de medidas preventivas e orientação da população por meio de campanhas educacionais é fundamental e de responsabilidade das equipes de saúde e do poder público.

Avaliação das queimaduras

São múltiplos os fatores envolvidos nas queimaduras que devem ser observados em sua avaliação. A gravidade e o prognóstico de uma queimadura são definidos avaliando-se: agente causal, profundidade, extensão da superfície corporal queimada, localização, idade, doenças preexistentes e lesões associadas. O tratamento dessas lesões, incluindo a necessidade ou não de internação hospitalar de tais pacientes, será orientado com base nesses fatores²².

Profundidade

A queimadura pode ser avaliada em graus (Quadro 1) e dependerá da intensidade do agente térmico e do tempo de contato com o tecido.

Extensão

Os riscos gerais do queimado nas primeiras horas dependem fundamentalmente da extensão da área queimada,

Quadro 1. Classificação das queimaduras segundo a profundidade

Primeiro grau	Segundo grau	Terceiro grau
Afeta somente a epiderme	Afeta a epiderme e parcialmente a derme	Afeta a epiderme, a derme e estruturas profundas
Apresenta eritema, calor e dor	Forma bolhas ou flictemas	É indolor
Não há formação de bolhas	Superficial: a base da bolha é rósea, úmida e dolorosa	Existe a presença de placa esbranquiçada ou enegrecida
Descama de 4 a 6 dias	Profunda: a base da bolha é branca, seca, indolor e menos dolorosa (profunda)	Possui textura coreácea
Regride sem deixar cicatrizes	A restauração das lesões ocorre entre 7 e 21 dias	Não há regeneração espontânea, necessitando de enxertia
Repercussão sistêmica é desprezível		

Fonte: Ministério da Saúde, 2012²³.

sendo maior a repercussão sistêmica, devido à perda das funções da pele, quanto maior for a área afetada⁵. Para mensurar o grau de comprometimento que um paciente queimado sofreu é necessário que os profissionais de saúde lancem mão de alguns instrumentos estabelecidos em protocolos de tratamento com feridas provocadas por queimaduras, os quais sofrem pequenas variações de conduta de um hospital para outro⁴.

Atualmente são usadas duas tabelas, uma delas é a Regra dos Nove (Figura 1), na qual se pontuam até nove pontos, associada a cada região do corpo, frequentemente usada nas salas de emergência para avaliar paciente adulto, destacando que essa tabela não é indicada para mensurar queimaduras em crianças, pela possibilidade de induzir a erros grosseiros⁴.

Outra tabela bastante utilizada é a Lund-Browder²⁵ (Figura 2), de maior precisão, levando-se em consideração as proporções do corpo em relação à idade a um valor pré-estabelecido. Nesse caso, considera-se a superfície corporal da criança semelhante à do adulto, a partir da puberdade. Comumente, os profissionais da saúde classificam as queimaduras como leve, médio e de grande porte. Assim, se a lesão atinge menos de 10% é considerada leve, quando o comprometimento é entre 10% a 20% da superfície corpórea,

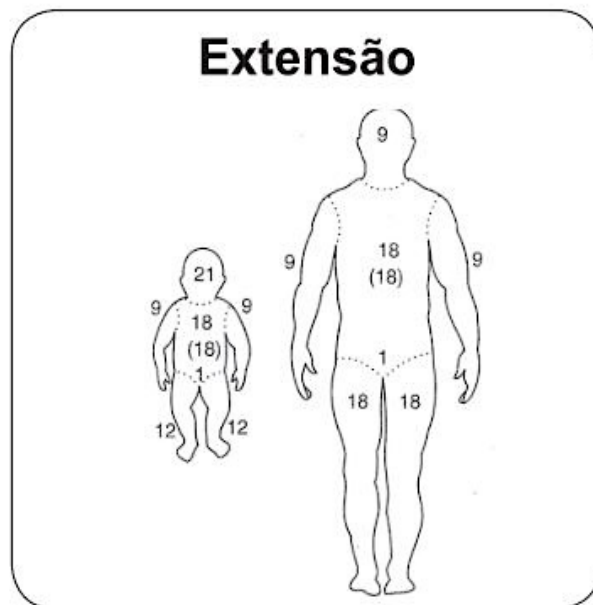


Figura 1. Regras dos nove em criança e adulto
Fonte: Gomes, 1997²⁴.

denomina-se em médio queimado, e grande queimado, aquele que teve uma lesão que comprometeu mais de 20% da área corporal.

Idade em anos \ Área	0 - 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15	Adulto
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádega direita	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Nádega esquerda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Genitália	1	1	1	1	1	
Braço direito	4	4	4	4	4	4
Braço esquerdo	4	4	4	4	4	
Antebraço direito	3	3	3	3	3	3
Antebraço esquerdo	3	3	3	3	3	3
Mão direita	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Mão esquerda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Coxa direito	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
Coxa esquerda	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
Perna direita	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7
Perna esquerda	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7
Pé direito	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2
Pé esquerdo	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2

Figura 2. Tabela de Lund-Browder para determinação da superfície corpórea queimada
Fonte: Lund e Browder, 1944²⁵.

Localização das queimaduras

É mais preocupante as queimaduras que comprometem face, pescoço e mãos. Além disso, aquelas localizadas em face e pescoço costumam estar mais frequentemente associadas à inalação de fumaça, assim como podem causar edema considerável, prejudicando a permeabilidade das vias respiratórias e levando à insuficiência respiratória. Por outro lado, as queimaduras próximas a orifícios naturais apresentam maior risco de contaminação séptica⁵.

Idade do paciente queimado

Normalmente, tornam-se mais graves as queimaduras em idosos e crianças, por ter uma repercussão sistêmica mais crítica. Os idosos possuem maior dificuldade de adaptação do organismo e nas crianças há uma desproporção da superfície corporal em relação ao peso⁵.

Doenças e condições associadas

São condições que pioram o prognóstico os traumas concomitantes, principalmente neurológicos, ortopédicos e abdominais, ou mesmo politraumatismos, assim como a presença de doenças preexistentes, tais como insuficiência cardíaca, insuficiência renal, hipertensão arterial, diabetes e etilismo. Quanto maior a exposição ao agente agressor, maior o risco de apresentar complicações secundárias: insuficiência cardíaca e edema pulmonar, infecção da ferida da queimadura, insuficiência renal aguda, síndrome da angústia respiratória, lesão visceral, infecção da corrente sanguínea e pneumonia²⁶.

Inalação de produtos de combustão

A lesão inalatória resulta do processo inflamatório das vias aéreas após a inalação de gases tóxicos e produtos incompletos da combustão, sendo responsável pela mortalidade de até 77% dos pacientes queimados. Dentre as substâncias de efeito sistêmico, pela alta morbidade e mortalidade, está o Monóxido de Carbono (CO). A intoxicação por CO é uma das causas mais frequentes de óbito. A combustão causa inflamação com edema da mucosa traqueobrônquica, que se manifesta por rouquidão, estridor, dispneia, broncoespasmo e escarro cinzento²⁷.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa do tipo exploratório e documental das vítimas de queimadura internadas no Hospital de Emergência do Agreste na cidade de Arapiraca, Alagoas, entre o período de janeiro a dezembro de 2019. A busca foi realizada em ambiente virtual, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir do ícone “Informações em saúde”²⁸.

A seleção nesta plataforma foi direcionada aos tópicos “Epidemiológicas e Morbidade” e a “Procedimentos hospitalares do SUS”. No primeiro, foi selecionado “Morbidade Hospitalar do SUS - Geral, por local de internação, a partir de 2008”. No último, na seção de procedimentos disponíveis, foram selecionados “tratamento de queimaduras, corrosões e geladuras” e “tratamento de pequenos, médio e grandes queimados”. Não foram aplicados critérios de exclusão sobre a população do estudo.

Foram consideradas como variáveis características individuais como sexo, faixa etária e cor-raça. Além disso, foi levantado o valor médio (VM) por Autorização de Internação Hospitalar, o tempo médio de internamento (TM) e a quantidade absoluta de internamentos e de óbitos. Com relação à faixa etária, os dados foram divididos em cinco grupos: lactentes (menor que 1 ano), crianças (1 a 9 anos), adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (mais de 60 anos). As informações obtidas foram tabeladas no programa Microsoft Excel, no qual foi feita a contagem dos dados em números absolutos e relativos utilizando estatística descritiva.

De acordo com a Resolução CNS nº 466/12, pesquisas realizadas pelo Poder Público, para que melhor se conheçam as características de uma população específica, visando a melhoria das ações em benefício dessa população, não necessitam análise pelo Sistema CEP/CONEP.

Este estudo utilizou dados secundários, disponíveis no ambiente virtual de domínio público, não apresentando risco ao sigilo e anonimato dos indivíduos envolvidos no trabalho, sendo, portanto, dispensada aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo, foram analisados registros de 66 pacientes vítimas de queimadura internadas no Hospital de Emergência do Agreste, no ano de 2019. A população estudada foi estratificada quanto ao sexo, faixa etária e cor-raça dentro dos eventos internamento e óbito, como é observado na Tabela 1.

Analisando os dados da Tabela 1, pode-se notar maior prevalência de internamentos no sexo masculino (59%) e igual número de mortes para ambos os sexos. Mas, proporcionalmente, há uma maior mortalidade para mulheres (7,4%) em relação aos homens (5,12%), quando comparada ao número de internamentos. Em relação a taxa de mortalidade nesse estudo, foi observada uma taxa de 6,06% ao longo do ano. Isso mostra uma taxa de óbito baixa de acordo com outras pesquisas nacionais²⁹. Tais pesquisas mostram que a alta mortalidade está associada principalmente à presença de bacteremia. Mas, a utilização racional de antimicrobianos, a reposição hídrica controlada e as cirurgias precoces têm contribuído significativamente no progresso do tratamento dos pacientes vítimas de queimaduras graves³⁰.

Tabela 1. Internamentos de queimados estratificados por faixa etária, sexo, cor/raça, no período de janeiro a dezembro de 2019

Variáveis	n = 66	%
Desfecho		
Recuperados	62	93,93
Óbitos	4	6,07
Internamentos por faixa etária		
< 1 ano	3	4,50
1 a 9 anos	30	45,60
10 a 19 anos	3	4,50
20 a 59 anos	23	34,80
60 + anos	7	10,60
Internamentos por sexo		
Masculino	39	59,00
Feminino	27	41,00
Internamento por cor/raça		
Branca	7	10,60
Preta	1	1,50
Parda	38	57,60
Amarela	7	10,60
Sem informação	13	19,70
Óbitos por faixa etária		
< 1 ano	1	25,00
20 a 29 anos	1	25,00
60 a 69 anos	1	25,00
70 a 79 anos	1	25,00
Óbitos por sexo		
Masculino	2	50,00
Feminino	2	50,00
Óbitos por cor/raça		
Branca	2	50,00
Sem informação	2	50,00

Fonte: DATASUS, 2019²⁸.

No levantamento do presente estudo, destaca-se o sexo masculino como o mais acometido. Essa evidência foi observada e confirmada na literatura³¹. Vários estudos concluíram que os indivíduos do sexo masculino são os que mais se envolvem em queimaduras e as causas prevalentes são contatos acidentais com líquidos quentes e manejo de álcool e a maioria ocorreram em ambiente doméstico atingindo principalmente os membros superiores³².

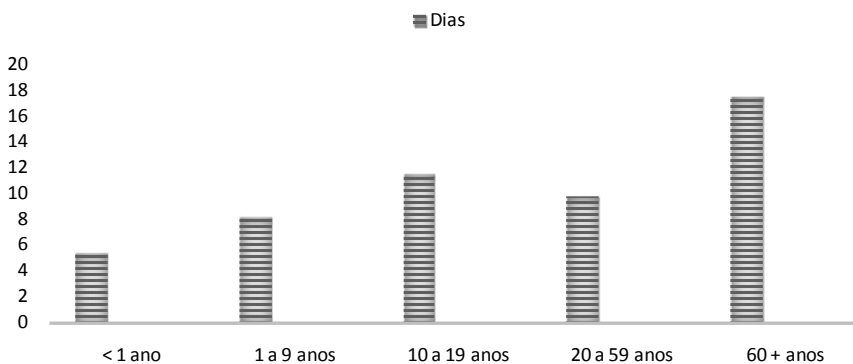
Um estudo realizado em Sorocaba, São Paulo, mostrou que os homens estão mais expostos, por trabalharem em serviços com maior insalubridade, estando mais sujeitos a acidentes de queimadura por agentes inflamáveis comparados às mulheres³³.

Com relação à faixa etária, observou-se maior incidência de internamentos entre as crianças, com 45,6% dos casos (30 internados), seguidos dos adultos, com 34,8% (23 internados). A prevalência foi maior entre as crianças de 1 a 9 anos, seguidos pelos adultos. Entretanto, em relação à quantidade de óbitos, houve a mesma quantidade para todas as faixas etárias.

No Brasil, a maior parte dos acidentes com queimaduras acontecem no domicílio das vítimas e aproximadamente 50% das ocorrências envolvem crianças¹².

Um estudo retrospectivo descritivo realizado em uma Unidade de Tratamento de Queimados em Sergipe, em 2011, observou prevalência de 45,2% das vítimas tendo entre 0 e 6 anos, seguida de 42,83% das vítimas entre 13 e 59 anos²⁹. O maior número de acidentes entre as crianças pode ser explicado devido à natureza de seu desenvolvimento, o desejo por novas descobertas e o não entendimento pelas situações de perigo. Esses fatores estão associados a uma supervisão negligente dos responsáveis, facilitando o acesso aos ambientes de risco como a cozinha, do qual se destaca como lugar de maior incidência de tais acidentes³⁴.

No que tange a variável cor/raça, houve predomínio da parda, com 57,6% (38 internados). Esse dado corrobora com um estudo epidemiológico comparando as regiões Nordeste e Centro-Oeste, constatando-se predomínio da raça parda em ambas regiões³⁵. São escassos estudos de tendência temporal sobre cor/raça, no entanto, pesquisa de perfil aponta que os pardos representam a maior porcentagem de vítimas de queimaduras³⁶.

**Gráfico 1.** Média de tempo hospitalar por faixa etáriaFonte: DATASUS, 2019²⁸.

O tempo médio de permanência hospitalar segregado por faixa etária é representado através do Gráfico 1. Verificou-se que o tempo médio de internamento dos pacientes foi de 5,5 dias. Esse dado mostra um tempo de internamento pequeno, diferente de outros trabalhos que apontam tempo médio de internamento em torno de 12 a 17 dias, sendo em outros superior a 20 dias³⁷.

Em estudo de Lima et al.³⁸, realizado em uma Unidade de Tratamento de Queimados em Brasília, o tempo de internação variou consideravelmente de acordo com as faixas etárias, em que a população pediátrica apresentou média de permanência hospitalar de 8 a 10 dias, enquanto nos idosos esse período foi relativamente maior, obtendo média de 7 a 19 dias. Tal achado corrobora os resultados desta pesquisa, mostrando que o tempo de hospitalização se torna maior à medida que a idade progride. Isso pode ser atribuído ao prognóstico insatisfatório do idoso, uma vez que o mesmo normalmente apresenta comorbidades que acabam prejudicando a evolução da queimadura³⁹.

O valor total dos serviços hospitalares contabilizados foi R\$ 28.198,93. O Gráfico 2 mostra a distribuição dos gastos por faixa etária. Comparando os Gráficos 1 e 2, nota-se que os gastos não foram proporcionais aos dias de internação. Esse fato pode estar associado a gravidade da lesão, as comorbidades, os produtos usados para curativo e os procedimentos particulares a cada paciente.

Os pacientes que sofrem lesões por queimadura podem requerer auto tratamento ou nenhum, até cuidados mais intensivos, cirúrgicos, dependendo da gravidade. Um estudo de Ferreira et al.³⁴ comparou o regime público e o privado conveniado ao SUS, onde foram observadas uma diferença de 23,2% (1,3 dia) a mais no tempo médio de internamento no regime público e de 158,9% (R\$ 1.059,90) a mais no valor médio no regime público. Essa disparidade entre o público e o privado sugere que pode haver uma utilização menos eficiente dos recursos disponíveis por parte do primeiro setor, levando a maior tempo e custo de tratamento, o que reflete a necessidade de estudos que analisem custo-efetividade.

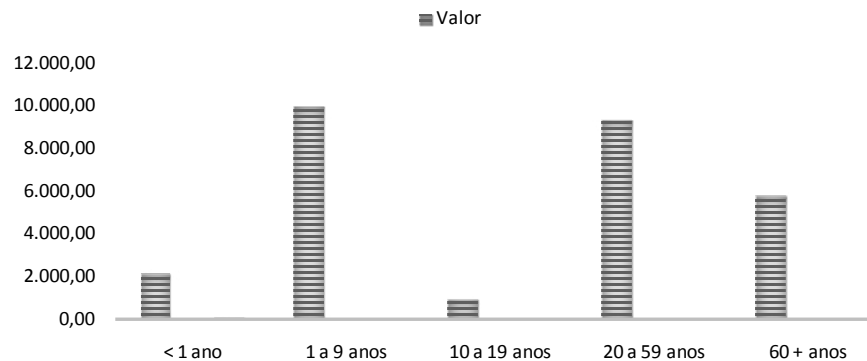


Gráfico 2. Valor dos serviços hospitalares por faixa etária
Fonte: DATASUS, 2019.

Em síntese, os resultados desse estudo (Tabela 1) permitiram demonstrar que há predomínio do gênero masculino (59%) como vítimas de queimaduras, destacando-se idades de 1 a 9 anos (45,60%), seguidos pelas idades de 20 a 59 anos (34,80%). Observou-se maior incidência de internamentos entre as crianças (45,6%), mas em relação à quantidade de óbitos, houve a mesma quantidade para todas as faixas etárias. No que tange a variável cor/raça, houve predomínio da parda (57,6%); o tempo médio de internamento dos pacientes foi de 5,5 dias e valor total dos serviços hospitalares contabilizados foi R\$ 28.198,93.

CONCLUSÃO

Pelo exposto no estudo, tem-se que a identificação dos aspectos clínicos e epidemiológicos contribui para elaboração de cuidados e assistências voltadas à população. Torna-se fundamental uma assistência à saúde eficiente desde a promoção até a reabilitação, com investimento na atenção de nível primário por meio de políticas públicas, medidas preventivas e educativas, e a nível terciário. Uma

equipe profissional qualificada e com os devidos recursos são imprescindíveis no processo de reabilitação, acarretando também na redução de custos e tempo de permanência hospitalar.

Além disso, a notificação da maior incidência de queimadura em crianças desperta a necessidade de programas de prevenção, com foco nas escolas e em grupos comunitários voltados para os pais, verdadeiros coautores desses acidentes.

REFERÊNCIAS

1. Almeida JWF, Santos JN. Assistência de enfermagem em grupos de riscos a queimadura. *Rev Bras Queimaduras* 2013; 12(2):71-6.
2. Lima OBA, Arruda AJCG, Carvalho, GDA, Melo VC, Silva AFA. Enfermagem e o cuidado à vítima de queimaduras: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFPE* 2013;7 (esp):4944-50.
3. Dalla-Corte LM, Fleury BAG, Haung M, Adorno J, Modelli MES. Perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras no DF. *Rev Bras Queimaduras* 2019; 18(1): 36-9.

4. Oliveira TS, Moreira KFA, Gonçalves TA. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Rev Bras Queimaduras* 2012; 11(1):31-7.
5. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *An. Bras. Dermatol.* 2005; 80(1):9-19.
6. Santos Junior RA, Melo Silva RL, Lima GL, Cintra BB, Borges KS. Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no Hospital de Urgências de Sergipe. *Rev Bras Queimaduras* 2016; 15(4):251-5.
7. Adorno Filho ET, Almeida KG, Reis GC, Costa GR, Kracik AS, Ferreira LH, et al. Análise dos custos de pacientes internados na Santa Casa Misericórdia de Campo Grande. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2014; 29(4):562-6.
8. Brito JG, Martins CBG. Queimaduras domésticas na população infanto-juvenil: atendimentos de urgência e emergência. *Rev. Eletr. Enfem.* 2016; 18:e1139
9. World Health Organization (WHO). Injuries and violence: the facts. Geneva: Who; 2014.[acesso em 29 jun 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149798>
10. Cruz BF, Cordovil PBL, Batista KNM. Perfil de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil. *Rev Bras Queimaduras* 2012; 11(4):246-50.
11. Tibola J, Pereira MJL, Franzoni MB, Guimarães FSV, Dias M, Barbosa E, et al. Assistência à criança vítima de queimaduras na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão. *Rev Bras Queimaduras* 2004; 4(1):18-24.
12. Takino MA, Valenciano PJ, Itakussu EY, Kakitsuka EE, Hoshimo AA, Trelha CS, et al. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras admitidos em centro de tratamento de queimados. *Rev Bras Queimaduras* 2016; 15(2): 74-9.
13. Costa DM, Abrantes MM, Lamounier JA, Lemos ATO. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *J Pediatr.* 1999; 75(3):181-6.
14. Silva IKM, Leandro JM, Amaral LEF, Silva ACA, Marçal MLP, Fantinati AMM, et al. Análise de pacientes de 0 a 12 anos atendidos no Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia em 2011 e 2012. *Rev Bras Queimaduras* 2015; 14(1):14-7.
15. Queiroz JHM, Barreto KL, Lima JS. Crianças queimadas hospitalizadas em centro de referência de Fortaleza. *Rev Bras Queimaduras* 2019; 18(1):23-6.
16. Costa GOP, Silva JA, Santos AG. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras. *Ciência & Saúde* 2015; 8(3):146-55.
17. Carvalho ID, Freitas MCV, Macieira L. Tentativa de autoextermínio com queimaduras. *Rev Bras Queimaduras* 2014; 13(2):95-8.
18. Silva GPF, Olegario NB, PinheiroAMRS, Bastos VPD. Estudo epidemiológico dos pacientes idosos queimados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Instituto Doutor José Frota do município de Fortaleza-CE, no período de 2004 a 2008. *Rev Bras Queimaduras* 2010; 9(1):7-10.
19. TakejimaML, Netto RFB, Toebe BL, Andretta MA, Prestes MA, Takaki JL. Prevenção de queimaduras: avaliação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras em usuários das unidades de saúde de Curitiba. *Rev. Bras. Queimaduras* 2011; 10(3):85-8.
20. Mukerji G, Chamania S, Patidar GP, Gupta S. Epidemiology of pediatric burns in Indore, India. *Burns* 2001; 27(1):33-8.
21. Rossi LA, Ferreira E, Costa ECFB, Bergamasco EC, Camargo C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2003; 11(1):36-42.
22. Leão CEG, Andrade ES, Fabrini DS, Oliveira RA, Machado GLB, Gontijo LC. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2011; 26(4):573-77.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
24. Gomes DR, Serra MC, Pellon MA. Tratado de Queimaduras: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
25. Lurk LK, Oliveira AF, Gagnani A, Ferreira LM. Evidências no tratamento de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras.* 2010; 9(3):95-9.
26. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
27. Spinelli J et al. Lesão inalatória grave: tratamento precoce e reversão do quadro. *Rev Bras Queimaduras* 2010; 9(1):31-4.
28. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde [internet]. [acesso em 29 jun 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
29. Reis IF, Moreira CA, Costa ACSM. Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe. *Rev Bras Queimaduras* 2011; 10(4):114-18.
30. Farina Junior JA, Almeida CEF, Barros MEPM, Martinez R. Redução da mortalidade em pacientes queimados. *Rev. Bras. Queimaduras.* 2014; 13(1):2-5.
31. Gawryszewski VP, Bernal RTI, Silva NN, Morais Neto OL, Silva MMA, Mascarenhas MDM, et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(4):629-40.
32. Gonçalves AC, Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Rossi LA, Farina Junior JA. Caracterização de pacientes atendidos em um serviço de queimados e atitudes no momento do acidente. *Rev. Eletr. Enferm.* 2012; 14(4):866-72.

33. MacedoAC, Proto RS, Moreira SS, Gonella HA. Estudo epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba entre 2001 a 2008. *Rev Bras Queimaduras* 2012; 11(1):23-25.
34. Ferreira LLP, Gomes-Neto JJ, Alves RA. Perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras na Bahia. *Rev Bras Queimaduras* 2019; 18(1):33-38.
35. Lopes, AP, Pessoa LD, Oliveira TRS. Séries temporais de vítimas de queimaduras no Centro-Oeste e Nordeste. *Rev Bras Queimaduras* 2019; 18(1):27-32.
36. MoulinLL, Dantas DV, Dantas RAN, Vasconcelos EFL, Alquoc KM, Lima KRB et al. Perfil sociodemográfico e clínico de vítimas de queimaduras atendidas em um hospital de referência. *Rev. Nursing (São Paulo)* 2018; 21(238):2058-62.
37. Marinho LP, Andrade MC, Goes Junior AMO. Perfil epidemiológico de vítimas de queimadura internadas em hospital de trauma na região Norte do Brasil. *Rev Bras Queimaduras* 2018; 17(1):28-33.
38. Lima LS, Araújo MAR, Cavendish TA, Assis EM, Aguiar G. Perfil epidemiológico e antropométrico de pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimados em Brasília, Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde* 2010; 21(4): 301-8.
39. Nascimento LKA, Barreto JM, Costa ACSM. Análise das variáveis grau e porte da queimadura, tempo de internação hospitalar e ocorrência de óbito em pacientes admitidos em uma Unidade de Tratamento de Queimados. *Rev Bras Queimaduras* 2013; 12(4):256-9.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe the epidemiological profile of burn victims hospitalized at the Emergency Hospital of Agreste (HUE) in the city of Arapiraca, Alagoas. This is a descriptive study with a quantitative approach of an exploratory and documentary type between the period of January to December 2019, through the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), in the icon "Information in health". The data were tabulated in the Microsoft Excel program, with subsequent absolute and relative counting using descriptive statistics. 66 patients were analyzed, of which 4 (6.07%) died. Among inpatients, most were children (45.6%), followed by adults (34.8%). The number of deaths was the same for both sexes (50%). During the study period, the average hospital stay was 5.5 days and the average hospital stay was R \$ 28,198.93. Therefore, it is observed, in the study, that the profile of the burned patient in the HUE, is that of the male gender and child, with the elderly having the longest hospital stay. The death data obtained are similar to those available in the literature and shows the importance of prevention, inspection and planning of public health policies aimed to this problem.

Keywords: Epidemiology; Burn; Hospitalization.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir el perfil epidemiológico de las víctimas de quemaduras hospitalizadas en el Hospital de Emergencia do Agreste (HUE) de la ciudad de Arapiraca, Alagoas. Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo de tipo exploratorio y documental entre el período de enero a diciembre de 2019, a través del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), icono "Información en salud". Los datos se tabularon en el programa Microsoft Excel, con posterior conteo absoluto y relativo mediante estadística descriptiva. Se analizaron 66 pacientes, de los cuales 4 (6,06%) fallecieron. Entre los pacientes hospitalizados, la mayoría eran niños (45,6%), seguidos de adultos (34,8%). El número de muertes fue el mismo para ambos sexos (50%). Durante el período de estudio, la estadía hospitalaria promedio fue de 5,5 días y la estadía hospitalaria promedio fue de R\$ 28.198,93. Se observa, por tanto, en el estudio, que el perfil del paciente quemado en el HUE es el del género masculino e infantil, siendo el anciano el de mayor estancia hospitalaria. Los datos obtenidos son similares a los disponibles en la literatura y muestran la importancia de la prevención, fiscalización y planificación de las políticas de salud pública dirigidas a esta condición.

Palabras clave: Epidemiología; Quemadura; Hospitalización.