UNIVERSIDADE TIRADENTES

GUSTAVO EMÍLIO MENEZES CORIA

LUCAS ABADE MOZINI DUARTE

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

ARACAJU

2015

GUSTAVO EMÍLIO MENEZES CORIA

LUCAS ABADE MOZINI DUARTE

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Tiradentes como um dos pré-requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Fisioterapia.

ORIENTADORA:

AIDA CARLA SANTANA DE MELO COSTA

ARACAJU

2015

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

Gustavo Emílio Menezes Coria[1]; Lucas Abade Mozini Duarte[1]; Aida Carla Santana de Melo Costa[2.]

RESUMO

O paciente queimado possui lesões teciduais que provocam comprometimento em sua funcionalidade. Por esse motivo, é importante para o processo de reabilitação eficaz possuir um instrumento que classifique de forma individual e padronizada a funcionalidade apresentada pelo paciente no membro acometido, bem como as incapacidades impostas para uma atividade específica, ou até mesmo fatores ambientais que influenciam a qualidade de vida do paciente. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar o paciente queimado segundo Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). O estudo foi de caráter transversal, observacional e de campo, com abordagem quali-quantitativa, sendo a coleta de dados feita na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), mediante avaliação de pacientes da própria unidade durante o período de junho a outubro de 2015. Foi realizada uma busca inicial em prontuários, a fim de coletar dados gerais do paciente e da sua queimadura, bem como de fármacos utilizados no período de hospitalização. Posteriormente, procedeu-se à avaliação do paciente por meio da aplicação da CIF. Após análise, observou-se predomínio da faixa etária pediátrica (55%), gênero masculino (64%), por chama direta (40%), em membros superiores (37,5%), com deficiência moderada, alteração na mobilidade de várias articulações (50%) e maior dificuldade para transportar, mover e manusear objetos (47,5%).

Descritores: Fisioterapia. Queimadura. Classificação Internacional de Funcionalidade

ABSTRACT

Burned patient has tissue injuries that cause commitment in its functionality. For this reason, it is important for effective rehabilitation process to have a tool to rank, in a individual and standardized way, the functionality presented by the patient in the affected limb, as well as in the imposed disabilities for a specific activity, or even environmental factors that influence the patient life quality. The goal of this research was to characterize burned patients, according to International Classification of Functionality (ICF). The study was transversal, observational and field feature, with qualitative and quantitative approach. Data collection was made from the evaluation of patients at the Burns Treatment Unit from June to October 2015. An initial search was conducted in medical records in order to collect general data of the patient and his burning, as well as drugs used during the hospitalization. After this, the patient evaluation was made through the application of questionnaire. After analysis, it was observed most children (55%), male sex (64%), fire (40%), in superior members (37,5%), with moderate disability, deficit of mobility in several joints (50%) and difficulty to carry, move and handle objects (47,5%).

Descriptors: Physiotherapy. Burn. Funcionality International Classification.

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras são lesões decorrentes de agentes, tais como a energia térmica, química ou elétrica, capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular. Tais agravos podem ser classificados como queimaduras de primeiro, segundo ou terceiro grau (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2012).

O fisioterapeuta atua em cada fase da queimadura, com recursos específicos, permitindo a cicatrização de maneira eficaz e evitando complicações. Dessa forma, o terapeuta proporciona melhor prognóstico, reduz sequelas limitantes, além de promover melhora física, psicológica e social, visando um impacto positivo na qualidade de vida do paciente (SOUZA; SANTOS; OLIVATTO, 2009).

A fisioterapia em pacientes queimados tem como principal objetivo prevenir a limitação da funcionalidade, minimizar e evitar as deformidades, prevenir a diminuição da composição muscular e tecidual do segmento afetado. Nesse contexto, é necessário que o fisioterapeuta elabore um programa de tratamento individualizado e específico, além da assistência diária e a avaliação funcional frequente de acordo com a evolução do paciente (ROCHA, 2010).

O enfoque principal da CIF é a influência dos fatores contextuais (ambientais e pessoais) e seus impactos, tanto positivos quanto negativos, nas três dimensões das condições de saúde: estrutura e função do corpo, atividade e participação social (SCHNEIDERT, 2003).

A CIF tem como objetivo principal proporcionar uma linguagem universal e padrão que possibilite facilitar a comunicação entre profissionais da área de saúde, visando ao planejamento de ações coerentes e específicas para a melhora da funcionalidade do indivíduo (VALE, 2009).

A CIF é vista como modelo prático de caracterização da funcionalidade, em conformidade com o modelo social. O autor afirma que o mais importante não é a avaliação das alterações ao nível das estruturas ou funções do indivíduo, mas as limitações da atividade e as restrições da participação que o indivíduo passa no decorrer da interação entre aspectos psicológicos, ambientais e sociais (SOUSA, 2007).

Este estudo sobre funcionalidade em pacientes queimados justificou-se pela necessidade de contribuir cientificamente para a aplicação da CIF aos pacientes queimados, a fim de que seja obtida uma padronização para melhor comunicação entre os fisioterapeutas da unidade. Além disso, nota-se uma escassez de estudos nacionais e internacionais que abordem esse instrumento de avaliação para essa população de pacientes.

O objetivo geral deste estudo foi caracterizar o paciente queimado através da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Os objetivos específicos foram: 1) Estabelecer aspectos gerais da queimadura nos pacientes analisados; 2) Classificar a mobilidade de articulações através da CIF; 3) Qualificar a força de músculos isolados através da CIF; 4) Codificar as estruturas mais afetadas no paciente queimado, segundo a CIF; 5) Caracterizar os qualificadores da CIF para as tarefas selecionadas do domínio Atividade e Participação.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, observacional e de campo, com abordagem quali-quantitativa.

2.2 LOCAL DA PESQUISA E CARACTERIZAÇÃO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Tratamento em Queimados (UTQ) do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Sabe-se que a UTQ dispõe de 14 leitos, sendo dispostos de 1 Enfermaria Adulto, 1 Enfermaria Pediátrica, 1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 1 Centro Cirúrgico, apresentando rotatividade variável, a depender da gravidade de cada caso. O HUSE representa um hospital público de alta complexidade

que presta serviço à população de Sergipe e áreas circunvizinhas, sendo a UTQ a única unidade especializada no atendimento ao paciente queimado no Estado.

2.3 CASUÍSTICA

A amostra foi selecionada por conveniência, ou seja, de livre demanda, sendo que todos os pacientes admitidos na Unidade de Tratamento de Queimados foram incluídos no estudo durante o período da coleta de dados (junho a outubro de 2015), totalizando 40 pacientes em fase de hospitalização. A abordagem desses pacientes foi feita no momento de sua admissão.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através da Plataforma Brasil, sob protocolo de nº 459.541, bem como ao Núcleo de Educação Permanente do Hospital de Urgência de Sergipe (NEP / HUSE), seguindo as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Antes da inserção na pesquisa, os indivíduos e/ou responsáveis foram devidamente informados sobre a mesma, de forma clara e objetiva, e voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), tendo a opção de absterem-se da pesquisa em qualquer momento que desejassem.

2.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Como instrumento de classificação, foi utilizada uma ficha com dados gerais dos pacientes inseridos na pesquisa, bem como dados da queimadura, sendo os mesmos submetidos também a uma descrição da capacidade funcional com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (ANEXO 1).

A coleta foi realizada em uma frequência de três vezes na semana, em turno matutino, sempre às segundas, quartas e sextas-feiras, de junho a outubro de 2015. Antes de adentrar à unidade procedia-se à paramentação com uso de jaleco descartável, touca, luvas, máscara e propé. Após este procedimento, foram separados o questionário contendo a CIF e o TCLE. A codificação do paciente foi feita de acordo com a cronologia de domínios e qualificadores da própria CIF.

Esse instrumento de classificação aborda as seguintes variáveis: Funções do Corpo, Estrutura do Corpo, Atividade e Participação e Fatores Ambientais. Para este estudo, foram investigadas as Funções do Corpo através dos itens Mobilidade das Articulações, Estabilidade Articular, Força e Resistência Muscular. Em se tratando da Estrutura do Corpo, foram analisadas todas as áreas acometidas pela queimadura em cada paciente do estudo, como cabeça, face, pescoço, ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho, mão, dedos e pelve.

A mensuração de mobilidade e força foi realizada de acordo com a descrição subjetiva dos qualificadores referentes à CIF, não sendo possível utilizar instrumentos como flexímetro e dinamômetro, respectivamente, que quantificassem os domínios descritos devido à impossibilidade de utilizar o mesmo equipamento para vários pacientes sem devida esterilização, sob o risco de infecção cruzada nesta população.

No item Atividade e Participação, os pacientes foram avaliados quanto à realização de tarefas, como atividades de membros superiores e inferiores, mobilidade, desenvolvimento da marcha, auto-cuidados e participação social. Nos Fatores Ambientais, os sujeitos da pesquisa foram questionados em relação ao uso de algum medicamento, sendo essas informações coletadas previamente em prontuário da própria unidade, a fim de que fosse notificada a prescrição médica de cada participante do estudo. Com isso, observou-se que todos os pacientes do estudo faziam uso de opióides de horário.

A abordagem aos pacientes queimados foi feita no ambiente da UTQ, à beira do leito, sendo os mesmos submetidos à avaliação individualmente, em postura confortável para o paciente, após explicação prévia dos procedimentos a serem realizados.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta, os dados foram tabulados em uma planilha do Excel 2013 e, posteriormente, convertidos a um programa específico para tratamento estatístico (SPSS). Para análises, utilizou-se de frequências e porcentagens, bem como o teste Qui-quadrado.

3 RESULTADOS

Após a coleta de dados, as informações foram analisadas e foram descritos os resultados. De acordo com a Tabela 1, a faixa etária predominante entre os indivíduos estudados foi de 0-12 anos (55%), seguida da faixa etária adulta (37,5%).

Tabela 1: Porcentagem de faixa etária acometida por queimadura nos pacientes avaliados.

Faixa Etária	n	%
0-12	22	55
13-18	3	7,5
19-60	15	37,5
Total	40	100

A Figura 1 evidencia a predominância do gênero masculino entre os indivíduos avaliado, com 64%, em detrimento do gênero feminino, com 36%.

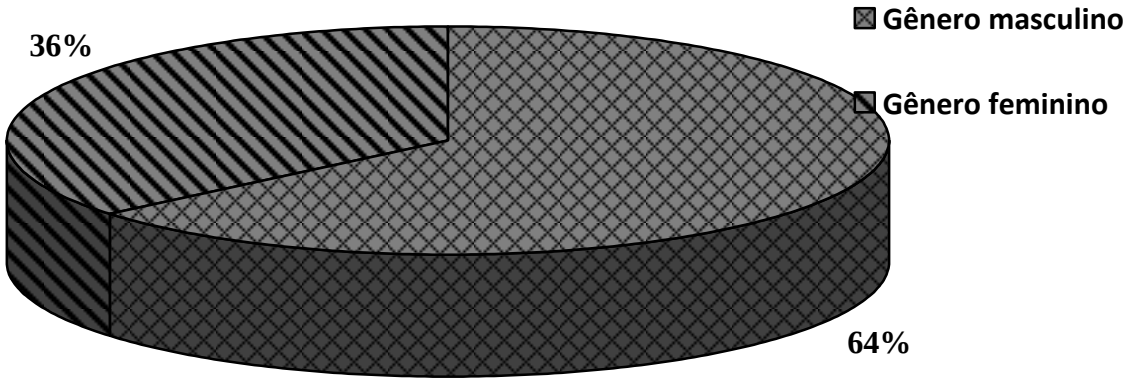

Figura 1: Frequência relativa de gênero em relação aos pacientes avaliados com queimaduras.

De acordo com a Figura 2, a prevalência do agente causal da queimadura foi por chama direta (40%), seguida de produto químico (25,71%).

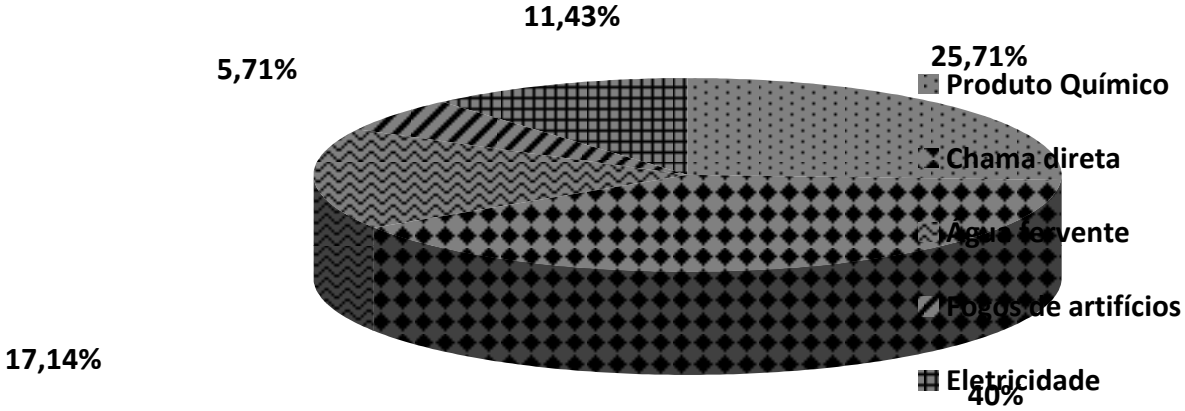

Figura 2: Predominância do agente causador da queimadura nos pacientes avaliados.

A Figura 3, apresenta a distribuição da queimadura em relação ao porte, com maior porcentagem para os pacientes Médio Queimado (40%), seguida dos pacientes Pequeno e Grande Queimado, com o mesmo percentual cada (30%).

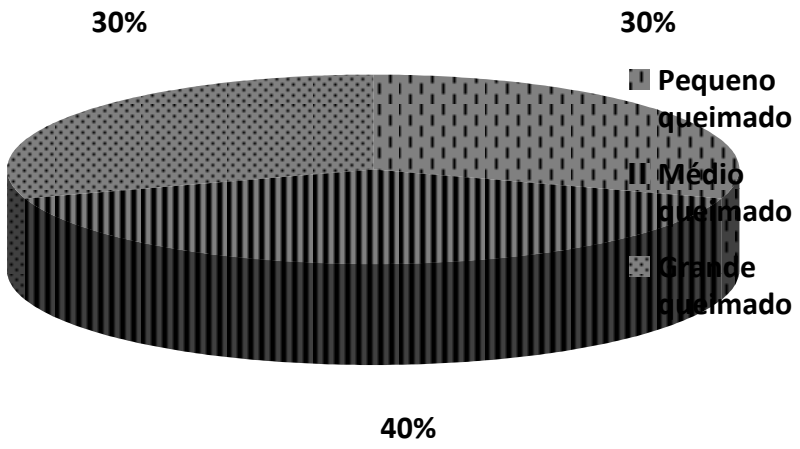

Figura 3: Distribuição da queimadura em relação ao porte.

De acordo com a Figura 4, houve discrepância entre a profundidade da lesão nos pacientes com queimadura, observando-se predomínio das lesões de 2º grau e 2º e 3º graus.

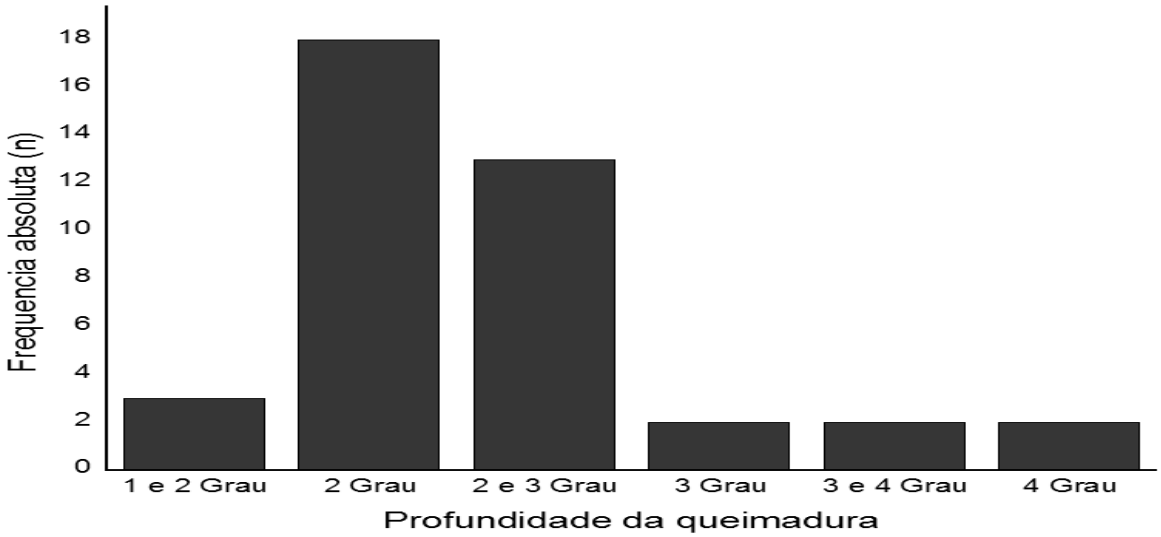

Figura 4: Prevalência da queimadura em relação à profundidade da lesão.

A Figura 5, apresenta uma porcentagem de 92,31% de pacientes em uso de ventilação espontânea e somente 7,69% de pacientes ventilados mecânicamente.

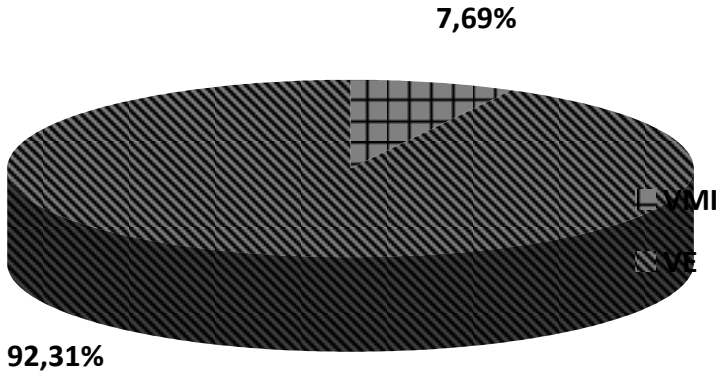

Figura 5: Via de acesso do ar utilizada pelo paciente queimado no período de hospitalização.

De acordo com a Figura 6, verificou-se que 50% dos pacientes avaliados através da CIF obtiveram déficit em várias articulações e somente 10% obtiveram déficit em mobilidade de uma única articulação. Juntamente a essa análise, foi avaliado que 40% desses pacientes perderam força de músculos isolados.

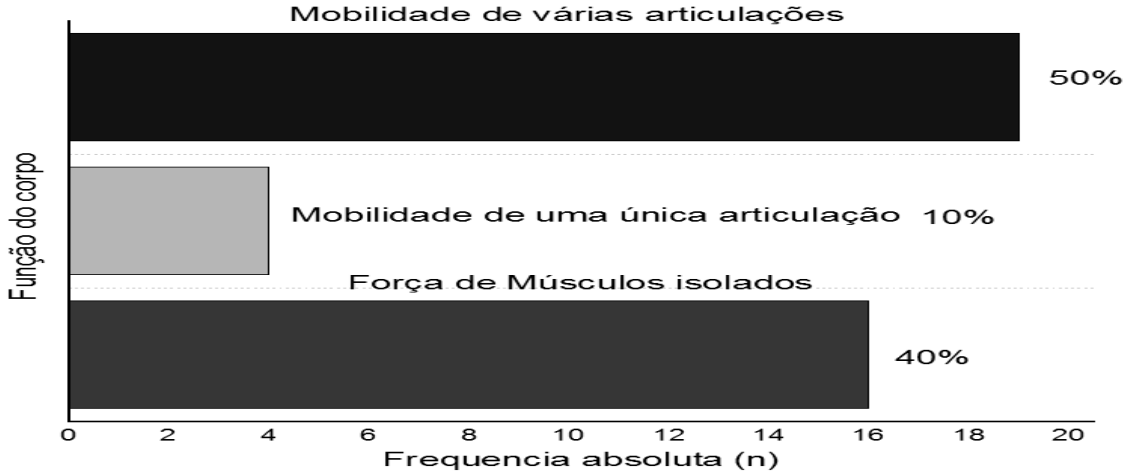

Figura 6: Função do corpo de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

De acordo com a Figura 7, as regiões mais afetadas pela queimadura, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, foram as regiões de Braço (37,5%), Tronco (25%), Face (12,5%) e Perna (12,5%).

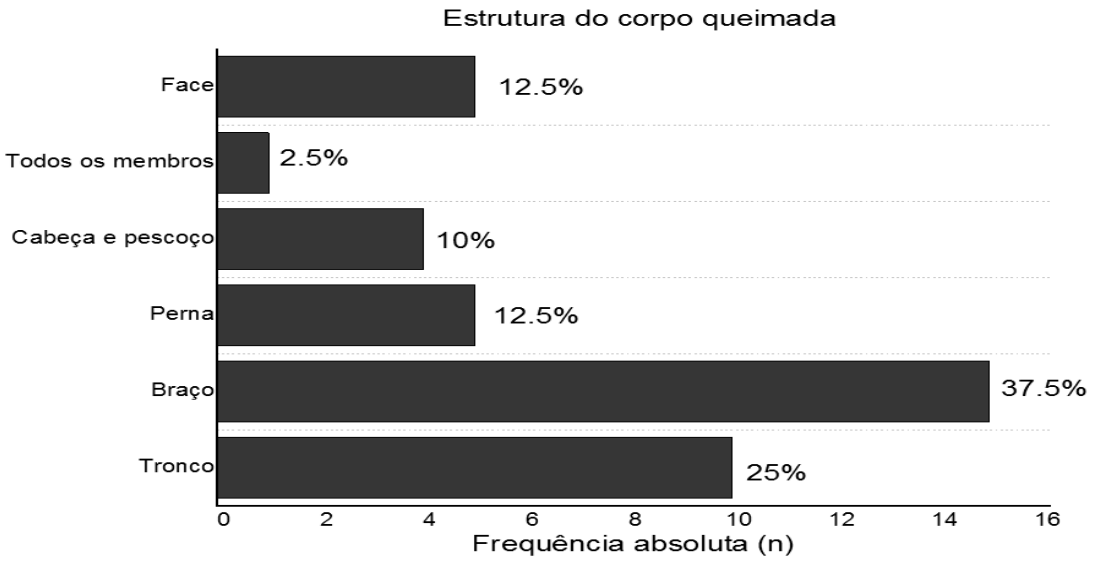

Figura 7: Estrutura do corpo de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

A Tabela 2 retrata a predominância da dificuldade dos pacientes avaliados em executar a tarefa de transportar, mover e manusear objetos em relação a outras atividades.

Tabela 2: Atividades e Participação do paciente nas tarefas propostas através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Atividade e Participação	n	%
Transportar, mover e manusear objetos	19	47,5
Auto transferências	5	12,5
Cuidar das partes do corpo	7	17,5
Vestir-se	9	22,5
Total	40	100

De acordo com a Figura 8, a deficiência moderada foi a predominante nos pacientes queimados através da atividade de transportar, mover e manusear objetos, seguida por deficiência leve.

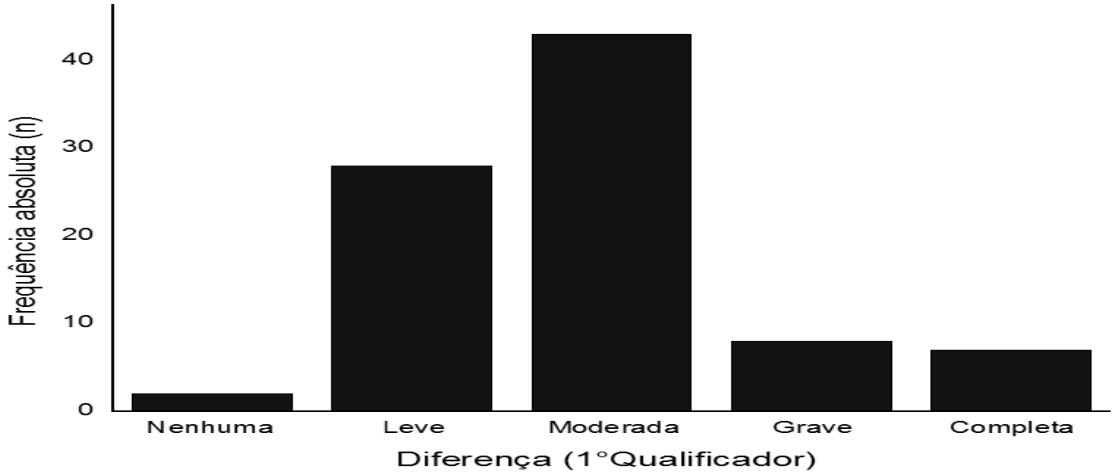

Figura 8: Grau de deficiência para transportar, mover e manusear objetos, segundo Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

A Figura 9 apresenta uma paridade entre o direcionamento da queimadura, porém com predomínio no lado esquerdo do corpo.

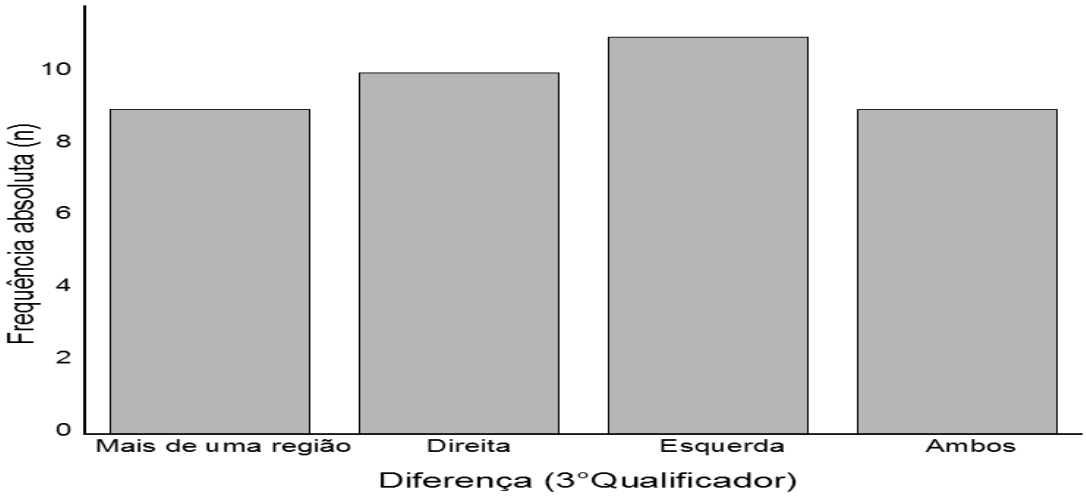

Figura 9: Prevalência de acometimento da queimadura por região, segundo Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

4 DISCUSSÃO

Segundo um estudo realizado por Gimenes (2009), a média de idade dos pacientes queimados foi de 27,9 anos (27,33%). Machado et al. (2009) encontraram em sua pesquisa faixa etária dos atendimentos em uma maioria de 10-15 anos de idade, seguida pela faixa etária de 0-4 anos (50,85%). assemelhando-se à atual pesquisa em que foi encontrada uma variação de idade de 0 a 12 anos.

Em relação ao gênero, Gimenes (2009) relatou em seu estudo, de maneira geral, uma predominância compatível com outros estudos nacionais e internacionais no que tange à prevalência das queimaduras nos indivíduos do sexo masculino, perfazendo 65,5% sobre o feminino. Em compartida, Freitas et al. (2015) citaram que os pacientes hospitalizados do sexo masculino corresponderam a 74,2% e do sexo feminino a 25,8%. Entretanto, no presente estudo, a distribuição de gênero foi heterogênea, com 64% de pacientes do gênero masculino e (36%) do feminino.

Segundo Espindula; Rocha; Alves (2013), quanto ao agente causador das queimaduras, houve predomínio de 90% dos pacientes com lesões térmicas, provocadas por líquidos inflamáveis, líquidos quentes e por chamas de fogo. Em 10% dos pacientes, a lesão foi causada por eletricidade. Esse fato é decorrente do período de coleta que coincide com os festejos juninos da região onde são utilizados fogos de artifício e fogueira, englobando principalmente faixa etária menor. Esses achados corroboram com os resultados do atual estudo, com predomínio de queimaduras causadas por chama direta.

De acordo com Silva et al (2010), em relação à superfície corporal queimada e profundidade da queimadura, pode-se observar uma média de 30% de área corporal atingida, havendo predominância da queimadura de 2º grau, com 43%, seguido das queimaduras de 2º e 3º graus, com (38%) e pelas queimaduras de 3º grau, com (17,7%). Freitas et al (2015) relata que o predomínio maior de lesões é de primeiro e segundo grau, correspondendo a (82,8%) embora com elevada representatividade das lesões de primeiro e segundo graus, a prevalência de queimaduras de terceiro grau foi elevada, representando 17,18% do total. No presente estudo, encontrou-se similaridade com esses resultados, havendo maior prevalência de lesões de 2º grau e de 2º e 3º graus.

Quanto à extensão das queimaduras, em estudo realizado por Albuquerque et al. (2010), nove pacientes tiveram de 5% a 15% da área corporal queimada, enquanto sete pacientes tiveram de 16% a 25%. Estudos apontam que a extensão da queimadura vai determinar a internação hospitalar do paciente, bem como o grau de independência em suas atividades pessoais com o membro afetado.

Macedo; Santos (2006) afirmam que a pneumonia é uma importante causa de morbidade e letalidade no paciente vítima de queimadura e que seus fatores de risco para essa complicação infecciosa são geralmente intervenções realizadas depois que o paciente é internado, como: ventilação mecânica, procedimentos cirúrgicos e corticoterapia. Para Silva et al. (2010), a prevalência de transferências para a Unidade de Terapia Intensiva vem aumentando de acordo com o aumento da população, ocorrendo em 11,4% dos pacientes estudados. No atual estudo 7,69% dos pacientes eram submetidos à ventilação mecânica.

Fontes et al. (2010) relatam que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) não é uma classificação de pessoas, mas de características do indivíduo em diferentes domínios e características do seu meio físico e social, selecionando um conjunto de códigos que documenta o seu perfil de funcionalidade e de participação. Esses autores admitem que a classificação não se limita a descrever de forma detalhada a incapacidade, descreve também de uma forma abrangente a possibilidade do impacto que os fatores ambientais produzem na funcionalidade do indivíduo, quer enquanto facilitadores quer enquanto barreira, sendo que esses fatores marcam a grande diferença entre as classificações anteriores e a CIF.

Gimenes (2009) constatou que o tronco (62,7%) e os membros superiores (60,4%) foram os principais alvos, bem como Rocha; Rocha; Souza (2010), os quais realizaram um estudo reproduzido nos hospital das clínicas durante dois anos, sendo possível observar que a maior região afetada por queimadura, independente do agente causal, foi a de membros superiores (19%), seguida por tórax (17%) e face (13%), corroborando os resultados do atual estudo, a saber: membros superiores (37,5%), tronco (25%) e face (12,5).

Guirro; Guirro (2007) relatam que uma das maiores preocupações do fisioterapeuta é a imobilização ocorrente da área lesionada (por parte do paciente) para

impedir o movimento em decorrência da dor. Isso resulta em uma acumulação ainda maior do edema na região, bem como na rigidez da articulação e na imobilidade dos tendões e músculos existentes na região queimada. Na presente pesquisa, notou-se déficit de força muscular em 40% dos indivíduos avaliados, assim como perda de mobilidade em várias articulações, comprometendo a sua funcionalidade.

A presente pesquisa identificou, através dos resultados obtidos, que os pacientes apresentaram deficiência moderada para transportar, mover e manusear objetos. Com isso, infere-se que tal achado é decorrente da prevalência de acometimento nas estruturas de braço e tronco. De acordo com o porte da queimadura, 40% dos descritos são médio queimado, podendo-se justificar o déficit encontrado pela perda de mobilidade de várias articulações (50%) e força de músculos isolados (40%). Além disso, o déficit de mobilidade de várias articulações e força muscular isolada pode sugerir um elevado percentual de pacientes que manifestaram dificuldade para a tarefa de transportar, mover e manusear objetos.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta pesquisa, observou-se um predomínio da faixa etária pediátrica de 0-12 anos, em pacientes do gênero masculino, com queimaduras de segundo e terceiro graus, decorrentes, principalmente, de chama direta, sendo a maioria médio queimado e estando em uso de ventilação espontânea no período de hospitalização.

Quanto à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), avaliando-se a função corporal, constatou-se maior comprometimento de várias articulações, bem como de força de músculos isolados. Com referência à estrutura do corpo, verificou-se um predomínio de afecção em braço e tronco, seguido de acometimento em face e perna, em igual proporção. Analisando-se o domínio atividade e participação, notou-se um maior déficit para a realização de tarefas como transportar, mover e manusear objetos. E quanto aos fatores ambientais, todos os pacientes que perfizeram a amostra faziam uso de medicação analgésica (opióides) de horário, constituindo este fármaco um facilitador.

Em se tratando dos qualificadores da CIF, foi predominante a deficiência moderada no primeiro qualificador para a atividade de transportar, mover e manusear objetos. No segundo qualificador, todos os pacientes avaliados compuseram a ausência parcial da estrutura analisada e o terceiro qualificador evidenciou semelhança entre a lateralidade do indivíduo.

Dessa forma, faz-se necessária a aplicação de um instrumento universal e padronizado, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, que codifique a mobilidade e a estrutura acometida, assim como as atividades realizadas e sua funcionalidade, além de se conhecer os fatores ambientais que possam interferir no processo de reabilitação do paciente, buscando melhor direcionamento para a caracterização funcional do paciente.

Em decorrência da escassez de estudos nacionais e internacionais sobre a CIF em pacientes queimados, bem como sua importância científica e clínica, sugere-se que sejam realizados futuros estudos em queimaduras, a fim de estabelecer *Core Sets* específicos para a unidade de queimados.

SOBRE OS AUTORES

1. Fisioterapeuta graduado pela Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil;

2. Professora Assistente I e supervisora do estágio Prática Clínica Supervisionada I, fisioterapeuta do Serviço Pediátrico do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), especialista em Fisioterapia Neurofuncional pela Universidade Gama Filho (RJ), mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. L. L. et al. Análise dos pacientes queimados com sequelas motoras em um hospital de referência na cidade de Fortaleza-CE. **Rev Bras Queimaduras.** 2010; v.9, n.3, p.89-94.

ESPINDULA, A. P; ROCHA, L. S. M; ALVES. M. O. Perfil de pacientes queimados do Hospital das clínicas: uma proposta de intervenção com escolares. **Rev Bras Queimaduras.** 2013; v.12, n.1, p.6-21

FREITAS, M. S. et al. Características epidemiológicas dos pacientes com queimaduras de terceiro grau no Hospital de Urgências de Sergipe. **Rev Bras Queimaduras.** v.14, n.1, Jan/Fev/Mar de 2015.

FONTES, A. P. et al. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev Port Saúde Pública.** 2010; v.28, n.2, p.171-178.

GIMENES, G. A. Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Rev Bras Queimaduras.** 2009; v.8, n.1, p.14-7.

GUIRRO, E, GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional; fundamentos, recursos e patologias.** Barueri, SP: Manole, 2007.

MACEDO, J. L. S.; SANTOS, J. B. Complicações infecciosas em pacientes queimados. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.** 2006; v.21, n.2, p.108-11.

MACHADO, T. H. S. et al. Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral do Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. **Rev Bras Queimaduras.** 2009; v.8, n.1, p.3-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ROCHA, M. S; ROCHA, E. S; SOUZA, J. P. C. Fisioterapia em queimados: uma pesquisa bibliográfica acerca dos principais recursos fisioterapêuticos e seus benefícios. **Revista Tema**, v.9, n. 13/14, 2010.

SCHNIEDERT, M. et al. Who's ICF and functional status information in health records. **Health Care Financing Review**, 2003, n.24, p.77-88.

SILVA, G. P. F. et al. 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; v.9, n.1, p.7-10.

SOUSA, J. **Mais qualidade de vida para pessoas com deficiências e incapacidades, uma estratégia para Portugal.** Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), Vila Nova de Gaia, 2007.

SOUZA, T. T.; SANTOS, R. T.; OLIVATTO, R. M. Treinamento muscular respiratório em lesão inalatória: relato de caso. **Rev Bras Queimaduras,** 2009, n.3, v.8, p.110-114.

VALE, A. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): conceitos, preconceitos e paradigmas. **Acta Pediátrica Portuguesa,** 2009.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,_____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes, por intermédio dos alunos Gustavo Emílio Menezes Coria e Lucas Abade Mozini Duarte, devidamente assistidos pela sua orientadora Aida Carla Santana de Melo Costa, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-TÍTULO DO EXPERIMENTO: Perfil funcional segundo a classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em pacientes queimados atendidos em hospital público.

2-OBJETIVO GERAL: Traçar um perfil funcional do paciente queimado através da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

3-DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS: Como instrumento de avaliação, será utilizada uma ficha com dados sócio-demográficos dos pacientes inseridos na pesquisa, sendo estes submetidos também a uma avaliação da capacidade funcional com base na Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF). A CIF aborda os seguintes variáveis: Funções do Corpo, Estrutura do Corpo, Atividade e Participação e Fatores Ambientais. Para este estudo, serão investigadas as Funções do Corpo através dos itens Mobilidade das Articulações, Estabilidade Articular, Força e Resistência Muscular. Em se tratando da Estrutura do Corpo, serão analisadas todas as áreas acometidas pela queimadura em cada paciente do estudo, como cabeça e pescoço, ombro, braço e cotovelo, antebraço e punho, mão, dedos e pelve.

4- BENEFÍCIOS: Espera-se que os resultados desta pesquisa constatem os benefícios da CIF como instrumento de análise padronizada do paciente queimado, através do Protocolo de Avaliação e Tratamento estabelecido pelas pesquisadoras. Com isso espera-se traçar um perfil desses pacientes admitidos na unidade de tratamento em queimados.

5- INFORMAÇÕES: Os participantes têm a garantia de que receberão respostas e esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida sobre a pesquisa ou assuntos relacionados à pesquisa. Além disso, após conclusão da pesquisa os resultados da mesma serão divulgados aos participantes.

7-RETIRADA DO CONSENTIMENTO: O voluntário tem a liberdade de deixar de participar do estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento. Isto não acarretará danos ou constrangimento ao voluntário.

8-ASPECTO LEGAL: Esta pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

9-CONFIABILIDADE: Os voluntários terão direito à privacidade. Logo, dados pessoais do participante não serão divulgados (identidade: nomes e sobrenomes). Somente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que os nomes dos voluntários serão registrados. Esta medida possibilitará que os resultados obtidos sejam divulgados em eventos e publicações científicas.

10-QUANTO À INDENIZAÇÃO: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário e comprovado por meios legais.

ATENÇÃO:A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, 79-32182206.

Aracaju, _____de _____de 20___.

_____

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

_____

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO 1

CIF

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Organização Mundial da Saúde

Direcção-Geral da Saúde

Lisboa
2004