



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Fernanda Koerich

**ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA
ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

Florianópolis

2024

Fernanda Koerich

**ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA
ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Orientadora: Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo

Florianópolis

2024

Koerich, Fernanda

ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA
ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO /
Fernanda Koerich ; orientadora, Maria Elena Echevarría
Guanilo, 2024.

100 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem . 3. Queimaduras. 4.
Cuidados. I. Echevarría Guanilo, Maria Elena . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Fernanda Koerich

**ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA
ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 10 de dezembro de 2024

Prof. Dra. Margarete Maria de Lima
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Prof. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo
Orientadora

Banca examinadora:

Enfa. Profa. Dra. Natália Gonçalves
Universidade Federal de Santa Catarina

Enfa.Ma. Clarice da Luz Koerich
Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Enfa.Mestranda Nataniele Kmentt da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina

**Florianópolis
2024**

Dedicatória

Dedico este trabalho em especial, aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio e incentivo que sempre guiaram minha trajetória acadêmica. Estendo essa dedicatória a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu desenvolvimento e formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Carlito e Maria, e também a minha irmã Rita, expresso minha eterna gratidão pelo amor, compreensão e incentivo incondicional. Vocês foram meu porto seguro nos momentos difíceis, e sem esse apoio nada disso seria possível.

À minha orientadora, Pra. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo, por sua paciência, dedicação e apoio ao longo de todo o processo e por torná-lo mais leve. Seu conhecimento, empatia e paixão pelo seu trabalho são fontes de inspiração para mim.

Deixo aqui um agradecimento especial à Pra Dra. Valéria de Cássia Sparapani, que me proporcionou a oportunidade de participar como bolsista no Grupo de Estudos e Educação em Diabetes Infantil (GEEDI) por quase dois anos. Essa experiência não apenas enriqueceu minha formação acadêmica, mas também para o meu crescimento pessoal.

À todos os laços de amizade que conquistei ao longo desses cinco anos, em especial Ana e Luiza, que desde o início estiveram ao meu lado.

Por fim, agradeço a mim mesma, pelo esforço e dedicação e por não ter desistido mesmo diante de dificuldades.

RESUMO

Introdução: Anualmente, as queimaduras afetam aproximadamente 11 milhões de indivíduos em todo o mundo, com cerca de 180.000 desses casos resultando em óbito. A dificuldade de acesso ao tratamento, torna este evento um grande desafio. **Objetivo:** Conhecer a trajetória no atendimento na rede de atenção à saúde de pessoas que sofreram queimaduras, bem como desafios, facilidades e dificuldades do tratamento e recuperação. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza descritiva e observacional. Foram incluídas na amostra pessoas adultas, acima de 18 anos de idade, que sofreram queimaduras, atendidas no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), no ambiente hospitalar ou ambulatorial em 2022 e nos anos subsequentes. Foram realizadas entrevistas em ambiente virtual, por meio dos aplicativos WhatsApp® e Google® Meet. A coleta de informações foi efetuada a partir de um instrumento que contempla informações relacionadas à caracterização dos participantes e o roteiro da entrevista. A análise dos dados seguiu a abordagem de análise de conteúdo definida por Bardin: 1) Pré-análise, 2) Exploração do material e 3) Processamento dos resultados. **Resultados:** Participaram do estudo dez indivíduos, sendo cinco homens e cinco mulheres, com idade entre 18 à 69 anos e procuraram tratamento na Rede de Atenção à Saúde. Da análise dos relatos, emergiram duas categorias onde foram organizados os diversos apontamentos sendo divididos em: Facilitadores e Dificultadores. **Considerações Finais:** A diversidade de perspectivas apresentadas e pontos identificados, destaca a complexidade deste cenário e destaca as disparidades relacionadas ao acesso à saúde e continuidade do cuidado da pessoa com queimadura, além de evidenciar problemas de cunho estruturais e técnicos presentes nos diferentes pontos da rede.

Palavras-chave: Enfermagem. Queimaduras. Cuidados.

ABSTRACT

Introduction: Annually, burns affect approximately 11 million individuals worldwide, with about 180,000 of these cases resulting in death. The difficulty in accessing treatment makes this condition a significant challenge. **Objective:** To understand the healthcare journey within the health care network for people who have suffered burns, including the challenges, facilitators, and barriers in treatment and recovery. **Method:** This is a qualitative study, descriptive and observational in nature. The sample included adult individuals over 18 years old who suffered burns and were treated at the Professor Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH) in hospital or outpatient settings in 2022 and subsequent years. Interviews were conducted virtually through the WhatsApp® and Google® Meet applications. Data collection was carried out using an instrument that included information related to participant characterization and the interview script. Data analysis followed the content analysis approach defined by Bardin: 1) Pre-analysis, 2) Material exploration, and 3) Processing of results. **Results:** Ten individuals participated in the study, comprising five men and five women, aged between 18 and 69 years, who sought treatment within the Health Care Network. From the analysis of the narratives, two categories emerged, organizing the various findings into: Facilitators and Barriers. **Final Considerations:** The diversity of presented perspectives and identified points highlights the complexity of this scenario and underscores disparities related to access to healthcare and continuity of care for burn patients. Additionally, it reveals structural and technical issues present across different points of the network.

Keywords: Nursing. Burns. Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação da queimadura de acordo com a profundidade das lesões	20
Figura 2 – Representação esquemática da Regra dos Nove para adultos, para crianças e para bebês	22
Figura 3 – Representação esquemática do Método de Lund e Browder	23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das categorias, subcategorias e itens	33
Quadro 1 – Caracterização dos Participantes	41
Quadro 2 – Caracterização das Queimaduras	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINEs – Anti-Inflamatórios Não Esteroidais
APS – Atenção Primária à Saúde
ATLS – Advanced Trauma Life Support
CEPSH – Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREQ – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CTQ – Centro de Tratamento de Queimados
DNA – Ácido Desoxirribonucleico
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GM/MS – Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
GEP – Unidade de Gestão e Pesquisa
HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão
HU-UFSC – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IA – Inteligência Artificial
IRA – Insuficiência Renal Aguda
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SBQ – Sociedade Brasileira de Queimaduras
SC – Santa Catarina
SCQ – Superfície Corporal Queimada
SCTA – Superfície Corporal Total Atingida
SF – Soro Fisiológico
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTQ – Unidade de Tratamento de Queimaduras

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	QUEIMADURAS	18
3.1.1	Definição	18
3.1.2	Fisiopatologia	18
3.1.3	Classificação	19
3.1.4	Estimativa da extensão da lesão	20
3.1.5	Gravidade	23
3.2	TRATAMENTO	23
3.3	ASSISTÊNCIA À PESSOAS COM QUEIMADURA NO CONTEXTO DO SUS	25
4	MÉTODO	28
4.1	TIPO DE ESTUDO	28
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO	28
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.4	COLETA DE DADOS	30
4.4.1	Técnica de Coleta de dados	31
4.4.2	Instrumentos de Coleta de dados	32
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	32
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	34
5	RESULTADOS	36
5.1	MANUSCRITO: ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada do paciente	90
APÊNDICE C – Instrumento de Caracterização da Amostra	91
ANEXO A – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)	93
ANEXO B – Parecer do CEPESH/UFSC	94
ANEXO C – Carta de anuência GEP/HU-UFSC/Ebserh	98

1 INTRODUÇÃO

Anualmente, cerca de 11 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem queimaduras, com aproximadamente 180.000 casos fatais, destacando-se como um desafio significativo de saúde pública, especialmente em países de baixa e média renda (OMS, 2018; Alemayehu, et al, 2020). No Brasil, estima-se que um milhão de queimaduras sejam registradas anualmente, das quais 100 mil necessitam de assistência hospitalar, 40 mil internações e 2.500 mortes por ano (Costa, 2022).

As queimaduras são lesões traumáticas de natureza complexa que afetam a pele e estruturas adjacentes, podendo acometer qualquer pessoa, em diversos contextos. As causas incluem fricção, exposição a temperaturas extremas (frio e calor), radiação, produtos químicos e eletricidade, sendo os líquidos quentes (escaldaduras), objetos ou metais aquecidos e o fogo as fontes mais frequentes (Jeschke et al., 2020; SBQ, 2021).

De acordo com Kim e Drew (2022), os principais fatores que determinam a gravidade das queimaduras são a superfície corpórea total afetada, a extensão e a profundidade das lesões. Embora a avaliação desses elementos seja desafiadora, sua realização é indispensável, pois reflete o impacto fisiológico da lesão e é determinante para a escolha do tratamento e no local mais indicado para o atendimento. A extensão da lesão e a porcentagem total de área queimada podem ser medidas utilizando a "regra dos nove", o método de Lound Browder ou o método palmar (Jeschke, et al., 2020).

Já a profundidade da queimadura determina seu grau ou espessura, sendo classificada em quatro categorias: queimadura de primeiro grau ou de espessura superficial, queimadura de segundo grau de espessura parcial superficial, queimadura de segundo grau parcial profunda, queimadura de terceiro grau ou de espessura profunda, e queimadura de quarto grau. Cada uma dessas categorias apresentam características e prognósticos específicos (Schaefer e Szymanski, 2023).

Além das consequências locais, as queimaduras desencadeiam uma complexa resposta inflamatória sistêmica, capaz de impactar todo o organismo (Korkmaz et al, 2023). As principais complicações incluem infecções, sepse, hipotermia, choque hipovolêmico, contração excessiva do tecido devido à cicatrização inadequada e comprometimento na função dos membros e na percepção da imagem corporal (Smeltzer; Bare, 2005; Shpichka et al, 2019).

As queimaduras são uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Elas são traumas altamente debilitantes e desfigurantes, com ampla variação na gravidade, muitas vezes resultando em sequelas funcionais de longa duração ou permanentes, além de impactos

psicológicos e sociais (OMS, 2018; Aiquoc et al., 2019). Esses efeitos são influenciados por fatores como a causa da queimadura, a presença de lesão por inalação, a extensão da área afetada, o tempo decorrido até o atendimento e a qualidade do cuidado recebido (OMS, 2018; Newberry et al, 2019).

Nesse contexto, a recuperação de uma pessoa que sofreu queimaduras, especialmente no caso de grandes queimados é uma jornada longa e complexa, que vai além do tratamento das feridas, englobando aspectos clínicos, psicológicos, sociais e econômicos, fazendo com que ele caminhe por vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (Souza; Nogueira; Campos, 2018; Kim e Drew, 2022; Jeschke et al, 2020).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental em toda a complexa trajetória de atenção à pessoa com queimadura, do momento inicial do atendimento até a fase de reabilitação, concentrando suas ações na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida do indivíduo (Sousa et al, 2021; Aiquoc et al, 2019). A qualidade dos cuidados prestados, principalmente aqueles efetuados nas primeiras horas após a queimadura, são extremamente importantes, impactando significativamente na redução dos riscos de mortalidade, na evolução clínica do paciente queimado e nos resultados a longo prazo (Viana et al, 2020; Carlucci et al., 2007).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal prestador e administrador dos cuidados a esses indivíduos (Souza; Nogueira; Campos, 2018; Brasil, 2022). No ano 2000, foram estabelecidas as Redes de Assistência a Queimados, com o objetivo de criar diretrizes e mecanismo para a efetivação desses cuidados (Ferreira et al, 2022). Nesse contexto, a Portaria GM/MS nº 1.273 de novembro de 2000 delineou a organização das Redes Estaduais de Assistência a Queimados no Brasil, que compreendem Centros Especializados em Assistência ao Queimado e Hospitais Gerais de Referência (Brasil, 2000).

Além disso, a Portaria GM/MS Nº 1.274, de 22 de novembro de 2000, incorporou procedimentos relacionados ao tratamento de queimaduras à tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2000). Em 2010, a Portaria 4.270/2010 promoveu uma reestruturação do SUS, adotando o modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são uma estratégia para superar a fragmentação na atenção e gestão nas Regiões de Saúde, otimizando a estrutura político-institucional do SUS para assegurar que os usuários recebam, com eficácia e eficiência, as ações e serviços necessários (Brasil, 2010). Os Centros Especializados em Assistência ao Queimado devem contar com instalações e equipamentos adequados, além de pessoal qualificado para oferecer cuidados integrais. Os Hospitais Gerais de Referência devem estar

preparados para o primeiro atendimento, cuidados ambulatoriais e internação de pessoas com queimaduras (Brasil, 2000).

O Brasil dispõe de 47 Centros de Referência em Assistência a Queimados de Alta Complexidade e 38 Centros de Referência em Assistência a Queimados de Média Complexidade, distribuídos de forma heterogênea pelo território nacional (Brasil, 2023). No Estado de Santa Catarina (SC) existem três Centros de Tratamento de Queimados (CTQs): o Hospital São José, em Joinville, e o Hospital Tereza Ramos, em Lages, que são referências no atendimento a adultos com queimaduras de alta complexidade; e o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), em Florianópolis, especializado no atendimento a bebês, crianças e adolescentes que sofreram queimaduras. Além disso, Santa Catarina conta com 199 hospitais gerais, entre os quais o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), localizado na cidade de Florianópolis (SBQ, 2023; Brasil, 2023).

A existência de lacunas no conhecimento sobre o atendimento a pessoas com queimaduras compromete a qualidade da assistência, podendo resultar em condutas inadequadas e desfechos desfavoráveis. Essas limitações dificultam a definição correta das etapas do cuidado e comprometem o direito à integralidade da atenção (Paz et al., 2024; Cardoso et al., 2022).

Nesse sentido, a elaboração desta pesquisa se justifica pela necessidade de compreender as experiências de pessoas que sofreram queimaduras no contexto da Rede de Atenção à Saúde, para identificar desafios e facilidades enfrentadas no tratamento. Ao investigar essas trajetórias, a pesquisa busca revelar lacunas nos serviços, melhorar a comunicação entre profissionais e usuários, e promover a capacitação de equipes de saúde. Além disso, ao permitir que os participantes compartilhem suas vivências e sentimentos, o estudo contribuirá para práticas de atendimento mais humanizadas e eficazes, beneficiando não apenas os profissionais de saúde, mas também outros usuários em situações semelhantes, promovendo um sistema de saúde mais justo e responsivo.

Assim, pretende-se responder à seguinte questão norteadora: quais são os desafios relatados por pessoas que sofreram queimaduras e foram atendidas na rede de atenção à saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a trajetória das pessoas que sofreram queimaduras atendidas na rede de atenção à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os desafios apresentados por pessoas que sofreram queimaduras para iniciar o atendimento na rede de atenção à saúde.
- Identificar as facilidades e dificuldades apresentadas por pessoas que sofreram queimaduras durante o tratamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a temática e fornecer sustentação teórica para o presente estudo, foi realizada uma revisão da literatura. A busca foi conduzida em bases de dados eletrônicas, incluindo a Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED/MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Scholar. Além disso, foram consultadas as revistas *BURNS* e *Revista Brasileira de Queimaduras* (RBQ), especializadas na temática. Os descritores, palavras-chave e operadores booleanos utilizados foram: “queimaduras AND atenção à saúde”, “queimaduras AND tratamento”, “queimaduras AND reabilitação”, “Sistema Único de Saúde”, “burns injuries” e “burns AND therapeutics”.

O conteúdo foi organizado em três seções: 1) Queimaduras; 2) Tratamento; 3) Assistência a pessoas com queimaduras no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1 QUEIMADURAS

3.1.1 Definição:

A pele é o maior órgão do corpo humano e atua como uma barreira protetora, revestindo o corpo e isolando as estruturas internas do ambiente externo. Dessa forma, contribui para a manutenção da integridade do organismo e garantia da estabilidade e o funcionamento adequado do corpo humano (Bernardo, Santos, Silva, 2019; Smeltzer e Bare, 2005). As queimaduras são lesões traumáticas que comprometem diferentes estruturas orgânicas, principalmente a pele. As características das lesões variam, assim como a gravidade e impacto fisiológico provocado, especialmente quando combinadas com lesões por inalação e traumas a outros órgãos (Smeltzer e Bare, 2005; Kim e Drew, 2022).

3.1.2 Fisiopatologia

Compreender a fisiopatologia desencadeada pela lesão e o processo de cicatrização, bem como realizar uma avaliação completa da pessoa acometida por queimaduras, é fundamental para definir o tratamento que trará melhores resultados (Korkmaz et al, 2023). A lesão por queimadura provoca alterações locais e sistêmicas ao organismo (Smeltzer; Bare, 2005).

As queimaduras não são lesões homogêneas e a resposta local, desencadeada pelo dano direto ao tecido logo após a queimadura, apresenta três zonas distintas. A primeira é a **Zona de Coagulação ou zona de necrose**, a área interna e de maior dano, onde ocorre morte celular

devido à desnaturação das proteínas pelo calor. A segunda é a **Zona de Estase**, localizada ao redor da zona de coagulação, caracterizada pela redução da perfusão tecidual e inflamação. Por fim, a mais externa é a **zona de hiperemia**, marcada por vasodilatação e aumento da perfusão, apresentando lesões mínimas e potencial de recuperação completa.

A cicatrização de lesões por queimadura evolui em três fases distintas.

1. **Fase inflamatória:** inicia imediatamente após a queimadura e dura de três a seis dias. O objetivo do organismo nesta etapa é limitar o dano tecidual e iniciar a cascata de sinais necessários para reparar a ferida. Neutrófilos e monócitos são recrutados para o local da lesão através da vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular localizada.
2. **Fase proliferativa:** Segue a fase inflamatória e é caracterizada pela ativação de queratinócitos e fibroblastos por citocinas e fatores de crescimento. Esta fase dura aproximadamente três semanas e objetiva o restabelecimento da perfusão vascular do local e a formação de tecido de granulação.
3. **Fase de maturação e reparação:** Esta fase pode se estender por meses a anos. Durante esta fase, ocorre a deposição de colágeno e elastina, transformando continuamente os fibroblastos em miofibroblastos. O equilíbrio entre a contração dos miofibroblastos e a revitalização determina a qualidade, flexibilidade e extensão da cicatriz.

A cicatrização ideal depende de células derivadas da medula óssea e do equilíbrio entre mediadores inflamatórios para que seja restaurada a barreira cutânea e devolvida a funcionalidade da pele. Porém, as queimaduras induzem um estado pró-inflamatório intenso, hipermetabolismo e coagulopatia. Esses efeitos resultam da resposta sistêmica que, através de uma série de mecanismos, busca conter a lesão, mas pode causar danos adicionais ao organismo. As alterações induzidas pela queimadura são metabólicas, respiratórias, cardiovasculares, infecciosas, podem provocar sepse e complicações. Essas alterações prejudicam a cicatrização, resultando em cicatrizes anormais, como cicatrizes hipertróficas ou queloides, que são ativas, vermelhas, pruriginosas, dolorosas e desfigurantes (Miranda et al, 2021; Lang *et al*, 2019).

3.1.3 Classificação

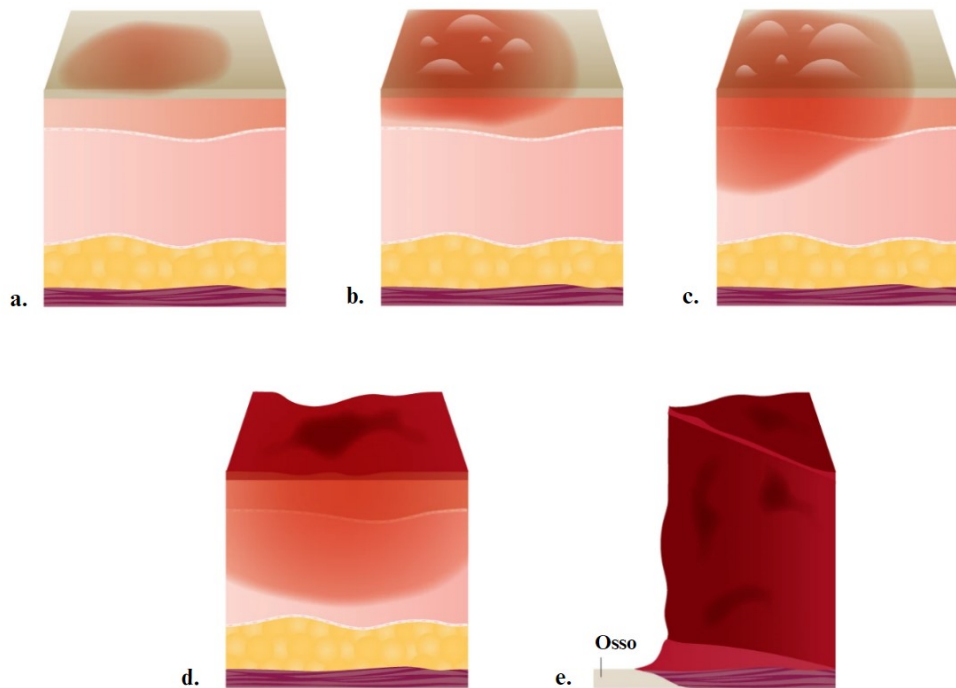
3.1.3 Quanto ao agente causador

As queimaduras podem ter diferentes causas. As queimaduras térmicas originam-se do calor ou do frio, incluindo líquidos e sólidos ferventes, frio intenso, chamas, vapor, objetos aquecidos, geada e neve. As queimaduras químicas resultam da exposição a produtos corrosivos

como álcool, gasolina, bases e ácidos. As queimaduras elétricas são provocadas por raios ou corrente elétrica; as queimaduras ionizantes ou por radiação ocorrem devido à exposição a fontes como raios solares, raios X, ultravioleta ou nucleares. As queimaduras biológicas são causadas por animais e plantas, como urtigas, látex, águas-vivas, lagartas e medusas; as queimaduras por atrito ou fricção; e as queimaduras inalatórias (Jeschke, *et al.*, 2020).

3.1.3 Quanto a profundidade das lesões

A classificação das queimaduras quanto à profundidade determina o grau ou espessura da lesão, sendo classificada em quatro categorias distintas, conforme ilustrado na figura 1.



Fonte: Jeschke, *et al.*, 2020.

Figura 1. Classificação da queimadura de acordo com a profundidade da lesão. (a. Queimadura de primeiro grau ou de espessura superficial; b. Queimadura de segundo grau de espessura parcial superficial; c. Queimadura de segundo grau parcial profunda; d. Queimadura de terceiro grau ou de espessura profunda; e. queimadura de quarto grau).

As queimaduras de **espessura superficial** ou de **primeiro grau** afetam apenas a epiderme. Geralmente são de natureza benigna, apresentam rubor e a dor sentida tem duração limitada, não formam bolhas, o processo de cicatrização ocorre sem deixar marcas e não necessitam de intervenção cirúrgica.

As queimaduras de espessura parcial ou de **segundo grau** envolvem a destruição completa da epiderme e pode comprometer em graus variados da camada dérmica. Elas são classificadas em dois subtipos:

- Queimaduras de **segundo grau de espessura parcial superficial** - apresentam comprometimento leve a moderado da derme, sem atingir os folículos capilares e as glândulas sudoríparas. A pele afetada fica úmida, avermelhada e bastante dolorosa devido à irritação das terminações nervosas e sensores de dor que resistem ao insulto térmico. Há formação de bolhas, e a lesão requer curativos e cuidados, podendo deixar cicatrizes, mas não necessitam de cirurgias.
- Queimaduras de **segundo grau de espessura parcial profunda** - apresentam destruição total da derme e de grande parte da derme, alcançando os anexos cutâneos. As lesões são pálidas, menos úmidas e apresentando menor intensidade de dor em comparação com as queimaduras de espessura parcial superficial devido a destruição parcial dos receptores de dor. Requerem intervenção cirúrgica e costumam deixar cicatrizes. Em áreas específicas, pode ser necessário o uso de enxertos de pele para prevenir sequelas (Jeschke, *et al.*, 2020; SBQ, 2021).

Já na queimadura de **espessura total** ou de **terceiro grau** ocorre a destruição tanto da epiderme quanto da derme, podendo, em alguns casos, atingir o tecido subcutâneo. A pele afetada costuma apresentar coloração variável, de pálida a avermelhada ou preta, inelástica, ressecada e adquire uma textura endurecida, semelhante ao couro. Dependendo do dano aos nervos periféricos locais, pode ocorrer redução ou extinção da sensibilidade. Não costuma ser dolorosa devido a danos nas terminações nervosas, requer cuidados específicos para prevenir infecções. Deixam cicatrizes e requerem tratamento cirúrgico, a não ser que a lesão seja muito pequena. Lesões menores podem gerar cicatrizes pronunciadas e/ou contraturas, enquanto lesões extensas de espessura total podem exigir enxertos de pele (Jeschke, *et al.*, 2020; SBQ, 2021).

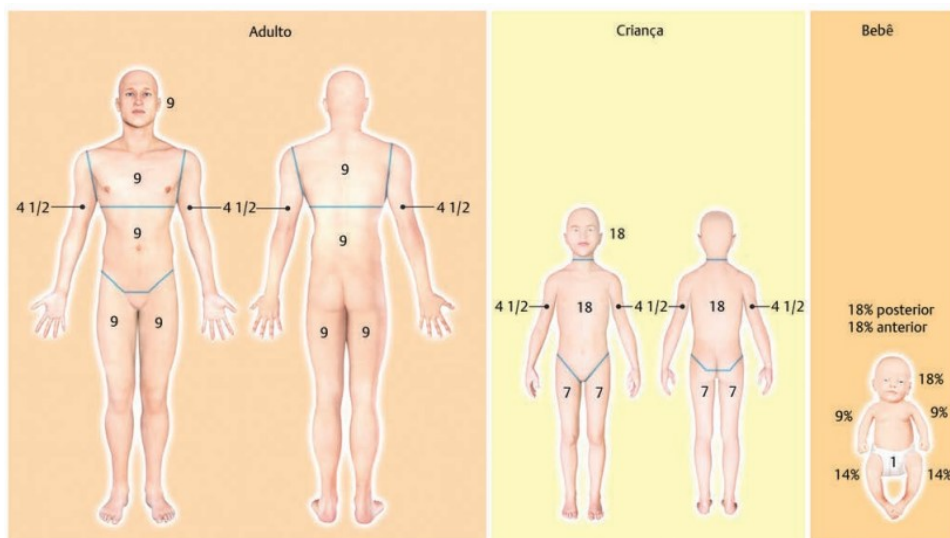
A queimadura de **quarto grau** envolve lesões que atingem tecidos mais profundos, envolvendo o comprometimento de músculos e ossos. A lesão apresenta regiões de necrose, indicando a morte do tecido afetado, e, em muitos casos, pode levar à perda da parte queimada. Esse grau de lesão por queimadura é complexo e requer cuidados intensivos, necessitando de procedimentos cirúrgicos complexos e reabilitação extensiva para lidar com as sequelas decorrentes das lesões profundas (Jeschke, *et al.*, 2020; SBQ, 2021).

3.1.4 Estimativa da extensão da lesão

As queimaduras também são classificadas de acordo com a extensão da área de superfície corporal afetada utilizando métodos que expressam em termos percentuais a extensão da lesão causada pela queimadura em relação à superfície corporal total. Os métodos mais

usados para calcular a porcentagem são a Regra dos Nove, o Método de Lund e Browder e o método da palma da mão do paciente. Em todos os métodos as lesões superficiais ou de primeiro grau são excluídas do processo de avaliação (Gemperli; Munhoz; Gomes, 2015).

O método mais utilizado é a **Regra dos Nove** (Figura 2) por ser mais prático, simples e aplicável em diversos cenários. Nesse método, a cada segmento do corpo humano é atribuída uma porcentagem correspondente a 9% da superfície corporal ou múltiplas dessa medida, e as palmas das mãos juntamente com os dedos representam aproximadamente 1% da área total do corpo (Domingues, Melo, Secati, 2023).

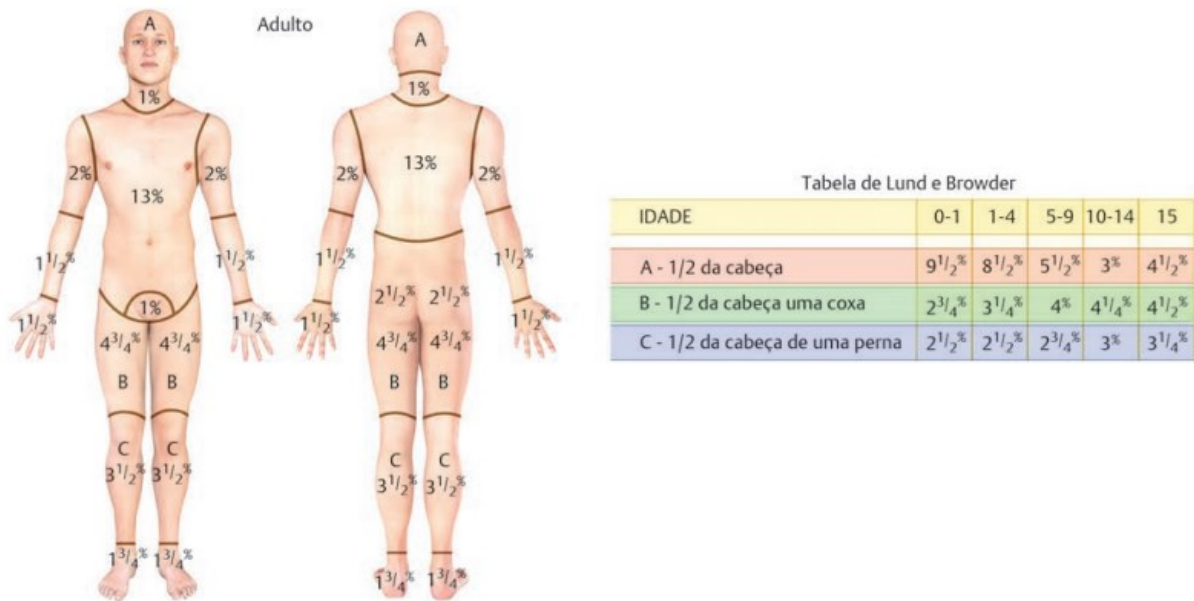


Fonte: Gemperli; Munhoz; Gomes, 2015.

Figura 2. Representação esquemática da Regra dos nove para adultos, para crianças e para bebês.

O **método de superfície palmar** utiliza a palma da mão do paciente como referência para estimar o tamanho das lesões. A área abrangida pela superfície da palma da mão, incluindo os dedos, representa aproximadamente 1% da área total da superfície corporal. Esse método é utilizado na avaliação de queimaduras de pequena extensão (inferiores a 15% da superfície total do corpo) ou queimaduras de grande magnitude (superiores a 85%, quando se leva em consideração a pele não afetada). No entanto, sua precisão é limitada quando aplicada para a mensuração de queimaduras de tamanho médio (Hettiaratchy; Papini, 2004).

O **método de Lund e Browder** (Figura 3) é considerado o método mais avançado, superando as limitações dos métodos da Regra dos Nove ou do Método Palmar, ao proporcionar uma estimativa precisa da área queimada em diversas faixas etárias e proporções corporais (Hettiaratchy; Papini, 2004).



Fonte: Gemperli; Munhoz; Gomes, 2015.

Figura 3. Representação esquemática do Método de Lund e Browder.

3.1.5 Gravidade

A classificação das queimaduras também pode ser realizada de acordo com a combinação dos parâmetros de extensão e profundidade das lesões, assim, determina-se a gravidade do paciente em pequeno, médio e grande queimado. Essa classificação é personalizada para cada paciente e alguns aspectos devem ser considerados, como a idade, comorbidades, profundidade e local da queimadura (Brasil, 2000).

Assim, a gravidade é determinada da seguinte forma: a pessoa classificada como pequeno queimado possui queimaduras de segundo grau em menos de 10% ou de terceiro grau em menos de 5% da superfície corporal queimada (SCQ); os médio queimado são aqueles com queimaduras de segundo grau em 10% a 25% da SCQ ou de terceiro grau em até 10% da SCQ, incluindo queimaduras na face, mãos ou pés; e, por fim, os grandes queimados possuem queimaduras de segundo grau em mais de 25% da SCQ ou de terceiro grau em mais de 10% da SCQ (Sousa et al., 2021).

3.2 TRATAMENTO

O tratamento de queimaduras é complexo, desafiador e prolongado, sendo ajustado conforme as características da lesão e as condições clínicas do paciente, abrangendo desde o tratamento das lesões até o manejo das complicações sistêmicas, que podem ser metabólicas, respiratórias, cardiovasculares e infecciosas (Silva et al, 2020). Segundo Rowan et al (2015), o tratamento de queimaduras tem evoluído significativamente nas últimas décadas, impulsionado pelo crescente interesse em pesquisa e desenvolvimento na área impactando positivamente no

cuidado prestado a pessoas com queimaduras. Esses progressos incluem o acompanhamento da cicatrização de feridas, o desenvolvimento de novas alternativas de enxertos e coberturas, o controle da inflamação, a otimização das necessidades nutricionais e terapias farmacológicas inovadoras. Como resultado desses esforços, a sobrevivência dos pacientes tem aumentado e o tempo de internação tem diminuído.

O primeiro passo na assistência a pessoas com queimaduras é interromper imediatamente o contato com o agente causador. A seguir, por se tratar de um trauma, a abordagem segue o protocolo do “Advanced Trauma Life Support” (ATLS), utilizando a metodologia mnemônica XABCDE. Primeiro, controla-se hemorragias (X) se as queimaduras estiverem associadas a traumas mecânicos; Em seguida, garante-se a preservação das vias aéreas (A), assegurando uma boa ventilação (B) e monitorando o padrão respiratório, lesões por inalação e queimaduras circulares no tórax, especialmente as de terceiro grau. Avalia-se a circulação (C) e estabelece-se um acesso venoso, preferencialmente periférico. A avaliação do estado neurológico (D) é importante, assim como a inspeção completa da superfície corporal (E), procurando lesões associadas, removendo adornos e restos de tecidos, estimando a superfície corporal total atingida (SCTA) para determinar a reposição de fluidos e também manter o controle térmico (Jeschke, et al., 2020).

Posteriormente a avaliação inicial, é realizada uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso para detectar traumas adicionais e a presença de comorbidades. São realizadas análises laboratoriais, incluindo hemograma completo, avaliação eletrolítica, perfil de coagulação e gasometria arterial em casos de queimaduras extensas e implementadas medidas de reposição volêmica, analgesia, sedação e antibioticoterapia. Adicionalmente, é verificada a situação vacinal e, se necessário, a pessoa é encaminhada para a vacinação contra tétano (Jeschke, et al., 2020; SBQ, 2021).

Em pessoas com mais de 20% da superfície corporal queimada, a reposição volêmica deve começar nas primeiras 24 horas após o acidente, seguindo a fórmula de Parkland. Metade do volume calculado deve ser administrado nas primeiras 8 horas e o restante nas 16 horas seguintes. Queimaduras de primeiro grau não entram no cálculo da reposição volêmica. A diurese do paciente precisa ser monitorada e mantida entre 0,5 a 1 ml/kg/hora. Para as queimaduras elétricas, também é necessário monitorar a atividade cardíaca (Jeschke, et al., 2020; SBQ, 2021).

A administração de bloqueadores dos receptores H2 é recomendada para a prevenção de úlcera por estresse, e a heparina subcutânea utilizada para evitar tromboembolismos. Para o manejo da dor, em pacientes pequenos e médios queimados, a primeira escolha são os

analgésicos administrados por via oral e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Enquanto que, em pacientes grandes queimados, os fármacos devem ser administrados por via intravenosa, sendo recomendado o uso de opioides para uma analgesia mais eficaz. (Cavalari Junior et al, 2023).

Após a estabilização do paciente e o manejo clínico inicial, o próximo passo é o manejo da ferida. Quanto a escolha dos curativos, segundo Nogueira et al (2022) deve ser feita por um profissional de saúde capacitado, considerando custo-benefício, duração do tratamento, dor do paciente e disponibilidade dos produtos na instituição.

Segundo Sena e Brandão (2021), entender as opções de coberturas disponíveis é essencial, pois acelera a recuperação do paciente, reduz os custos para a instituição e traz alívio à equipe assistencial, que se sente motivada ao ver a evolução positiva das lesões. Os cuidados no tratamento de queimaduras podem variar conforme o protocolo adotado, e o manejo adequado da ferida, a hidratação adequada e o alívio da dor ainda são bastante desafiadores (Vieira et al, 2024) . A substância mais comumente usada no tratamento das lesões é a prata, que ajuda a reduzir o risco de infecção e sepse, porém, requer trocas diárias que podem prejudicar a cicatrização (Souza et al, 2021; Araújo et al., 2022). Outra opção bastante usada são os ácidos graxos essenciais, como o linoleico e linolênico, estimula a epitelização em queimaduras de diferentes graus (Cavalari Junior et al, 2023).

O objetivo do tratamento cirúrgicos na ferida na fase aguda, até 72 horas após o incidente, é tratar as lesões, remover tecidos desvitalizados, realizar curativo adequado, proteger órgãos vitais, prevenir de danos adicionais e infecção, além de tratar áreas expostas e extremamente danificadas. Entre os procedimentos estão o desbridamento, escarotomia, fasciotomia e coberturas (Possamai et al., 2012).

Os efeitos tardios da queimadura relacionados a perda de tecido normal e cicatrização, são a limitação de movimento, dor, desfiguramento e problemas sociais. Nesse sentido, os tratamentos cirúrgicos reconstrutivos (essenciais/tardios) têm o intuito de cobrir a ferida, restaurar a função da área queimada e a estética. Os procedimentos incluem: fechamento primário, excisão e enxerto de pele, substitutos cutâneos, expansores de tecido, transferência de tecidos (Possamai et al.,2012).

3.3 ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM QUEIMADURA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, estabeleceu que a saúde é um direito de todos e uma responsabilidade do Estado. Assim, em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde do mundo, que oferece assistência integral a toda a população brasileira, incluindo desde cuidados preventivos e básicos até procedimentos cirúrgicos complexos. O SUS é fundamentado na universalidade, integralidade, equidade e participação social, com objetivo de garantir abordagem inclusiva e participativa na promoção da saúde (Castro et al., 2019; Paiva & Teixeira, 2014).

Até o ano 2000, não havia uma política nacional de assistência direcionada para pessoas com queimaduras. A falta de diretrizes claras sobre como tratar e encaminhar esses pacientes dificultava a prestação da assistência, comprometendo a sobrevivência daqueles mais gravemente afetados. Pessoas com esse tipo de lesão recebiam atendimento em qualquer hospital, gerando desafios técnicos e assistenciais (BRASIL, 2000).

Somente em 21 de novembro de 2000, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a Portaria GM/MS nº 1.273, que reestruturou significativamente a assistência às pessoas com queimaduras no país. Tal medida estabeleceu um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, integrado aos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Urgências e Emergências. Com foco na complexidade dos casos, a portaria destacou a necessidade de equipes multiprofissionais e métodos de tratamento específicos, assegurando uma estrutura de nível terciário e alta complexidade. O resultado foi a criação das Redes Estaduais de Assistência a Queimados, com a implementação de Centros Especializados em Assistência ao Queimado e a definição de Hospitais Gerais de Referência em cada estado, projetando um total de 68 centros de tratamento de queimados em todo o território nacional (BRASIL, 2000).

Alinhada a Portaria GM/MS nº 1.273, a Portaria GM/MS nº 1.274 publicada em 22 de novembro de 2000 pelo MS, modificou a tabela de procedimentos do SUS, incorporou procedimentos relacionados ao tratamento de indivíduos com queimaduras. A nova tabela entrou em vigor no início de 2001 e as inclusões feitas simplificaram a padronização, o registro e a gestão eficiente dos recursos destinados ao cuidado do queimado, promovendo uma abordagem mais organizada e eficaz no tratamento deste público em específico desde o atendimento inicial até o acompanhamento pós-alta hospitalar, incluindo o pagamento dos procedimentos de curativos e outras ações de reabilitação (Brasil, 2000).

Atualmente, o Brasil possui 57 Centros Especializados no Tratamentos de Queimados, distribuídos de forma heterogênea por todo território nacional. Três Centros Especializados no Tratamento de Queimados estão localizados em Santa Catarina (SC) local do presente estudo. O Hospital Municipal São José, em Joinville, e o Hospital e Maternidade Tereza Ramos, em

Lages, atendem adultos e idosos com queimaduras e o Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, é especializado no cuidado de crianças e adolescentes com queimaduras (SBQ, 2023). Adicionalmente, SC conta com 199 estabelecimentos cadastrados como Hospitais Gerais, incluindo o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, localizado em Florianópolis (Brasil, 2023).

Porém, o tratamento de pessoa com queimaduras é longo e complexo, estendendo-se além do período de internação hospitalar. A Portaria 4.270/2010 representou um marco na reestruturação do SUS ao introduzir as Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando superar a fragmentação dos serviços e melhorar a integração e coordenação da assistência à saúde em todos os níveis, desde a atenção primária até a especializada e hospitalar. As RAS buscam oferecer cuidados contínuos e abrangentes, centrados no usuário, em consonância com os princípios do SUS, com ênfase na qualidade, eficiência, humanização e equidade no acesso. Suas características incluem conexões horizontais entre os diversos níveis de assistência, com a Atenção Primária à Saúde (APS) como ponto central de coordenação e entrada no sistema, consideração das necessidades de saúde da população, responsabilidade na prestação de cuidados, prática de cuidados multiprofissionais e compartilhamento de metas. Na assistência a pessoas com queimaduras, as RAS facilitam o acesso a diferentes níveis de cuidado, garantindo tratamento integrado e de qualidade, considerando não apenas a lesão, mas a saúde geral do paciente (Brasil, 2010; Mendes, 2011; Arruda et al, 2015).

Segundo Hagy, Candido e Soler (2020), essas pessoas necessitam de atenção contínua e uma rede de apoio composta por familiares, amigos e profissionais de diferentes áreas. Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a enfermagem desempenha um papel fundamental na atenção a esses pacientes, estando presente em todos os pontos da rede. Nesse contexto, as responsabilidades do enfermeiro incluem abordagem integradora e interativa, abrangendo não apenas o tratamento da lesão física, mas também o atendimento das necessidades emocionais, sociais e psicológicas dos pacientes. Adicionalmente, eles fornecem orientações em saúde, capacitando os pacientes e suas famílias, incentivando sua participação ativa no processo de recuperação e reabilitação (Backes et al, 2012).

4 MÉTODO

Esta seção descreve o percurso metodológico adotado para alcançar os objetivos da pesquisa, com base no *Checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (ANEXO A), que oferece diretrizes importantes para pesquisas qualitativas, auxiliando na estruturação e na transparência do estudo (Tong, Sainsbury e Crayg, 2007).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritiva e observacional. A pesquisa qualitativa permite uma compreensão ampliada da realidade de grupos, fornecendo uma representação aproximada da situação vivenciada. Esse tipo de abordagem envolve análise crítica, interpretação e argumentação, permitindo ao pesquisador explorar aspectos que vão além do mensurável e escapam do possível (Soares, 2019).

A pesquisa descritiva é um método de investigação que busca fornecer uma descrição detalhada das características de uma determinada população ou fenômeno, além de estabelecer relações entre variáveis. A abordagem descritiva utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados para garantir a precisão e consistência das informações obtidas. Essas técnicas são projetadas para permitir o estudo das características de um grupo em estudo, a exploração de opiniões, de atitudes e crenças, bem como a identificação de associações entre variáveis e outros aspectos de interesse (Gil, 2019).

Na pesquisa observacional, o pesquisador não interfere, limitando-se a observar e registrar o que acontece ou aconteceu. Esse método visa alcançar uma compreensão aprofundada e objetiva dos fenômenos naturais ou do comportamento humano, dentro de seu contexto real (Gil, 2019).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo teve como cenário de coleta de dados o HU-UFSC/EBSERH, uma vez que o número de participantes foi formado a partir de pessoas que requeriam atendimento por queimaduras em regime de internação hospitalar ou ambulatorial nesta instituição. Posteriormente, buscou-se incluir pessoas indicadas por participantes anteriores, independentemente da instituição de saúde em que foram atendidas; no entanto, apenas uma pessoa fez uma indicação, e o contato sugerido não consentiu em participar da pesquisa.

O HU-UFSC/EBSERH é referência no estado e o único hospital federal de Santa Catarina, prestando assistência à saúde da população exclusivamente pelo SUS. A instituição iniciou suas atividades em 2 de maio de 1980, com as unidades de Clínica Médica e Clínica Pediátrica e seus respectivos ambulatórios. Em 1983, foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto, e a maternidade foi inaugurada em 1996 (Ministério da Educação, 2020).

Nos anos seguintes, o atendimento ambulatorial cresceu e se consolidou, permitindo que o Hospital Universitário completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia. O serviço de Emergência atende continuamente adultos e crianças em áreas distintas, registrando uma média de 400 pacientes por dia. A alta demanda reflete as dificuldades da população em acessar atendimento nos Postos de Saúde e Unidades Municipais/Estaduais, posicionando o HU-UFSC como um centro de atendimento público e gratuito, com elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado e alta resolutividade (Ministério da Educação, 2020).

O HU-UFSC/EBSERH é uma referência estadual em patologias complexas, tanto clínicas quanto cirúrgicas, com uma significativa demanda nas áreas de câncer e cirurgias de grande porte, abrangendo diversas especialidades (Ministério da Educação, 2020).

A partir de 2016, a administração do HU/UFSC passou para responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (ME), criada em 2011. A Ebserh tem como objetivo modernizar a gestão da estrutura administrativa, incluindo em seu organograma a Superintendência e três gerências: ensino e pesquisa, atenção à saúde e administrativa (Ministério da Educação, 2020).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram incluídos na amostra pessoas adultas, acima de 18 anos de idade, que sofreram queimaduras, atendidas no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), no ambiente hospitalar ou ambulatorial, nos anos a partir de 2022.

- Critérios de participação: Pessoas acima de 18 anos, de ambos os sexos, que estejam em tratamento de queimadura e/ou que tenham passado por tratamento de queimadura no HU-UFSC/EBSERH ou outras instituições de saúde e moradores do Estado de Santa Catarina. Além disso, os participantes deverão possuir computador fixo ou móvel

(*notebook, tablet, celular*), ter acesso à internet e saber e/ou contar com ajuda de alguém para utilizar plataformas digitais.

- Critérios de não participação: Não foram incluídos no estudo os adultos com problemas cognitivos e/ou diagnósticos psiquiátricos que os impedissem de dar o consentimento para participar da pesquisa e/ou que apresentassem dificuldades para responder às perguntas. Também não participaram do estudo pessoas que se encontravam em acompanhamento por sequelas de queimaduras ou que tinham se submetido ao tratamento em anos anteriores ao pré-definido, devido ao risco de viés de memória. Em relação ao número de participantes na presente pesquisa, a perspectiva mínima de participantes foi de 20 e máxima de 50, ou a partir da saturação dos dados.

Inicialmente, 10 indivíduos que preenchiam os critérios de participação foram convidados para a pesquisa. Ao final, a condução efetiva da pesquisa manteve os 10 participantes, pois a única indicação não aceitou participar. A fim de aprimorar a estratégia de entrevista e informações incluídas no roteiro de entrevista foi realizado um pré-teste com uma pessoa que sofreu queimaduras. Este não foi descartado devido a obtenção de dados relevantes e ausência da necessidade de ajustes ao roteiro.

4.4 COLETA DOS DADOS

A seguir, descrevem-se os passos seguidos para a coleta de dados no desenvolvimento da pesquisa:

1. Inicialmente, o projeto foi submetido à avaliação pela Unidade de Gestão da Pesquisa (GEP) do HU-UFSC/EBSERH e pela apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UFSC.
2. Após a aprovação do CEPSH-UFSC, organizou-se o material necessário e realizou-se o treinamento para as entrevistas. Iniciou-se também a consulta aos registros de atendimento de pacientes com queimaduras no HU-UFSC/EBSERH. O acesso aos prontuários e o contato inicial com os participantes foram feitos pela orientadora, que também atua como enfermeira tanto no ambulatório quanto nas internações do HU.
3. Após a aceitação dos participantes, a acadêmica recebeu os contatos e, com as informações dos potenciais participantes, fez o agendamento prévio das entrevistas.
4. O período de coleta de dados ocorreu de julho a outubro de 2024. Vale destacar que o período de coleta foi ampliado com o objetivo de alcançar uma amostra significativa para os objetivos do estudo.

5. As entrevistas ocorreram exclusivamente em ambiente virtual, por meio de aplicativos escolhidos pelos participantes. Embora a proposta inicial fosse realizar chamadas de vídeo, ajustes foram necessários para 5 dos 10 participantes, seja por questões de horário, agenda apertada ou preferências, como no caso de participantes com queimaduras faciais. Assim, 4 entrevistas foram realizadas por vídeo- chamada via WhatsApp®, 1 pelo Google Meet, 1 por ligação telefônica e 4 por mensagens de áudio e texto no WhatsApp®.
6. Durante as chamadas, o áudio foi gravado com o consentimento prévio dos participantes e essas gravações, posteriormente transcritas e analisadas como parte da pesquisa. Cabe destacar que, mesmo as entrevistas que não incluíam chamada de vídeo também passaram por transcrição e análise.
7. Antes das entrevistas, os participantes foram orientados a permanecer em um ambiente tranquilo e privado, dentro das suas possibilidades. No primeiro contato, antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora se apresentou e explicou os objetivos do estudo. Em seguida, foi realizada a leitura pausada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que também incluiu o Termo de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos, sendo a participação confirmada após a verbalização do aceite, dispensando a necessidade de assinatura física uma vez que não ocorreram pessoalmente. Para os participantes que optaram por não usar videochamada, o TCLE foi enviado por WhatsApp®, assim como para todos e lido em mensagem de áudio, e a entrevista iniciada após a concordância do mesmo.

Todos os participantes foram devidamente informados sobre a liberdade de retirar seu consentimento e encerrar sua participação na pesquisa a qualquer momento.

4.4.1 Técnica de Coleta de Dados

Como técnica de coleta de dados buscou-se a utilização da Técnica de Snowball (Bola de neve). A técnica de amostragem em bola de neve é uma abordagem não probabilística que utiliza cadeias de referência. Nesse processo, um participante inicial, chamado "semente", indica novos participantes, e esses, por sua vez, indicam outros, formando uma rede que se expande até alcançar o número necessário de participantes ou o ponto de saturação, identificado quando as informações começam a se repetir e novas contribuições relevantes não são mais acrescentadas (Baldin; Munhoz, 2011; Bockorni; Gomes, 2021).

Assim, ao incluir participantes com acesso a cuidados em instituições de saúde, o objetivo era alcançar pessoas que, embora não tivessem sido atendidas em ambiente hospitalar, receberam atendimento no sistema de saúde estadual. Embora a aplicação da técnica de bola de neve não tenha sido totalmente bem-sucedida, não impediu que o estudo atingisse seus objetivos de alcançar diferentes pontos da rede de atenção à saúde visto a dinâmica do tratamento da pessoa com queimadura.

4.4.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta de informações foi desenvolvido um roteiro de entrevista semiestruturada e de caracterização da amostra (Apêndice B e C). O instrumento foi organizado em três seções: dados sobre a entrevista, perguntas introdutórias, perguntas norteadoras e complementares que serviram como guia durante as entrevistas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu a abordagem de análise de conteúdo definida por Bardin (2016), a qual é composta por três etapas organizadas da seguinte forma: 1) Pré-análise, 2) Exploração do material e 3) Processamento dos resultados. Por meio dessas etapas, busca-se tanto a descrição do conteúdo do material quanto a sua interpretação.

- 1) Pré-análise: A Pré-análise é a fase de organização do material, cujo objetivo é tornar operacionais e sistemáticas as ideias iniciais, fornecendo diretrizes para as etapas subsequentes do processo de análise de conteúdo (Bardin, 2016). Nesta etapa, após realizadas, as entrevistas que envolviam gravação de voz foram transcritas com o auxílio do Turbo Scribe®, um serviço virtual de transcrição baseado em inteligência artificial (IA) que gerou arquivos em formato Microsoft® Word, armazenados na conta privada da pesquisadora. Posteriormente estes arquivos foram importante ressaltar que, apesar da transcrição automatizada, todos os textos foram revisados pela autora. Após essa revisão, os arquivos foram transferidos para o Google® Drive da pesquisadora, no formato Documentos Google®, e organizados em pastas individuais para cada participante. As entrevistas que não envolveram a gravação de áudio foram transcritas integralmente pela autora sem auxílio de aplicativos. Essas pastas foram identificadas pela letra “E” de entrevista seguidas do número original correspondente a respectiva ordem. Posteriormente, foi conduzida a leitura flutuante dos textos, visando estabelecer

um contato direto e intenso com o material. O objetivo era compreender as percepções dos participantes em relação à temática e tecer hipóteses. Essa abordagem guiou-se pelos princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

- 2) Exploração do material: A fase de exploração do material, segundo Bardin (2016), envolve a definição de categorias (sistemas de codificação), a identificação das unidades de registro (unidades de significação) e a localização das unidades de contexto nos documentos (unidades de compreensão). Essas ações têm como propósito codificar adequadamente a unidade de registro relacionada a cada segmento da mensagem, visando uma compreensão precisa do significado contido em cada unidade de registro.
- 3) Processamento dos resultados obtidos: No processamento dos resultados obtidos, que corresponde à terceira etapa, o foco está no tratamento dos dados obtidos e interpretação. Nessa fase os resultados são processados, condensando as informações relevantes para análise e desenvolvimento de interpretações inferenciais. É o momento em que ocorre a intuição, a análise reflexiva e crítica. Os resultados obtidos, juntamente com a análise sistemática do material e as inferências feitas, podem servir como uma base sólida para uma outra análise (BARDIN, 2016). Na última fase, foi realizada a interpretação dos dados, atribuindo significados às categorias e subcategorias resultantes das etapas anteriores. Essa interpretação baseou-se em análises críticas, reflexivas e fundamentadas, permitindo compreender os achados de forma aprofundada.

O **Quadro 1** apresenta uma síntese dos principais facilitadores e dificultadores identificados a partir das entrevistas na recuperação de pessoas que sofreram queimaduras. As categorias estão organizadas em subcategorias e itens, detalhando os aspectos que influenciam positivamente ou negativamente o processo de reabilitação e a continuidade dos cuidados.

Quadro 1 - Síntese das categorias, subcategorias e itens. Florianópolis, 2024

Facilitadores	Processo de reabilitação	Aceitação e autonomia
		Alterações percebidas
		Reconhecimento da importância da reabilitação funcional
	Rede de apoio	Familiar e social
		Cuidado especializado, humanizado e acolhedor
		Acesso ao cuidado após a ocorrência da queimadura
Dificultadores	Experiência sensitiva	A experiência da dor de uma queimadura
		Uso de analgésicos e anestésicos na hora dos curativos
		Insegurança nos cuidados

	Sentimentos	Lembranças/sentimentos sobre procedimentos e sensação de perda
		Sentimento de perda, medo e ansiedade
		Querer voltar no tempo
		Impactos da queimadura e do tratamento na rotina
		Contexto laboral e acadêmico
	Manutenção/continuidade do tratamento	Continuidade do cuidado
		Acesso a serviços especializados (ex. fisioterapia),
		Estrutura hospitalar e básica deficiente
		Gastos com o tratamento e aquisição dos materiais

Elaborado pela própria autora.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

As informações adquiridas durante a entrevista foram cuidadosamente registradas de forma a garantir o total anonimato dos participantes. Para facilitar o controle da pesquisadora, cada indivíduo entrevistado foi representado pela letra (E) acompanhada por um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas (por exemplo, E1, E2, E3...).

Os objetivos do estudo foram apresentados aos participantes, que tiveram suas dúvidas esclarecidas antes de expressarem concordância com a pesquisa, mediante leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Garantiu-se a liberdade de desistência a qualquer momento. Todos receberam uma cópia digital do TCLE, e, para entrevistas realizadas por mensagens de áudio, texto ou ligação telefônica, o termo também foi lido em áudio.

A aplicação seguiu rigorosamente as diretrizes e regulamentações aplicáveis a pesquisas envolvendo seres humanos, em plena conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a qual detalha os aspectos éticos relacionados à condução de estudos com indivíduos. Além disso, foram integralmente relacionados à condução de estudos com indivíduos. Além disso, foram integralmente respeitados os princípios éticos escritos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2017, com ênfase no Capítulo II, que aborda os deveres (Artigos 57 e 58), e no Capítulo III, que versa sobre as proibições (Artigo 95 e 98) (COFEN, 2017). Dessa forma, foi possível assegurar a integridade, ética e responsabilidade nessa pesquisa que envolveu seres humanos, priorizando o respeito aos direitos e bem-estar de todos os participantes.

A utilização dos dados dos participantes seguiu alinhada às diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual regula as normas aplicáveis à pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais. Essas normas abrangem procedimentos metodológicos que envolvem a utilização de dados obtidos diretamente com os participantes, informações identificáveis ou que possam acarretar riscos superiores aos encontrados na vida cotidiana (Brasil, 2016).

Os dados coletados foram armazenados em formato digital e físico, com acesso restrito à pesquisadora responsável. Essas informações serão retidas por um período de cinco anos. Após o vencimento desse prazo, os dados digitais serão permanentemente excluídos, e os registros impressos incinerados. O estudo procurou seguir o cronograma estabelecido no projeto e os resultados obtidos divulgados apenas em trabalhos acadêmicos, congressos ou publicações científicas.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados a seguir no formato de manuscrito, em conformidade com a Instrução Normativa para a elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

5.1 MANUSCRITO: ATENÇÃO À PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

RESUMO: Introdução: Queimaduras são lesões complexas que demandam cuidados especializados e integrados ao longo de todo o processo de recuperação, desde o atendimento inicial até o acompanhamento pós-alta. **Objetivos:** conhecer a trajetória do tratamento de pessoas que sofreram queimaduras na Rede de Atenção à Saúde, bem como desafios, facilidades e dificuldades do tratamento e recuperação. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva e observacional. A amostra incluiu pessoas adultas, acima de 18 anos, que sofreram queimaduras e foram atendidas no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC/EBSERH) em 2022 e anos subsequentes. As entrevistas ocorreram em ambiente virtual, pelos aplicativos WhatsApp® e Google® Meet, utilizando um instrumento que reuniu dados de caracterização dos participantes e um roteiro de entrevista. A análise dos dados seguiu a abordagem de conteúdo de Bardin, em três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Processamento dos resultados. **Resultados:** Participaram dez indivíduos, cinco homens e cinco mulheres, entre 18 e 69 anos, que buscaram tratamento na Rede de Atenção à Saúde. Os relatos foram organizados em duas categorias: Facilitadores e Dificultadores. **Considerações Finais:** A diversidade de perspectivas destacou a complexidade do cenário, as disparidades no acesso à saúde e os problemas estruturais e técnicos presentes nos diferentes pontos da rede.

Palavras-chave: Enfermagem. Queimaduras. Cuidados.

INTRODUÇÃO

Além dos danos locais, as queimaduras podem desencadear uma resposta inflamatória sistêmica, impactando o organismo de maneira generalizada. Entre as complicações mais comuns estão infecções, hipotermia, sepse e comprometimentos funcionais ou psicológicos, que podem afetar significativamente a recuperação e a qualidade de vida dos pacientes (Korkmaz et al., 2023; Shpichka et al., 2019). Essas consequências tornam as queimaduras uma das principais causas de morbidade e mortalidade, com repercussões prolongadas no cotidiano dessas pessoas (OMS, 2018).

A gravidade dessas lesões é determinada por fatores como a extensão da área atingida e a profundidade da queimadura, aspectos que influenciam diretamente o tipo de tratamento necessário (Kim e Drew, 2022). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em

Redes de Atenção à Saúde (RAS), é responsável pelo atendimento de pessoas com queimaduras e por fornecer cuidados que vão desde o atendimento emergencial até a reabilitação (Souza; Nogueira; Campos, 2018, Ferreira et al, 2022). Porém, a fragmentação no sistema de saúde continua sendo um grande desafio, dificultando a implementação de medidas que garantam um cuidado contínuo e integrado para as pessoas que precisam transitar entre diferentes níveis de atendimento (Andrade & Francischetti, 2019). Pela complexidade dessas lesões, o atendimento exige uma abordagem especializada e integrada, que envolva profissionais de diversas áreas e diferentes níveis de atenção à saúde (Souza; Nogueira; Campos, 2018; Kim e Drew, 2022).

A escolha por explorar a perspectiva dos usuários que vivenciaram o processo de tratamento justifica-se pela relevância de posicionar o paciente no centro das discussões sobre a qualidade do cuidado em saúde. Conhecer suas experiências permite identificar falhas no atendimento e propor melhorias que garantam um cuidado mais humanizado, seguro e eficaz.

Neste contexto, este estudo propõe responder à seguinte questão norteadora: quais são os desafios relatados por pessoas que sofreram queimaduras e foram atendidas na rede de atenção à saúde? Para responder a essa questão, definiu-se como objetivo conhecer a trajetória no atendimento na rede de atenção à saúde de pessoas que sofreram queimaduras, assim como, identificar os desafios enfrentados no início do atendimento, além das facilidades e dificuldades encontradas ao longo da continuidade do cuidado.

MÉTODO

Este estudo segue uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e observacional, orientado pelas diretrizes do Checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).

A pesquisa qualitativa é um campo de estudo abrangente, com diversos métodos que permitem uma compreensão aprofundada das experiências e dos significados atribuídos pelas pessoas. Nesse contexto, trata-se de uma abordagem que vai além do conteúdo explícito, possibilitando interpretar e analisar os fenômenos sob a perspectiva dos participantes (Abad, Abad, 2022). De acordo com Gil (2022), a pesquisa descritiva tem como objetivo entender e detalhar as características de um fenômeno ou grupo, explorando as possíveis relações entre suas variáveis. Na pesquisa observacional, o pesquisador observa e registra os acontecimentos sem interferir (Gil, 2022).

A pesquisa contou com a participação de de pessoas que receberam/recebem atendimento por queimaduras em regime de internação hospitalar ou ambulatorial no HU-UFSC/EBSERH. Em seguida, tentou-se incluir participantes indicados por outros, sem restrição

quanto à instituição de saúde, porém apenas uma indicação foi feita, e o contato não aceitou participar da pesquisa.

Portanto, para a composição da amostra, foram definidos e utilizados os seguintes critérios para a seleção dos participantes: pessoas com mais de 18 anos, independente do sexo que estavam em tratamento e/ou passaram por tratamento de queimaduras no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH) ou em outras instituições de saúde e moradores do Estado de Santa Catarina.

Não foram incluídos no estudo os adultos com problemas cognitivos e/ou diagnósticos psiquiátricos que impedissem o consentimento para participação ou dificultassem a resposta às perguntas. Também não foram incluídas pessoas que sofreram queimaduras antes do ano de 2022, para evitar viés de memória.

Cabe destacar que os participantes provenientes da internação foram contactados após a alta hospitalar. Assim, foram convidados 10 indivíduos que atendiam aos critérios de participação. A condução efetiva da pesquisa manteve os 10 participantes, pois, não recebemos novas indicações como esperado, já que a única sugestão recusou o convite.

O processo de recrutamento de participantes foi realizado com auxílio da orientadora e também enfermeira, que já desenvolve atividades no ambulatório e nas clínicas de internação do HU-EBSERH. Por isso, ela foi responsável pelo contato inicial com os participantes e pelo acesso aos prontuários. Com o consentimento destes, o contato era passado à acadêmica para o agendamento prévio das entrevistas.

A coleta de dados ocorreu de julho a outubro de 2024, com o período ampliado para obter uma amostra significativa. As entrevistas foram realizadas virtualmente, de maneira individual, usando aplicativos escolhidos pelos participantes. Embora a proposta inicial fosse por vídeo, ajustes foram feitos para 5 dos 10 participantes devido a questões de horário ou preferências, como no caso de queimaduras faciais. Das 10 entrevistas, 4 foram por videochamada no WhatsApp®, 1 pelo Google Meet, 1 por telefone e 4 por áudio e texto no WhatsApp®. Com consentimento prévio, os áudios foram gravados e transcritos para análise. As entrevistas que não ocorreram por áudio também foram transcritas.

Antes das entrevistas, os participantes foram orientados a estarem em um local tranquilo e privado. No primeiro contato, a pesquisadora explicou o estudo, leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que também inclui o termo de autorização de imagens e depoimentos, e obteve o aceite verbal, dispensando assinatura,

alinhado às normas do CEPESH para pesquisas virtuais. Todos foram informados de que poderiam interromper a participação a qualquer momento.

Para a coleta de dados, objetivamos que fosse realizada por meio da técnica de amostragem em bola de neve, uma abordagem não probabilística em que um participante inicial indica novos participantes, formando uma rede que se expande até atingir o número necessário de participantes ou o ponto de saturação, quando as informações se repetem (Bockorni; Gomes, 2021). O objetivo era incluir pessoas atendidas no sistema de saúde estadual, mesmo que não necessariamente em hospitais. Porém, conforme mencionado anteriormente, conseguimos apenas uma indicação e que não aceitou participar. Todavia, isto não impediu que o estudo conseguisse alcançar diferentes pontos da rede de atenção à saúde posto a dinâmica do tratamento de queimaduras com necessidades que fazem os usuários caminhar por vários pontos da rede.

Para a coleta de informações foi usado um roteiro de entrevista semiestruturado e de caracterização da amostra (Apêndice B e C) organizado da seguinte forma: dados sobre a entrevista, perguntas introdutórias, perguntas norteadoras e complementares que serviram como guia durante as entrevistas. Ainda na ocasião, os participantes foram informados sobre a possibilidade de desconforto e sobre a liberdade de não responder determinadas perguntas, e que poderiam interromper sua participação a qualquer momento, caso desejassem.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes e facilitar o controle da pesquisadora, os registros foram identificados pela letra “E”, seguida por um número ordinal, correspondente a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Os objetivos do estudo foram apresentados aos indivíduos e suas dúvidas esclarecidas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que inclui a autorização da gravação de áudio durante as entrevistas e o uso de imagens e depoimentos, eram lidos e após, os participantes expressaram verbalmente o aceite em participar da pesquisa. Uma via digital do documento era encaminhada ao participante e as vias da pesquisadora, que conduziu as entrevistas, foram anexadas junto a respectiva entrevista. Cabe destacar, que as entrevistas que não ocorreram por chamada de vídeo, esses participantes também receberam o documento em arquivo no formato de áudio pelo WhatsApp.

Os dados coletados foram armazenados digitalmente no computador da pesquisadora e em formato impresso, com acesso compartilhado com a orientadora. A documentação será mantida por cinco anos e, após este período, os arquivos digitais serão excluídos e os documentos impressos incinerados, assegurando a confidencialidade das informações.

Os dados coletados foram analisados seguindo os critérios de análise de conteúdo descritos por Bardin (2016), que incluem três etapas: 1) Pré-análise, 2) Exploração do material e 3) Processamento dos resultados.

Pré-análise: o material foi organizado para sistematizar as ideias e direcionar as próximas fases da análise de conteúdo (Bardin, 2016). As entrevistas gravadas em áudio foram transcritas com o auxílio do serviço de inteligência artificial Turbo Scribe®, gerando arquivos em formato Microsoft® Word, posteriormente revisados manualmente pela autora. Para garantir a preservação da identidade dos participantes, os trechos das gravações onde eram mencionados os nomes não passaram pela transcrição automática da plataforma de IA. Esses trechos foram recortados dos áudios e transcritos manualmente pela autora e os nomes cuidadosamente substituídos pela letra “E” e o número correspondente a ordem da entrevista.

Após a revisão, os arquivos foram transferidos para o Google Drive em Documentos Google® e organizados em pastas individuais também identificadas pela letra “E” e o número correspondente à ordem da entrevista. Já as entrevistas sem gravação de áudio foram transcritas totalmente pela autora, sem o auxílio de aplicativos, mantendo os mesmos cuidados para preservação da identidade dos participantes.

Em seguida, foi realizada a leitura flutuante dos textos para estabelecer um contato profundo com o conteúdo, buscando captar as percepções dos participantes sobre o tema e levantar hipóteses. Todo o processo foi guiado pelos princípios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Exploração do material: Conforme Bardin (2016), esta etapa envolve definir categorias ou sistemas de codificação, identificar unidades de registro (significações) e localizar unidades de contexto (compreensão) nos documentos analisados. O objetivo é organizar e codificar as informações de forma a permitir uma interpretação clara e precisa de cada segmento da mensagem, assegurando a extração fiel dos significados relevantes. Para essa etapa pretendia-se exportar as entrevistas para o software Nvivo10®, porém, optou-se por não utilizar aplicativos nesta etapa. A exploração dos materiais foi feita pela pesquisadora, a partir do material impresso e uso de canetas coloridas para destacar as frases e ideias relevantes, classificando, agregando e codificando as informações.

Processamento dos resultados obtidos: Conforme proposto por Bardin (2016), a terceira etapa foi dedicada ao tratamento e à interpretação dos dados. Os resultados foram organizados e condensados para destacar informações relevantes, sendo analisados de forma crítica e reflexiva. As categorias e subcategorias definidas nas etapas anteriores receberam significados com base na análise sistemática e nas inferências realizadas. Essa abordagem

permitiu compreender os dados de maneira aprofundada, fornecendo bases consistentes para as conclusões e estudos futuros.

Durante a análise de conteúdo das falas dos participantes, surgiram diversos pontos (desafios) que foram organizados em subcategorias dentro das categorias Facilitadores e Dificultadores, oferecendo uma compreensão mais aprofundada do contexto estudado e que serão melhor apresentadas nos resultados.

O estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), respeitando integralmente os princípios do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2017, especialmente os Artigos 57 e 58 do Capítulo II (deveres) e os Artigos 95 e 98 do Capítulo III (proibições) (COFEN, 2017). A coleta e o uso dos dados foram conduzidos conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

Ressalta-se que o estudo foi submetido à avaliação da Unidade de Gestão da Pesquisa (GEP) do HU-UFSC/EBSERH, que emitiu a Carta de Anuência (Anexo B). Além disso, obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, conforme registrado no Parecer nº 6.936.127, datado de 07 de julho de 2024, sob o CAAE 79273824.3.0000.0121.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 10 indivíduos com perfis diversificados em relação à idade, ocupação, situação socioeconômica e escolaridade e procedência. A caracterização detalhada dos participantes está apresentada no **Quadro 1** a seguir.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes. Florianópolis, 2024.

Identificação	Procedência	Idade (anos)	Sexo	Estado civil	Situação econômica	Escolaridade
E01	Anitápolis	69	feminino	solteira	aposentada	ensino fundamental incompleto
E02	Florianópolis	32	feminino	solteira	advogada	ensino superior completo
E03	Florianópolis	34	masculino	solteiro	Mestrando de Engenharia (sem bolsa)	Ensino superior completo

E04	Florianópolis	43	masculino	solteiro	Dj/servente de pedreiro	Ensino médio completo
E05	Palhoça	19	masculino	solteiro	estudante	Ensino superior em andamento
E06	Palhoça	44	masculino	casado	professor	Ensino superior completo
E07	Florianópolis	28	feminino	solteira	trabalha em bares	Ensino Superior completo
E08	Florianópolis	18	masculino	solteiro	assistência técnica de eletrodomésticos	Ensino médio completo
E09	Florianópolis	32	feminino	divorciada	desempregada (técnica em radiologia)	Ensino médio completo
E10	Florianópolis	56	feminino	casada	aposentada	Ensino fundamental incompleto

Fonte: Elaborado pela própria autora.

A caracterização detalhada das queimaduras, incluindo agente etiológico, grau, extensão e partes do corpo afetadas, está apresentada no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Caracterização das queimaduras. Florianópolis, 2024.

Identificação	Agente etiológico	Grau das queimaduras	Extensão das queimaduras	partes do corpo queimadas
E01	Calor intenso/superfície de metal aquecida	segundo e terceiro grau	25%	mãos, cotovelos, mamas, ombro e pescoço
E02	chama direta/etanol em lareira	Segundo grau superficial e profundo (predomínio)	25%	mãos, braços, perna, pés e abdômen.
E03	explosão/arco voltaico	Segundo grau profundo (predomínio)	13%	face, pescoço, braços e mãos.

E04	chama direta	Segundo grau profundo e terceiro grau	65%	Pernas, genitália, abdome, dorso, braço direito e em alguns pontos do esquerdo, mãos, região cervical posterior e região occipital
E05	choque elétrico	Terceiro profundo	1,5%	Mãos e pés
E06	chama direta/etanol em lareira	Segundo grau superficial e profundo	13%	mãos, mamilo direito e esquerdo e região abdominal supraumbilical e infraumbilical
E07	óleo quente	Segundo grau profundo	31%	*
E08	escaldadura	segundo superficial e profundo	15%	pernas e pés
E09	Chama direta/Explosão/gás	segundo grau profundo	30%	Pernas, braços e parte da face
E10	Chama direta/Explosão/gás	segundo grau profundo	*	Pernas, dorso, braço esquerdo e face

*não especificado

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Apresentação dos casos clínicos:

Caso 1: feminino, 69 anos, aposentada, solteira, ensino fundamental incompleto, moradora de Anitápolis/SC. Encaminhada pelo SAMU ao HU-UFSC em 6 de março de 2024, com queimaduras de segundo e terceiro grau em 25% de SCQ. O acidente ocorreu enquanto preparava o almoço em casa, desmaiou e caiu sobre a chapa do fogão a lenha, queimando mãos, cotovelos, mamas, ombro e pescoço. Inicialmente, aplicou babosa nas lesões e foi incentivada por uma vizinha a buscar atendimento médico. Após ser levada à UBS local, foi transferida para o HU, onde permaneceu internada por 53 dias, destes, 20 dias foram na UTI. Realizou desbridamentos e enxertos. Após alta, mantém cuidados ambulatoriais, domiciliares e fisioterapia domiciliar.

Caso 2: feminino, 32 anos, advogada, solteira, moradora de Florianópolis/SC, encaminhada pelo Corpo de Bombeiros ao HU-UFSC em 30 de maio de 2024, com queimaduras de segundo grau superficial e segundo grau profundo por chama direta em mãos, braços, perna, pés e abdômen, 25% de SCQ. As queimaduras ocorreram devido à explosão ao acender lareira ecológica, com etanol previamente comprado em posto de combustível, e envolveu outras pessoas. Permaneceu internada por 27 dias, realizou desbridamento e enxertia e abdominoplastia reparadora. Mantém acompanhamento ambulatorial e cuidados domiciliares, vai à UBS esporadicamente.

Caso 3: sexo masculino, 34 anos de idade, mestrando em Engenharia, solteiro, morador de Florianópolis/SC, chega acompanhado por colega de trabalho a emergência do HU-UFSC em fevereiro de 2022 com queimaduras de segundo grau profundo em face, pescoço, braços e mãos, 13% de SCQ, em decorrentes de explosão do arco voltaico ao operar uma máquina da rede elétrica. Permaneceu internado por aproximadamente 21 dias, retornou ao HU para procedimento de enxertia, manteve cuidados ambulatoriais e na UBS, teve complicações cicatriciais da área doadora.

Caso 4: masculino, 43 anos, Dj, solteiro, morador de Florianópolis/SC. Deu entrada no Hospital Governador Celso Ramos (HCGR) em 05 de abril de 2022, encaminhado pelo SAMU com queimaduras de segundo grau profundo e terceiro grau em pernas, genitália, abdome, dorso, braço direito e em alguns pontos do braço esquerdo, nas mãos, na região cervical posterior e região occipital, 65% de SCQ, causadas por chama direta ao tentar queimar folhas secas no quintal da sua casa acendendo fogo com etanol. Permaneceu internado na UTI geral do HGCR por 10 dias (não soube informar quantos dias) e posteriormente transferido para o HU-UFSC, onde permaneceu internado por mais de 2 meses, necessitou de internação na UTI, desbridamentos, enxertias. Após, manteve cuidados ambulatoriais, domiciliares e na UBS, realizou fisioterapia especializada pela UDESC.

Caso 5: masculino, 19 anos, estudante, solteiro, morador de Palhoça/SC, procurou atendimento de urgência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Palhoça acompanhado por familiares, no dia 02 de setembro de 2022, com queimadura de terceiro grau nas mãos e nos pés após, 1,5% de SCQ, após sofrer choque elétrico por encostar em fios de cerca elétrica. Relatou perda de consciência no local do acidente. Recebeu cuidados iniciais e posteriormente transferido de ambulância para o HU. Permaneceu internado (não soube informar quantos dias), necessitou de enxertia. manteve cuidados ambulatoriais, domiciliares, esporadicamente na UBS e fisioterapia especializada pela UDESC.

Caso 6: masculino, 44 anos, natural da Argentina, professor, casado, morador de Palhoça/SC, encaminhada pelo Corpo de Bombeiros ao HU-UFSC em 14 de agosto de 2024, com queimaduras de segundo grau superficial e segundo grau profundo por chama direta mãos, mamilo direito e esquerdo e região abdominal supra umbilical e infra umbilical, 13% de SCQ. O acidente ocorreu por explosão ao acender lareira ecológica, com etanol previamente comprado em posto de combustível, e envolveu outras pessoas. Permaneceu internada por 15 dias. Posteriormente manteve cuidados ambulatoriais, domiciliares, na UBS. Até o momento da entrevista não havia realizado enxertia, porém referiu aguardo.

Caso 7: feminino, 28 anos, solteira, proprietária de um bar/lanchonete, moradora de Florianópolis/SC, apresentando queimaduras de segundo grau profundo em 31% decorrentes de contato com óleo quente. Procurou atendimento em hospital da rede particular em 30 de julho de 2022, e posteriormente encaminhada ao HU onde permaneceu internada, necessitou de enxertia. Após alta hospitalar, manteve cuidados ambulatoriais, domiciliares e na UBS e psicoterapia/psiquiatra (rede privada).

Caso 8: masculino, 18 anos, solteiro, técnico em manutenção de eletrodomésticos, morador de Florianópolis/SC, procurou atendimento na UBS com queimaduras em membros inferiores por escaldadura enquanto consertava uma chaleira elétrica. Foi encaminhado ao HU, permanecendo 14 dias internado. Não necessitou de enxertia. Após alta, manteve cuidados ambulatoriais, domiciliares, na UBS e fisioterapia especializada na UDESC.

Caso 9: feminino, 32 anos, técnica em radiologia/desempregada, moradora do bairro Ingleses, encaminhado pelo SAMU em 21 de agosto com queimaduras de segundo grau profundo nas pernas, braços e parte da face, 30% da SCQ, causadas por chama direta em decorrência de explosão de gás de cozinha. Permaneceu internada por 22 dias, após, mantém cuidados ambulatoriais, domiciliares (autocuidado/APS).

Caso 10: feminino, 56 anos, aposentada, moradora do bairro Ingleses, encaminhado pelo SAMU em 21 de agosto de 2024 com queimaduras de segundo grau profundo em pernas, dorso, braço esquerdo e face, causadas por chama direta em decorrência de explosão de gás de cozinha. Permaneceu internada por 22 dias, após, mantém cuidados ambulatoriais, domiciliares (autocuidado/APS).

A seguir, são apresentadas as categorias e subcategorias e itens que emergiram, a partir das experiências relatadas pelos participantes durante as entrevistas:

FACILITADORES

Processo de reabilitação

- **Aceitação e autonomia no processo de reabilitação**

Identifica-se nas falas, que a partir do reconhecimento da natureza longa e gradual, há necessidade de uma participação ativa no tratamento e a necessidade do exercício da paciência, uma vez que, o processo de cicatrização de lesões é longo, isto é, um processo bastante

demorado, assim como a necessidade de uma adaptação mais serena a todas as exigências do processo.

“[...] eu sou bem determinado, assim, eu queria melhorar rápido, né? Então, eu fazia as atividades em casa” (E4).

“[...] o tratamento é longo e o processo é lento, agora é só ter paciência e esperar o processo de cicatrização acabar” (E9).

“O tratamento tá bom, tranquilo assim” (E8).

Logo, percebe-se que cada pessoa lida com os desafios de maneira única, mas todos evidenciam uma notável capacidade de adaptação e enfrentamento das dificuldades.

- **Alterações percebidas**

Os relatos dos participantes também ilustraram como as queimaduras afetam a funcionalidade física, comprometendo movimentos, sensibilidade e atividades cotidianas. As limitações geradas incluem dor persistente e alterações na sensibilidade, exigindo adaptações como o uso de protetores e hidratantes. A recuperação é um processo complexo e individualizado: enquanto alguns conseguem se adaptar, outros continuam enfrentando dificuldades ao longo do tempo.

A dor e a perda de movimento nos dedos das mãos podem representar um desafio, com a pele ainda sensível e dolorida, apesar do tempo decorrido desde a ocorrência da queimadura, levando à necessidade de uso de acessórios que proporcionem alívio, por exemplo, a sensações com temperaturas baixas, tais como dor. A criatividade para o enfrentamento dessas novas situações, são o desafio para uma das participantes.

“[Quando questionada sobre a sua adaptação] Até agora estou conseguindo. Só que dói muito [...] preencheram nas juntas porque perdi meus movimentos [referindo-se aos dedos das mãos] [...] doi muito ainda. A pele que fizeram, tá tudo muito sensível” (E1).

“Nas mãos [...] fica latejando aqui, mas daí eu já fiz umas luvas [...] um saquinho na verdade porque não tem dedos [...] se não fica preto de frio e doi muito” (E1).

A percepção da redução na amplitude de movimento, gera a exigência, por vezes cansaço, de maiores esforços para realizar tarefas cotidianas, como tocar violão, o que leva a câibras e a uma diminuição na prática dessa atividade. Ou, a perda de flexibilidade de

articulações, as quais passam a dificultar a realização de movimentos anteriormente realizados em atividades físicas.

“eu ainda tenho restrições, não restrições impeditivas para eu fazer as coisas do dia-a-dia, mas eu sinto que para fazer a mesma amplitude de movimento, ou o mesmo movimento, eu preciso fazer força, eu não fazia antes. [...] quando eu começo a tocar violão, eu já sinto umas câibras, porque eu tenho que fazer mais força [...] então, eu não toco tanto mais” (E3).

“[...] não consigo mesmo é jogar bola [...] O dedo direito do pé não tenho flexibilidade. Não tenho aquela dobra [...]” (E5).

Alguns apresentam, a pesar das dificuldades, um olhar positivo para seu processo de recuperação destacando, por exemplo, movimentos que deixam em evidência a recuperação da elasticidade da pele, mesmo com restrições e aumento da sensação de cansaço da necessidade de uso de hidratantes para prevenir o ressecamento das cicatrizes.

“me curei e estou bem até hoje. A pele estica bem do corpo inteiro, né? Então, eu estou me sentindo bem hoje. [...] Claro que com umas sequelas [...] eu me sinto um pouquinho mais cansado do que antes” (E4).

“Às vezes eu passo um pouco de hidratante, nas cicatrizes, porque às vezes resseca muito” (E5).

- **Reconhecimento da importância da reabilitação funcional**

A promoção da reabilitação funcional em pessoas com queimaduras, por meio da realização precoce de exercícios, mostrou impactos positivos na preservação da função motora e na prevenção da perda definitiva de mobilidade, especialmente em áreas críticas como os dedos.

“[...] desde que eu fui internado pela primeira vez, logo após o acidente [...] tinha alguém ali comigo, me forçando a fazer uns exercícios. Por mais que eu me sentisse revoltado [...] “que lógica que faz isso, né? Nunca vou recuperar. A pele nunca vai cicatrizar se eu ficar dobrando ela bem aqui, ó” - [aponta para os dedos das mãos, fazendo gestos de abrir e fechar as mãos] - Só que depois eu fui entendendo o processo e percebi que realmente foi bom ter feito isso. Porque se não eu teria perdido o movimento, né?” (E3).

“Eu ainda tenho restrições, não restrições impeditivas para eu fazer as coisas do dia-a-dia, mas eu sinto que para fazer a mesma amplitude de movimento, ou o mesmo movimento, eu preciso fazer força, eu não fazia

antes. [...] quando eu começo a tocar violão, eu já sinto umas câibras, porque eu tenho que fazer mais força [...] então, eu não toco tanto mais” (E3).

A experiência ilustrou que, mesmo com limitações persistentes, o processo de reabilitação proporcionou uma recuperação significativa, permitindo a retomada de atividades que, sem o suporte terapêutico adequado, poderiam ter se tornado inviáveis, contribuindo para a recuperação da autonomia e da qualidade de vida.

Rede de apoio

- **Familiar e Social**

O relato dos participantes destaca a importância da participação de familiares, amigos e profissionais de saúde no tratamento, tanto no ambiente hospitalar quanto nos cuidados pós-alta e domiciliares. Observou-se que o apoio abrange o suporte técnico, os aspectos emocionais e logísticos, sendo essencial para o enfrentamento de um tratamento que costuma ser prolongado.

“Me atenderam rapidamente [...] e eu já fiquei internado. [...] e eu fiquei chamando a minha namorada [...] eu queria avisar que eu estava ali. [...] o pessoal conseguiu avisar ela [...] liberaram ela para estar ali comigo nesse primeiro momento. Me deixou mais tranquilo” (E3).

“[...] a mãe ficou o tempo todo lá [referindo-se ao período de internação]” (E8).

“Na ambulância foi meu irmão mais novo junto comigo [...] Em casa continuou o tratamento, a minha mãe seguiu exatamente o que ela pediu” (E4).

A presença de pessoas próximas durante o resgate e a internação mostrou-se benéfica, aliviando o impacto emocional, reduzindo a ansiedade e o estresse, além de proporcionar segurança e conforto em momentos de vulnerabilidade. Esse apoio reforça o sentimento de acolhimento, mesmo em um ambiente hospitalar que pode ser intimidador.

A transição dos cuidados hospitalares para o cuidado pós-alta é um processo complexo, porém, mais uma vez, o envolvimento de familiares e amigos se mostrou presente e bastante importante. A participação ativa e o comprometimento desses indivíduos são evidentes facilitadores para a continuidade e sucesso do tratamento, como apresentado no relato a seguir:

“Os curativos que estou fazendo em casa, são minhas amigas que estão fazendo. [...] Elas acompanharam as consultas [...] e seguiram fazendo o curativo para mim” (E2).

E4, E7, e E8 também destacaram como suas mães assumiram a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, aplicando curativos e monitorando o processo de cicatrização.

“[...] Em casa, continuou o tratamento, a minha mãe seguiu exatamente o que ela pediu. [...] Também eu ia no posto de saúde” (E4).

“[...] fazia em casa com alguns materiais fornecidos pela rede municipal [...]. Eu e minha mãe fazíamos [...]” (E7).

“[...] em casa minha mãe fazia o curativo” (E8).

Diferentemente de E2, onde as amigas precisaram aprender a realizar os curativos, E9 e E10 contaram com o apoio de familiares com formação na área de saúde para a realização dos cuidados necessários.

“Faço a troca todos os dias, minha tia que é enfermeira vem fazer pra mim” (E9).

“Estou fazendo curativo todos os dias. Tenho uma cunhada que é enfermeira e mora do lado da minha casa” (E10).

Diferentes formas de apoio familiar se destacaram durante o processo de recuperação da pessoa com queimaduras, como o suporte emocional e logístico, que oferece conforto e segurança ao estar cercada por familiares.

“Eu tô aqui no meu irmão, que ele tem pousada. [...] a minha irmã veio junto. [...] Daí eu falei “Vamos lá!” (E1).

“Na primeira semana, eu fui direto para Camboriú, que eu tenho parente lá. Eu moro sozinha em Florianópolis, então [...] passei oito dias lá, até o retorno com o médico” (E2).

“[...] minha mãe teve que pausar o trabalho dela lá em Uberlândia [...] pra vir ficar comigo aqui quase que tempo integral. [...] Me ajudaram a fazer tudo em casa. Me ajudaram a tomar banho, ir ao banheiro, comer, tudo, sem falar nos gastos, né?” (E3).

A mudança temporária para a casa de parentes ressalta a importância de uma rede de apoio, especialmente para aqueles que vivem sozinhos; assim como no auxílio na realização das tarefas diárias e no gerenciamento financeiro. Essas situações demonstram que, embora o

tratamento impacte a vida dos familiares, a presença deles é essencial para o processo de recuperação.

O depoimento a seguir apresenta a crença com outra forma de enfrentamento que o ajudou a superar esse momento além da rede de apoio:

“[...] me apegar a Deus é uma das coisas que fez eu melhorar bastante. Eu pratiquei reiki em mim mesmo. Por incrível que pareça, o reiki é mágico.[...] o carinho das pessoas [...] E o fato de eu ainda ser jovem, né? Quarenta e poucos anos, você tem tempo do seu corpo se reabilitar” (E4).

- **Cuidado especializado humanizado e acolhedor**

A abordagem humanizada e acolhedora por parte das equipes de saúde, teve destaque nas falas dos participantes, colocando em evidência os benefícios de aliar competências técnicas à sensibilidade e empatia no cuidado, proporcionando uma experiência menos estressante para a vítima de queimadura. Além de tratar fisicamente, os profissionais transmitem encorajamento, esperança, conforto e segurança, aspectos importantes para o tratamento em todas as suas etapas.

“[...] eu fui super bem atendida pelos bombeiros, mas eles não podiam me medicar, então eles foram me confortando até o hospital [...] conversaram muito comigo, o tempo inteiro. Então eles me distraíram bastante” (E2).

“[...] eles vão me olhando, quando aquilo me dói, eu só começo “Ai, ai, ai!”, daí elas me acalmam um pouquinho, porque é muita dor” (E1).

“[...] eu peguei uma equipe muito boa também, as meninas aqui do posto também” (E1).

“Pra mim tá sendo ótimo. [...] Eu até falo para as pessoas que eu peguei uma equipe muito boa [...] o médico também [...] são muito bons. [...] as vezes nem tenho marcado, mas se eu quero saber alguma coisa [...] ele dá um pulinho lá quando ele pode” (E1).

“[...] Lá no hospital eu recebi uma cachoeira de carinho [...] o carinho das pessoas comigo, não um olhar de pena, mas um olhar de tu vai conseguir” (E4).

“Eu me lembro da enfermagem, o atendimento deles foi muito bom [...]” (E5).

“Todo mundo bem tranquilo, bem atenciosos [...]” (E8).

“[...] A equipe foi incrível, o atendimento foi maravilhoso” (E9).

O relato de E9 acrescenta a importância de contar com o suporte e colaboração de uma equipe multidisciplinar, destacando os benefícios de um cuidado integrado.

“Os médicos iam todos os dias nos ver, a equipe de enfermagem trocava nossos curativos todos os dias, a fisioterapeuta ia todos os dias e a psicóloga ia umas 3 vezes na semana. O atendimento de todos foi muito bom, eram super atenciosos e cuidadosos. Sempre faziam o possível para nos ajudar, aliviar as dores e nos ver bem” (E9).

“[...] eu achei o atendimento no HU muito bom” (E6).

No entanto, para E6, embora o atendimento hospitalar tenha sido bem avaliado, o atendimento domiciliar apresentou críticas quanto a qualidade desse serviço, sugerindo que, mesmo fora do ambiente hospitalar, é necessário manter o mesmo nível de cuidado e atenção, para não comprometer a qualidade e a continuidade do tratamento. Ressaltam a importância do acompanhamento diário da equipe de enfermagem durante a internação e o desafio enfrentado ao perder esse suporte diário, especialmente nos cuidados com as lesões, após a alta hospitalar.

“[...] Lá no posto de saúde até que o atendimento foi bom [...] a enfermeira que me atendeu [...] deu para ver que ela tinha bastante paciência” (E6).

“[...] encaminharam a gente para [...] o programa Melhor em Casa. [...] Mas, a pessoa que me atendeu pontualmente, [...] era meio apressada demais, para tirar os curativos, para fazer a limpeza [...]” (E6).

“[...] sair do hospital é uma coisa boa, porém ficar sem o amparo da equipe de enfermagem foi muito difícil. [...] ficar sem a avaliação da enfermagem para a troca e auxílio nos curativos foi uma das fases mais difíceis pra mim” (E7).

Os participantes enfatizaram a necessidade de capacitar continuamente as equipes de saúde, garantindo não apenas a excelência técnica, mas também um atendimento centrado no paciente.

DIFICULTADORES

Experiência Sensitiva

- **A experiência da dor de uma queimadura**

A interligação entre as queimaduras e a experiência da dor transcende a manifestação física, adentrando dimensões multidimensionais, que envolvem aspectos fisiológicos, emocionais e físicos, tratando-se de uma experiência/vivência complexa. Aprofundar-se nessa intrincada conexão proporciona uma compreensão mais abrangente das vivências de pessoas que sofreram queimaduras, bem como oferece subsídios valiosos para estratégias de cuidado mais eficazes, adaptadas a cada fase do tratamento e às necessidades individuais.

Os relatos dos entrevistados destacam o impacto da dor intensa e da variabilidade nos atendimentos emergenciais. Desde o atendimento inicial, no momento do resgate, o manejo adequado da dor intensifica ou ameniza o sofrimento experienciado pela vítima de queimadura.

A dor afeta a percepção do tempo, que se torna subjetiva e frequentemente prolongada. Quando intensa e contínua, a dor monopoliza a atenção do indivíduo, fazendo com que cada momento pareça prolongado, transformando segundos em eternidades, ou para alguns, o tempo se torna fragmentado ou suspenso.

“[...] O resgate foi bem rápido [...] enquanto não tiraram os meus animais do meu apartamento, eu não sosseguei. [...] Na hora que eu vi os dois gatos [...] foi quando eu senti a dor. Ai, eu senti muita dor [...] [sobre a distância da sua casa até o hospital] - Para mim foi uma eternidade.[...] Eu estava com muita dor, eu só sabia gritar de dor [...]” (E2).

*“[...] Estava muito sonolenta, lembro que sentia muita dor” (E9).
“Estava com tanta dor que não lembro. Só sei que foi tudo muito rápido. Assim que eles chegaram já nos medicaram eles colocaram na maca, nos levaram para a ambulância e já nos levaram direto para o hospital” (E10).*

“[...] No caminho, duas vezes, diz que eu falei: “Eu tô com dor e eu não vou chegar lá!” Mas aí me medicavam. [...]” (E1).

A dor surgiu como um fator comum nas experiências dos entrevistados, sendo um elemento que permeia a percepção do processo de recuperação.

“[quando questionada sobre a sua recuperação] - Foi dolorosa e difícil [...]” (E7).

“A recuperação...O processo foi extremamente doloroso” (E9).

“[...] Está sendo muito difícil. Ainda sinto dor” (E10).

“Está sendo difícil, pois sinto dor. Quando estou sentada ergo minhas pernas. Se fico muito de pé elas ficam pinicando [...] dói muito” (E10).

“Quando estou com muita dor me deito. Levanto as pernas para aliviar” (E10).

[...] com a cirurgia de enxerto[...] a cicatrização das mãos passou a dar sinais de evolução. É... Mas isso resume bastante, o processo foi bastante conturbado (E3).

Em contrapartida, alguns relatos evidenciaram que o manejo da dor, mediante a administração de analgésico, trouxe alívio imediato.

“[...] a gente foi direto para o posto [...]. O atendimento foi bem rapidinho [...] Ficaram “tacando” o soro fisiológico e deram analgésico [...] de lá encaminharam para o hospital” (E8).

Observou-se a experiência de passar por uma escalada terapêutica do manejo da dor, com o uso progressivo de medicamentos mais potentes para alcançar um alívio adequado. Esse processo reforça a importância de intervenções individualizadas, que considerem tanto a intensidade da dor quanto a resposta de cada pessoa.

“Aí o SAMU chegou e começou a me atender [...] Eu estava com bastante dor na hora [...] aí eles começaram com os medicamentos para dor [...] Começaram a dar um mais fraquinho, mas não foi adiantando. Aí, eles foram até o Fentanil” (E6).

Quando se referiam ao período de internação, a dor foi mencionada pelos entrevistados várias vezes. As trocas de curativos, apesar de ser uma etapa essencial no tratamento das queimaduras, frequentemente resultava em dor, devido à aderência dos materiais às feridas, à manipulação das áreas afetadas e aumento da sensibilidade nos tecidos danificados. Esse processo, que deveria ser terapêutico, muitas vezes tornava-se traumático.

“No hospital foi tranquilo, até porque eu vivia à base de morfina, né? Então, eu não sentia dor nenhuma.[...] Lógico que na hora dos curativos eu sentia muita dor, porque [...] às vezes colava um pouquinho e doía para tirar, mas sempre com muito cuidado, assim. No hospital eu fui muito bem cuidada” (E2).

“As trocas de curativo [...] eram diárias. Todo dia. Acho que umas duas vezes por dia. [...] sentia dor [...] Tive que tomar morfina, de quatro em quatro horas, e a dor era bastante [...]” (E8).

"No período que fiquei internada o controle da dor [...] como eu tinha curativos demorados e doloridos todos os dias, eu acabava usando a maior parte da medicação, principalmente morfina, após o curativo. [...] Muitas vezes, após o efeito, eu continuava sentindo muita dor" (E7).

"Num fatídico dia, eu senti muito mais dor do que o normal, porque a troca de curativos [...] foi feita [...] final de turno [...] “com outro negócio”, parecia um gel transparente [...] eu senti muito mais ardor [...]. Mesmo com uma dose extra de morfina, eu sentia minha mão pegando fogo. No dia seguinte, [...] o curativo estava grudado na minha mão, na faixa" (E3).

"O centro cirúrgico [sobre o desbridamento realizado na entrada hospitalar] foi bem ruim [...]. Foi bem traumatizante [...] Por causa da dor [...] era pela dor, doía demais" (E6).

"Os meus curativos eram todos na parte da manhã [...]. Eu sentia muita dor. Não gosto de lembrar" (E10).

"Tinha psicóloga enquanto eu estava internada, e tive [...] umas 3 conversas no período que fiquei internada. Era bom, apesar de em muitos momentos eu não conseguir nem falar por tamanho desconforto e dor por conta das feridas" (E7).

A dor persistente e intensa vivenciada por pessoas que sofreram queimaduras graves não se restringe ao período de internação, persistindo de forma significativa ao longo do processo de recuperação, tornando-se uma parte constante e desgastante do cotidiano dessas pessoas.

“Até agora estou conseguindo [Referindo-se a adaptação]. Só que dói muito [...] preencheram nas juntas porque perdi meus movimentos [referindo-se aos dedos das mãos] [...] doi muito ainda. A pele que fizeram, tá tudo muito sensível” (E1).

“Então, hoje eu fui fazer curativo. Pra mim, hoje era um dia cansativo. Eu faço curativo, e me dói muito! Depois do almoço, fiz fisioterapia. [...] Quarta-feira, vou fazer curativo novamente, e dói muito quando eles tiram as placas! [...] Quando aquilo tá muito grudadinho, que nem hoje, aí eles ficam molhando até soltar. Mas, aquilo arde! Aquilo doi! [...] Ainda mais no seio né? Onde dói muito!” (E1).

“[...] até conseguir falar com o médico e pegar a receita, senti dor sem ter o que fazer em casa [...] Isso me deixou sofrendo demais, principalmente por não conseguir dormir praticamente” (E7).

“Eu odiava esse momento do dia [...] de fazer a troca de curativo, muito doído” (E3).

“Em casa [...] Meu curativo da axila [...] as membranas saturavam antes do indicado para troca do curativo e muitas vezes minha mãe teve que me ajudar a trocar e sempre eram momentos de muita dor, até porque não estava mais com medicação EV” (E7).

Portanto, a dor pode fazer parte do processo, porém não deve ser aceita como uma "normalidade" que precisa ser suportada passivamente. O tratamento da dor é um cuidado essencial, uma necessidade que precisa ser atendida com a mesma prioridade que o tratamento das feridas em si, muitas vezes, exigindo abordagem integral que inclua tanto medicamentos adequados quanto apoio psicológico e estratégias de alívio da dor, adaptadas às necessidades de cada paciente.

- **Uso de analgésicos e anestésicos na hora dos curativos**

No decorrer da recuperação, o alívio da dor apresenta destaque, principalmente quando se trata da necessidade da realização de curativos, enxertia ou desbridamentos. Por outro lado, a vivência de efeitos relacionados ao uso de medicamentos para o alívio da dor, podem se tornar lembranças desagradáveis.

“[...] me deram uma dose extra de morfina e [...] deu uma reação alérgica muito forte. Eu fiquei com o corpo inteiro vermelho, empolado e coçando” (E3).

“Os primeiros dias é que foram horríveis, porque eu tive que desmamar da droga, do opioide. Meu Deus, como eu suava e chorava mesmo sem sentimento!” (E4).

- **Insegurança nos cuidados**

Os relatos apresentados evidenciam a importância da confiança na equipe de saúde e o vínculo estabelecido com os profissionais durante o tratamento de queimaduras, mas também mostram a complexidade dessa relação e as diferenças de percepção entre os entrevistados.

“[...] eu ficava sempre com muito pé atrás em tudo que estava acontecendo porque eu não sentia muita confiança nas pessoas que estavam cuidando de mim” (E3).

“[...] eu fiquei o tempo todo duvidando de muita coisa, às vezes sem razão, às vezes com razão. [...] isso gerou bastante estresse [...] Eu não me sentia 100% confortável de entregar a minha vida para os especialistas que estavam ali” (E3).

“Um ponto que eu acho que foi bastante importante foi o nível de atenção que eu tive aí na enfermagem [...] era super atenciosa e dava realmente ofício para algumas das coisas que eu ponderava” (E3).

“Mas aí, quando eu estava nas mãos de algumas pessoas específicas [...] eu me sentia mais tranquilo. [...] esses momentos de pessoas em quem eu confiava [...] foram bastante importantes para o processo” (E3).

“Os curativos eu fazia tudo em casa.[...] ela me ensinou muito bem os curativos [...] e eu comecei a fazer por causa dela [...] achei interessante (E5)

Assim, a insegurança gerada por interações negativas com alguns profissionais causou estresse e desconfiança. Em contrapartida, o cuidado atento e empático transmitiu conforto e segurança. Além disso, orientações claras e acolhedoras também mostraram fortalecer a confiança do paciente, permitindo a participação ativa do paciente no próprio tratamento.

Sentimentos

- **Lembranças/sentimentos sobre procedimentos e sensação de perda**

Chama à atenção a experiência de um dos participantes, que passou por um processo de recuperação de queimadura prolongado, sendo necessária a vivência de enxertia (autoenxerto), já que transmite o sofrimento do processo, que vai além do corpo, que estado emocional e a necessidade de lidar com expectativas frustrada em relação à cirurgia, que inicialmente parecia ser a solução definitiva, mas trouxe consigo novas dificuldades.

“Foi tirado pele [...] foi tirado tudo de mim (a pele). Tô toda marcada” (E1).

“[...] a cirurgia de enxerto, eu entendia que ela não ia me gerar mais problemas. [...] Só que a recuperação das pernas virou um novo problema, porque demorou para as minhas pernas cicatrizarem. E aí chegou até o caso da gente debater se a gente ia ter que fazer um outro enxerto na minha perna” (E3).

“[...] Isso porque para remover a pele na profundidade necessária tiveram que remover bastante e aí pra cicatrizar foi um parto [...] Gerou um problema para arrumar o outro” (E3).

Alguns participantes apresentaram semelhanças no processo de recuperação após enxertos, destacando complicações em áreas sensíveis do corpo. Experiências que sugerem que

queimaduras, dependendo da área afetada, podem resultar em processos de recuperação mais complexos e prolongados.

“[sobre os enxertos] - [...] Uma delas é a parte daqui do peito [...] colocaram na mão direita, na mão esquerda e na virilha [...] Foi bem tranquila. Até foi no HU que eles tiraram [...]. Na virilha que eu tive que recuperar em casa [...] Sei que nessa demorou um pouquinho mais porque abriu ainda. É uma parte que é complicada de se fechar” (E5).

“[...] eu tive problema porque eu também acabei queimando o meu pênis. E, foi feito um enxerto [...] e tiveram que fazer mais uma cirurgia” (E5).

- **Sentimento de perda medo e ansiedade**

Percebe-se a mudança na forma como a pessoa passa a enxergar a si mesma após a queimadura, impactando a autoimagem e a autoestima. Nesse contexto, o processo de autoaceitação vem acompanhado por um desinteresse em cuidar da própria aparência, como um processo de luto pela perda da antiga imagem.

“A minha vaidade morreu, [...] eu passei a me aceitar, mas eu passei a não me cuidar também [...]” (E4).

Observa-se que a sensação de vulnerabilidade que acompanha o tratamento do queimado esteve presente durante o pré-hospitalar a caminho do hospital. Também, pode ser agravada pela falta de segurança e empatia percebida no ambiente de cuidado, elevando os níveis de ansiedade e medo, e assim, intensificar o trauma já associado ao evento da queimadura.

“[...] eu me lembro que dentro da ambulância [...] eu não via o que estava acontecendo lá na mão do motorista. Então eu fiquei em pânico” (E4).

“[...] a experiência como toda, eu acho que ela seria traumática de qualquer forma, mas ela poderia ser menos traumática se eu me sentisse seguro o tempo todo nas mãos dos profissionais que ali estavam” (E3).

A ansiedade e o medo estiveram presentes nas falas referentes ao período pré-hospitalar e intra-hospitalar respectivamente, sendo que essas emoções também foram descritas no período logo após a alta, enquanto aguardava pelo procedimento de enxerto, importante para sua recuperação.

“Esse primeiro mês em casa à espera do enxerto foi muito difícil, creio que o mais difícil de todo o processo da recuperação inicial” (E7).

O trecho a seguir ilustra como eventos adversos ao tratamento, tais como o desenvolvimento de lesões por pressão, podem agravar ainda mais o quadro clínico e intensificar o sofrimento do paciente. Destaca a necessidade de uma abordagem integral no tratamento de pessoas queimadas, que deve considerar não apenas as lesões diretas, mas também as complicações decorrentes da hospitalização prolongada.

“[...] o que mais me prejudicou no processo todo [...] não foram as queimaduras, mas sim as escaras [...] as minhas escaras chegaram a ficar bem profundas” (E4)

- **Querer voltar no tempo**

A reflexão da participante E2 revela um profundo sentimento de arrependimento e culpa em relação ao evento que deu início ao acidente. Com base na experiência dolorosa que vivenciou, ela expressa o desejo de poder voltar no tempo para evitar a tragédia, evidenciando o impacto significativo que o incidente teve em sua vida.

“[...] se eu pudesse mudar alguma coisa, não teria acendido aquela lareira” (E2).

“Quando eu acordei, me perguntaram [...] Você sabe o que aconteceu com você?” Eu falei “Sim, eu me queimei” [...] “E, você sabe quanto tempo você dormiu?” Eu acho que uns três dias, quatro, e ela: “ não, foram dois meses”. Daí eu me assustei. Quando eu levantei o lençol, eu vi minhas pernas bem fininhas” (E4).

Embora, não expresse diretamente um desejo explícito de voltar atrás, deixa implícito o impacto de ver seu corpo enfraquecido e a percepção de uma mudança drástica em sua condição física.

- **Impactos da queimadura e do tratamento na rotina**

O deslocamento frequente até os postos de saúde é uma tarefa desgastante, especialmente em municípios menores onde há limitações de recursos e transporte.

“[...] Semana passada, eu comecei a ir no posto, porque aqui é um município pequeno, e nem toda hora eles têm um carro pra eles ir lá

fazer [...] Então, hoje de manhã, eu fui fazer curativo. Aí, pra mim hoje era um dia cansativo” (E1).

Outro ponto levantado foram os desconfortos ocasionados pelos curativos que demandam muito tempo para serem concluídos, causando grande desconforto e até náuseas, que a rotina de trocas de curativos torna-se ainda mais desafiadora, já que inicialmente conseguia se deslocar a pé até a Unidade Básica de Saúde com muita dificuldade e que a realização de cirurgia reparadoras, com necessidade de enxertia, embora necessários, também traziam consigo um retrocesso para o processo de recuperação, tornando-se ainda mais difícil quando havia necessidade da realização de curativos aos finais de semana, uma vez que havia necessidade de deslocamentos até outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como a UPA. Somando-se a este desafio, poder encontrar profissionais capacitados para o manejo dos cuidados tardios relacionados às queimaduras.

“[...] Eu me lembro que no dia eu entrei era sete e pouco, e saí meio dia e cinco. [...] Tava tão ruim de ficar deitada lá, e eles me tirando os pontos. Porque era muito ponto assim que tinha, né? [...] era bem no início. Eu quase não parava em pé. Depois me deu uma ânsia, vontade de vomitar [...]” (E1).

“Por sorte, eu moro relativamente perto do posto de saúde [...] no primeiro momento, como eu ainda não tinha feito enxerto, [...] eu ia a pé mesmo” (E3).

“[...] A recuperação das pernas demorou bastante e a logística ficou muito pior [...]. Doía pra andar. Antes eu podia ir no posto de saúde sozinho, andando. Agora, não. Tinha que ir com todo o cuidado do mundo, pra tomar banho era o dobro de dificuldade” (E3).

“[...] se caía num sábado ou domingo o dia de fazer a troca, eu tinha que ir lá na UPA [...] difícil de acertar a logística e especialidades das pessoas que iam fazer essas trocas” (E3).

- **Contexto laboral e acadêmico**

As queimaduras não afetaram apenas o corpo e a saúde emocional, mas também trouxeram grandes prejuízos à vida acadêmica, profissional e às atividades do dia a dia, contrastando com a realidade de quem não passou por essas dificuldades. Também, observou-se que a nova realidade de cuidados pode impactar diretamente na rotina de outros membros da família.

“[...] no final de toda essa história do acidente, eu abandonei o mestrado” (E3)

“[...] infelizmente só consegui ir para as aulas depois, né? Mas assim, bem depois, assim, não consegui frequentar as aulas [...]. Fiquei sem estudar” (E5)

“Foi bem ruim ter que ficar saindo 3 vezes na semana para ir fazer curativo, sendo que eu trabalho. Eu trabalho home office, mas me atrapalha na minha agenda, porque o curativo é bem demorado” (E2).

“[...] eu não podia trabalhar com as duas mãos queimadas. [...] o INSS entrou em greve, então, meu dinheiro não veio. Aí, tiveram vários problemas econômicos relacionados a essa situação que fizeram a minha vida ficar meio caótica. A minha e a de quem tava comigo, né?” (E3).

“Hoje a tarde eu vim aqui no meu pai. [...] Mas, quarta-feira de manhã já vou voltando porque eu vou fazer meus curativos” (E1).

“[...] Do trabalho, o INSS pagou e a empresa deu o suporte, tudo que precisava” (E8).

“[...] eu tenho dois filhos especiais. Que eu que lidava com eles. Fazia as tarefas que precisava fazer, levar na escola, levar nas terapias. Aí a gente teve que contratar alguém [...] para cuidar deles [...] isso acaba sendo mais caro do que me recuperar logo” (E6).

Ainda, a perda de autonomia destacou-se como um grande desafio para quem sofreu queimaduras, comprometendo a independência em tarefas cotidianas e exigindo auxílio para atividades antes realizadas sozinho.

“Perdi 100% da autonomia. Especialmente, porque as queimaduras foram nas duas mãos, né? [...] eu não podia fazer nada sozinho [...] então minha rotina foi profundamente abalada [...]” (E3).

Sobre o período de internação, a ansiedade de retornar para casa e pela monotonia e confinamento hospitalar. Após a alta, além da ansiedade surgiram sentimento de tristeza profunda, desesperança, frustração e desconforto pela mobilidade prejudicada.

“No hospital foi tranquilo [...] A única questão era mais a ansiedade de voltar para casa, de estar em casa, né?” (E2).

“[...] O que me atrapalhava mais era a ansiedade. Era aquela monotonia [...] ficar parada praticamente um mês foi, assim, desesperador” (E2)

“Eu saí com os pontos ainda [...]. Foi bem difícil. Os primeiros dias eu fiquei bem depressiva. Bem chorona, assim. Sem muita vontade de fazer as coisas” (E2).

“[...] muitas vezes precisava refazer o curativo em casa, porque com banhos ou movimentação ele saía do lugar, me deixando com MUITO desconforto” (E7).

Manutenção/continuidade do cuidado

- **Acesso e Continuidade do cuidado**

Os relatos mostram um panorama misto do acesso ao cuidado pós-queimadura. Embora haja casos de atenção contínua e eficiente, também foram observados desafios significativos principalmente para manter o tratamento contínuo após a alta.

A falta de comunicação entre as redes de saúde é apontada como uma questão negativa que contrasta com a eficiência na organização e encaminhamentos rápidos mencionados em outros relatos. A dificuldade em acessar a suporte psicológico e psiquiátrico após a alta hospitalar, apresenta destaque, quando comparado aos relatos do atendimento dentro do ambiente hospitalar ou mesmo após a alta, sendo distinto entre os participantes.

“Quando eu cheguei no hospital, que daí já estava tudo me esperando que foi encaminhado daqui, né? [...] Daí eu só pedi para eles me ajudar. E daí eu não lembro mais nada. Diz que me medicaram” (E1).

“[...] estou recebendo acompanhamento no ambulatório, e o pessoal da unidade básica vem em casa uma vez na semana [...] O HU fez o encaminhamento e, [...] logo entraram em contato comigo e agendaram uma visita.” (E9)

“[...] essa questão descontinuada do tratamento após a alta é uma questão que impacta muito a nossa vida” (E7).

Embora E3 tenha conseguido dar continuidade ao tratamento após a alta, seu depoimento destaca a lacuna existente entre os serviços oferecidos no ambiente hospitalar e aqueles disponíveis na atenção primária à saúde, impactando a experiência do usuário:

“Quando eu saí de alta, eu continuei precisando fazer troca de curativo [...] eu ia todo dia [...] no posto de saúde. No posto de saúde já era outro tipo de atendimento, não tinha todo o cuidado que eu tinha no HU” (E3).

“Em Floripa, eu comecei a ir no posto de saúde, aqui perto de casa [...]” (E2).

- **Acesso a serviços especializados**

O acesso a fisioterapia durante a reabilitação também mostrou bastante disparidade, uma vez que para alguns participantes tiveram oportunidades de um acompanhamento domiciliar, facilitando assim a realização das sessões de fisioterapia; já para outros, enquanto esperavam o acesso à fisioterapia na rede de saúde, a oportunidade apresentada seria a realização de fisioterapia em um serviço de uma universidade pública, entretanto destacam a dificuldade devido à distância, resultando na interrupção de um acompanhamento tão importante para a recuperação funcional após a ocorrência da queimadura.

“Aí depois de almoço, eu fiz fisioterapia. [...] É pelo SUS. O rapaz que faz aqui em Anitápolis, ele vai na minha irmã. Ele faz em casa, eu não preciso ir até lá, porque é tudo pertinho, o município é pequeno” (E1).

“Fisioterapia tô fazendo na UDESC. Me encaminharam para lá [...] é perto de casa” (E8).

“Eu fiz fisioterapia lá na UDESC[...] mas, ficou longe pra mim, eu estava trabalhando [...] Eu fui, acho que umas seis sessões [...] que me trouxeram um movimento pleno, ainda que meio fraco. [...] E aí eu continuei fazendo em casa, me deram as orientações e [...] hoje eu me estico todo, a minha pele está boa” (E4).

“[...] eu fui, fiz um pouquinho de fisioterapia lá em Florianópolis. [...] na UDESC. Eu fiz só um período de tempo ali [...] porque era muito longe pra mim [...] Eu tive que vir de casa, da minha casa parar no meu pai, e enfim ir lá” (E5).

É importante ressaltar que os serviços de fisioterapia oferecidos pela Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC) são independentes, prestados diretamente pela universidade à comunidade, sem vínculo formal com o SUS. Nesse sentido, se destaca a importância do trabalho das universidades, pois, caso não fosse disponibilizado pela UDESC, as pessoas que receberam atendimento lá, mesmo as que apresentaram alguma dificuldade em continuar, não teriam tido tal acompanhamento, nem mesmo por um pequeno período.

A dificuldade em acessar a suporte psicológico e psiquiátrico após a alta hospitalar, apresenta destaque, quando comparado aos relatos do atendimento dentro do ambiente hospitalar ou mesmo após a alta, sendo distinto entre os participantes.

“Uma das coisas que mais senti falta foi a falta de comunicação entre a rede estadual e a municipal no que diz respeito ao que eu precisava. Tanto na questão dos materiais, como na questão de suporte psiquiátrico/psicológico” (E7).

“[...] deveríamos sair [...] com consulta já agendada [...] garantindo esse suporte que é talvez tão importante quanto o cuidado com a pele. [...] Eu tive que buscar por conta própria psicóloga e psiquiatra. Porque pelo SUS demoraria muito, mas era questão de urgência após todo o trauma. [...] pelo sistema municipal pediam uma consulta com clínico geral primeiro para depois então ser encaminhada para psiquiatra e eu não tinha esse tempo” (E7).

- **Estrutura hospitalar e básica**

Os resultados apontam uma série de dificuldades vivenciadas no atendimento hospitalar que mostram tanto limitações estruturais, como a falta de leitos e pacientes alocados no corredor, quanto lacunas na capacitação das equipes de saúde para o manejo de queimaduras e também dificuldades no acesso a especialistas, situações potencialmente estressoras que promovem insegurança, medo, estresse, falta de confiança no paciente.

“Na primeira noite foi mais tenso [...] Acho que não tinha lugar. [...] eu dormi uma noite no corredor, na maca ali, com alguém me acompanhando” (E3).

“[...] por alguns dias a gente estava com medo de eu ter perdido a visão. [...] E foi difícil achar uma pessoa, um médico, que fosse lá olhar meu olho e ver se eu ia perder a visão ou não. Então, eu tive que recorrer à ajuda de amigos e contatos [...] que foram em busca de alguma médica de oftalmologia [...] e dar um pouco de tranquilidade pra gente” (E3).

“Após chegar [...] me deparei com muito despreparo da equipe da emergência para lidar com paciente que sofreu grandes queimadura” (E7).

“[...] Fiquei 2 dias aproximadamente no corredor, fizeram uma limpeza onde pude ouvir os profissionais se perguntando o que era para fazer e como era pra fazer os curativos [...] naquele momento não senti a menor confiança nos profissionais” (E7).

“[...] senti que a equipe de médicos não estavam tão preparados para lidar e avaliar quais e quando fazer os procedimentos, como por exemplo, enxertos” (E7).

Obstáculos também foram observados na continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde, com a carência de profissionais capacitados sendo novamente mencionada. Além disso, o descompasso entre a prescrição do material adequado e o fornecimento ao usuário indicou falhas no serviço de matriciamento, que deveria facilitar o tratamento ocasionou prejuízos uma vez que provocou o agravamento do processo inflamatório das lesões.

“[...] a falta de profissionais que conhecem de queimadura nos postos de saúde é gigante [...]” (E7).

“Após sair do hospital eu entrei em contato com a rede municipal para que a equipe pudesse ir na minha casa fazer os curativos [...] mas a própria enfermeira [...] disse que não tinha propriedade para realizar o curativo” (E7).

“Fiquei um tempo fazendo curativo com hidrogel e melolin até vir o matriciamento dos meus materiais. Quando chegou o matriciamento, [...] não mandaram [...] a hidrofibra, conforme a orientação [...] Mandaram o Biatain com prata. [...] Utilizei uma semana e tudo certo. Na segunda semana, estourou mais feridas ainda na minha perna. Minha perna ficou destruída. [...] Ficou bem inflamado” (E2).

- **Gastos com o tratamento e aquisição dos materiais**

Os relatos dos entrevistados destacam desafios significativos relacionados ao elevado custo dos materiais necessários para a recuperação, evidenciando a sobrecarga financeira que esses indivíduos enfrentam ao longo do tratamento. A decisão de adquirir os insumos de forma particular reflete a busca por conveniência e praticidade, porém também expõe as limitações do sistema de saúde pública. A dificuldade de acesso aos materiais pelo SUS e a escolha de assumir os custos, embora ofereça maior conforto e facilite o tratamento, impõem um grande peso financeiro que muitos não conseguem suportar.

“[...] muitas coisas eu estou comprando. Até mais pela praticidade de não ter que ir até o posto e pegar, eu compro e peço para [...] entregar para mim” (E2).

“Às vezes faltava alguma coisa [...] eu tinha que levar o material porque lá no posto de saúde não tinha. Aí, não tinha dinheiro pra comprar o material [...] tive que fazer uma vaquinha” (E3).

“[...] a cada dois dias eu tinha que gastar, sei lá, uns mil reais pra fazer uma troca de curativo [...] era bem caro” (E3).

“[sobre ter que comprar os materiais] É caro, só que é mais caro pra mim ficar parado. Vale mais a pena investir para me recuperar logo do que ficar parado” (E6).

“[...] seria muito importante o auxílio do estado pelo menos com cremes e protetores solares, [...] também, as malhas “compressoras” que são caras e não são todas as pessoas que têm dinheiro para comprá-las” (E7).

No mais, alguns participantes tiveram acesso parcial aos insumos, sendo obrigados a pagar por parte dos materiais utilizados nos curativos. Poucas foram as experiências positivas em que todos os insumos foram adquiridos de forma integral.

“Os materiais eu pegava no postinho [...] foi tranquilo” (E5).

“Eles vem uma vez por semana na minha casa [...]. Eles trazem todo material que precisamos” (E10).

“Os materiais, alguns eu peguei no posto e alguns eu comprei, né? O posto, ele me fornece gaze, rayon, fornece [...] PHMB, faixa. Mas, por exemplo, a colagenase com cloranfenicol [...] eu tô tendo que comprar” (E2).

“o posto fornecia, né? Teve alguns dias só que eles não tinham, mas usei muita atadura, Esparadrapo [...] Eles não forneciam aquele óleo de girassol [...] Daí a gente comprava” (E4).

As falas dos entrevistados ressaltam que, embora o sistema público seja incumbido de fornecer os recursos necessários aos usuários, a assistência ainda é desigual, variando conforme a disponibilidade local e o tipo de material necessário.

DISCUSSÃO

A aceitação da condição e a adaptação ao processo de reabilitação resultaram da compreensão do usuário de que a recuperação das queimaduras é, em geral, um processo demorado. Observou-se que o protagonismo do paciente no tratamento, juntamente com a paciência e a perseverança, foram elementos que influenciaram tanto para a aceitação quanto para uma adaptação mais positiva às novas condições físicas.

Um estudo realizado no Irã com 305 pacientes hospitalizados por queimaduras mostrou que a autoconfiança e a capacidade de adaptação dos pacientes estão associadas a uma melhor qualidade de vida, refletindo em maior bem-estar. Para alcançar esses benefícios, profissionais

de saúde, especialmente enfermeiros, podem contribuir criando um ambiente que favoreça o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que ajudem os pacientes a enfrentar a nova realidade pós-lesão. Nesse contexto, intervenções educacionais, como o treinamento de habilidades para a vida, podem ser úteis, abordando o gerenciamento eficaz da doença, o fortalecimento da crença na recuperação e estratégias para lidar com o estresse mental (Tehranineshat et al., 2020).

De fato, a recuperação da pessoa com queimaduras costuma ser longa e cheia de desafios. Foram percebidas alterações no decorrer do processo terapêutico, como dificuldades em realizar movimentos cotidianos devido à dor persistente, alterações na sensibilidade e perda de amplitude de movimento, especialmente nas mãos e pés. Observou-se que enquanto alguns conseguem se adaptar, outros continuam enfrentando dificuldades ao longo do tempo.

A adaptação exige o uso de acessórios como luvas e hidratantes, para aliviar dores e prevenir o ressecamento das cicatrizes. Alguns participantes relatam um esforço extra para realizar atividades antes simples, como tocar violão ou jogar bola, com aumento do cansaço e limitações na flexibilidade das articulações. Apesar das dificuldades, alguns participantes demonstram um olhar positivo sobre a recuperação, destacando a melhoria na elasticidade da pele, embora com sequelas que exigem cuidados contínuos, como o uso de hidratantes. A recuperação, portanto, é um processo individualizado e complexo, onde os desafios físicos e emocionais exigem adaptações constantes, mas também revelam a resiliência e a criatividade dos participantes diante das novas condições impostas pelas sequelas das queimaduras.

Polachini e Schuster (2022), em seu estudo recomendam, que a reabilitação de adultos vítimas de queimaduras seja iniciada o quanto antes, adaptadas às necessidades individuais de cada paciente. O objetivo dessas intervenções é promover a recuperação da funcionalidade e reduzir as sequelas estéticas.

Os achados reforçam a importância da reabilitação funcional precoce. Exercícios fisioterapêuticos iniciados durante a internação foram mencionados como positivos, resultando na preservação da função motora e na prevenção de perdas permanentes de mobilidade, especialmente em áreas sensíveis, como os dedos. E, apesar das limitações residuais, a reabilitação contribuiu para a restauração da autonomia e possibilitou a retomada de atividades cotidianas e hobbies, como tocar violão, que poderiam ter sido permanentemente comprometidas. Assim, a reabilitação precoce melhora a qualidade de vida e minimiza as sequelas estéticas e funcionais a longo prazo.

O apoio familiar e social foi identificado como um dos principais facilitadores do tratamento, destacando a importância da presença de familiares e amigos tanto durante o resgate

da vítima quanto nos períodos de internação e pós-alta. O presente estudo revelou diferentes formas de apoio, incluindo suporte emocional, logístico, técnico e financeiro.

Oliveira, Novais e Santos (2023), destacam a importância do suporte social no contexto de tratamento e hospitalização por queimaduras, e recomendam que a rede de apoio do paciente seja integrada ao processo terapêutico, pois a presença de figuras de vinculação podem ser um fator protetivo, que fortalece a resiliência e contribui para um enfrentamento mais positivo e eficaz. Nesse sentido, a participação ativa de pessoas importantes para a pessoa que sofreu queimaduras reduziu o impacto emocional durante a recuperação e, também facilitou a adesão ao tratamento, contribuindo para uma recuperação mais tranquila e menos desgastante.

As crenças também foram elencadas como forma de enfrentamento, contribuindo para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas. A religiosidade, assim como o apoio familiar e de amigos também são fatores que beneficiam a recuperação psicossocial nestas condições (Luz et al, 2021).

Os resultados da pesquisa mostram a humanização aplicada no cuidado em saúde de pessoas com queimaduras ao longo de todo o processo terapêutico. A humanização no contexto da saúde significa adaptar o cuidado para reconhecer cada pessoa como ser único, com demandas singulares, que além da abordagem técnica também atende os aspectos subjetivos de sua experiência (Timoteo et al, 2024).

A comunicação acolhedora durante o resgate e o atendimento inicial de vítimas de queimaduras mostrou ser um ótimo instrumento terapêutico, proporcionando conforto emocional e redução do sofrimento. Através da comunicação, o paciente consegue processar e organizar suas percepções e sentimentos. Dessa forma, o profissional de saúde precisa ser sensível ao momento e a escolha cuidadosa de suas palavras, a fim de promover alívio sem agravar a angústia ou o desconforto da vítima (Lima & Oliveira, 2012).

Os relatos sobre o período de internação hospitalar corroboram a literatura ao enfatizar que estabelecer um cuidado humanizado ao paciente envolve a criação de um ambiente que respeite sua dignidade, atenda às suas necessidades e valorize suas individualidades. A enfermagem se destaca na humanização, visto que é o profissional de saúde que mantém o contato mais próximo com o paciente, acompanhando-o ao longo de várias etapas de seu processo de recuperação (Timoteo et al., 2024).

A dor associada às queimaduras emergiu como um tema recorrente nos relatos dos participantes, sendo descrita como intensa e multifacetada, que vai além do sofrimento imediato, tornando-se uma constante na vida das vítimas de queimaduras. Segundo Rigotti e

Ferreira (2005), a dor é uma das sensações mais intensas e pessoais que o ser humano pode vivenciar e capaz de afetar aspectos físicos, emocionais, psicológicos e sociais.

Observou-se que a dor intensa durante o resgate, no trajeto até o hospital, foi capaz de distorcer a percepção temporal, prolongando cada instante e, em alguns casos, fragmentando ou suspendendo a noção de tempo. No entanto, os participantes que receberam tratamento para a dor relataram uma experiência temporal mais "rápida". Segundo Rey et al. (2017), durante episódios dolorosos, a percepção do tempo se expande, e quanto mais intensa é a dor, maior é a distorção na estimativa do tempo, em comparação com estímulos não dolorosos, indicando que a dor prolonga subjetivamente a experiência temporal.

Fisiologicamente, a dor é uma resposta à ativação dos nociceptores na pele, tanto pelo trauma inicial quanto pelos mediadores químicos liberados durante a resposta inflamatória (Caldas et al., 2023). Os relatos dos entrevistados indicaram que, enquanto alguns obtiveram alívio imediato com o uso de analgésicos, outros precisaram passar por uma escalada terapêutica para alcançar o alívio desejado.

O tratamento farmacológico é a principal estratégia utilizada para o manejo da dor de queimaduras, com destaque para o uso de opioides (Chinchilla; Moyano, 2022). Porém, a escolha e o ajuste das medicações devem ser individualizadas, considerando as necessidades específicas de cada pessoa, bem como a extensão e profundidade das lesões. A intensidade varia conforme a profundidade e a extensão das lesões, e pode persistir durante a cicatrização, que ocorre paralelo ao tratamento, quando os filetes nervosos ficam expostos a diversos estímulos ambientais (Caldas et al., 2023).

Estudos indicam que o controle efetivo da dor requer uma abordagem combinada que envolve tanto medicações analgésicas quanto técnicas não farmacológicas (McGovern; Puxty; Paton, 2022).

Ainda, o estudo destacou limitações no controle da dor, como reações adversas e a dificuldade de interromper o uso de opioides, também tornando-se lembranças desagradáveis do tratamento.

O tratamento farmacológico é uma das principais alternativas para o manejo da dor em pacientes queimados, com destaque para o uso de opioides, anestésicos e anti-inflamatórios, entre outras classes de medicamentos. Porém, é preciso estar atento aos efeitos colaterais e reações adversas desencadeadas pelas medicações (Silva et al., 2018; Caldas et al., 2023).

Os opioides levam a ativação crônica de seus receptores com potencial desenvolvimento de tolerância e dependência. A interrupção ou redução abrupta do fármaco pode desencadear no usuário reações psicológicas e fisiológicas (Melo et al, 2020), como na experiência de um

dos entrevistados do presente estudo. A intensidade desses sintomas varia conforme a cronicidade e potência do opioide usado, sendo que pessoas com queimaduras costumam necessitar de doses maiores (Wang et al., 2019).

Timoteo et al. (2024) destacam que, quando expostas a situações de vulnerabilidade, como no contexto das queimaduras, as pessoas precisam de cuidados que vão além do domínio técnico. Quando a confiança não é estabelecida, o paciente pode sentir-se inseguro, como evidenciado por participantes, onde a dúvida constante sobre os cuidados recebidos gera estresse e desconforto, tornando o processo terapêutico ainda mais desafiador.

Em contrapartida, outros participantes compartilharam experiências positivas, em consonância com a literatura, destacando como o estabelecimento da confiança e o fortalecimento do vínculo, por meio de um cuidado humanizado, fundamentado na empatia e na comunicação eficaz, melhoram a qualidade do atendimento e incentivam a participação ativa do paciente (Guandalini et al., 2019; Timoteo et al., 2024).

Por outro lado, a remoção de pele para a enxertia simbolizou para a participante uma perda do próprio corpo. A frustração com as expectativas do procedimento, que parecia ser a solução, porém trouxe complicações prolongando a dor e os desafios. Essa frustração vem da diferença entre a esperança de um alívio definitivo e a dura realidade de uma recuperação mais lenta e difícil.

A cicatrização também se torna um processo doloroso e demorado, especialmente em áreas mais sensíveis do corpo. As falas mostram como a recuperação após queimaduras é um processo complexo, que envolve tanto a cura do corpo quanto a reconciliação com a própria imagem e identidade. Trata-se de um caminho longo, que exige paciência, apoio e, acima de tudo, uma escuta sensível às necessidades emocionais de quem vive esse processo.

Sentimento de perda, medo e ansiedade, também estiveram presentes. A autoestima e autoimagem aparecem sendo afetadas pelas queimaduras. Observou-se que a vítima desencadeia uma espécie de luto pela perda antiga aparência, e a dificuldade em aceitar as mudanças físicas, conforme o relato do participante, faz com que a pessoa perca totalmente o interesse em cuidar da própria imagem, evidenciando o impacto psicológico relacionado ao trauma. Nesse contexto, o acompanhamento psicológico e o cuidado multiprofissional são essenciais para ajudar na aceitação das mudanças físicas e emocionais, contribuindo para a reabilitação e melhoria da qualidade de vida. O tratamento precoce e integrado, considerando os aspectos biopsicossociais, favorece a ressignificação da autoimagem e auxilia na adaptação dos pacientes à nova realidade imposta pelas sequelas do trauma, proporcionando uma

recuperação mais eficaz e menos dolorosa (de Moura-Ferreira, et al., 2024; Echevarría-Guanilo et al, 2012).

Ainda sobre os aspectos emocionais atrelados à queimadura, emoções como ansiedade e medo tiveram destaque, durante os períodos pré-hospitalar, intra-hospitalar e pós-alta. As relações interpessoais entre profissionais e pacientes são construídas por meio de interações comunicativas, que também incluem o compartilhamento de informações sobre o andamento do tratamento. Quando a comunicação falha, essas relações podem se fragilizar, gerando sentimento de insegurança e ansiedade nos pacientes (Beitum et al., 2023).

As “escaras” mencionadas, são lesões por pressão (LP), consideradas eventos adversos evitáveis e um forte indicador da qualidade da assistência prestada em saúde. Ocorrem devido a combinação da pressão prolongada, fricção e cisalhamento, frequentemente em áreas de proeminências ósseas. As LP prolongam o tempo de tratamento, internação hospitalar e reabilitação, aumentam os gastos hospitalares e os riscos de infecção, além de intensificar o sofrimento do paciente. Pessoas que sofreram queimaduras estão particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de LP devido aos longos períodos de internação, a mobilidade prejudicada e fragilidade da pele (Sales; Waters, 2019).

Nota-se pelas falas o desejo, explícito ou implícito, de reverter o ocorrido, querer voltar no tempo. O desejo de “voltar no tempo” expresso pela participante reflete um sentimento de arrependimento e culpa. Ao associar o evento traumático às suas próprias ações, como acender a lareira, ela internaliza a culpa, o que pode aumentar a dificuldade de aceitar as mudanças que o acidente impôs à sua vida. Além do peso emocional, ampliar o sofrimento, também pode retardar o processo de adaptação à nova realidade, uma vez que a pessoa se vê responsável por algo que alterou sua vida de uma maneira não positiva e muitas vezes permanente (Moraes; Marcolan, 2023).

Destacou-se o impacto emocional causado pela percepção do corpo fragilizado após o trauma. A consciência dessa vulnerabilidade, especialmente após o período em coma, descrito pelo participante como “um choque”, assemelha-se ao processo de luto, houve uma perda da imagem corporal anterior ao acidente, pode desencadear sentimento de tristeza, medo, ansiedade, depressão, exigindo tempo e apoio clínico e psicológico, da família, para ressignificar sua relação com o corpo (Moraes; Marcolan, 2023).

As falas mostraram que as queimaduras e seus tratamentos transformam a rotina dos pacientes que passa a ser organizada conforme sua condição física. Entre os principais efeitos observados estão o deslocamento frequente até unidades básicas de saúde (UBS) para a realização de curativos. A tarefa que se torna especialmente desafiadora em municípios

menores ou em áreas rurais. Nessas localidades, barreiras como a falta de transporte, longas distâncias até as unidades de saúde e a escassez de recursos materiais e humanos dificultam o acesso oportuno e adequado às demandas da população (Magalhães et al., 2022).

Nota-se ainda que procedimentos como enxertias, embora indispensáveis para a recuperação em casos mais graves, exigiram ainda mais esforço por parte do paciente, tanto para locomoção a depender do local da área de pele doadora e também por ser um curativo adicional.

Outro ponto relevante é a necessidade de buscar atendimento em outros pontos de saúde diferentes aos habituais e mais distantes, especialmente em situações que requerem assistência durante os finais de semana. Somado à dificuldade de encontrar profissionais capacitados para manejar os cuidados com queimaduras, como curativos.

No que diz respeito à participação de pessoas em tratamento de queimaduras nas atividades relacionadas ao trabalho, o presente estudo ressalta uma conexão significativa entre as limitações impostas pelo processo de recuperação e a capacidade de retomada dessas atividades. As queimaduras, especialmente aquelas que afetam a funcionalidade de membros essenciais para o desempenho profissional, como as mãos, frequentemente resultam em afastamentos prolongados, perda de produtividade e prejuízos econômicos. Além disso, a necessidade de frequentar unidades de saúde para curativos e consultas médicas interfere diretamente na rotina laboral, dificultando a conciliação entre trabalho e tratamento.

Em termos acadêmicos, o impacto é igualmente relevante. A interrupção dos estudos devido à mobilidade reduzida, às dores crônicas ou às dificuldades emocionais frequentemente compromete a continuidade da formação educacional, atrasando ou até mesmo interrompendo trajetórias acadêmicas.

Além das implicações individuais, a nova realidade de cuidados também afeta a dinâmica familiar, pois muitas vezes os pacientes dependem de apoio constante para tarefas diárias e para atender às demandas do tratamento. Esse contexto pode sobrecarregar emocional e financeiramente os familiares, que precisam adaptar suas rotinas ou buscar recursos externos para oferecer o suporte necessário.

Em relação ao acesso ao cuidado do grupo estudado, tanto para o atendimento pré-hospitalar quanto para os períodos de transição do cuidado para outros pontos da rede, foram observados casos que obtiveram sucesso na obtenção do acompanhamento contínuo, organização eficiente e encaminhamentos ágeis. A referência e contrarreferência em saúde, previstas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), são ferramentas essenciais para garantir a troca

de informações, a integração do cuidado e o trânsito eficaz do usuário pela rede de atenção (Andrade & Francischetti, 2019).

A continuidade e a coordenação do cuidado são fundamentais para a recuperação das pessoas que sofreram queimaduras, especialmente após a alta hospitalar. Esses conceitos, quando colocados em prática, visam assegurar que o paciente continue recebendo a assistência necessária em um sistema de saúde integrado e responsivo às suas necessidades específicas (Santos et al., 2022).

No entanto, apesar de o acesso do usuário ao sistema de saúde ser um direito defendido em lei, nem todos relataram o mesmo sucesso, assim, os achados apontaram a falta de comunicação entre os serviços de saúde como uma questão negativa para este que deveria ser um facilitador. Assim como na literatura, a fragmentação do sistema de atenção ainda representa um obstáculo para a implementação efetiva desses mecanismos, limitando a continuidade do cuidado (Andrade & Francischetti, 2019).

No contexto das queimaduras, a transição para o atendimento na UBS ou ambulatorial é essencial, dado que a recuperação demanda cuidados prolongados e acompanhamento contínuo. Para que o sistema funcione de maneira integrada, é essencial uma comunicação eficiente entre os diferentes níveis de assistência, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os serviços especializados. Somente assim é possível evitar que o paciente enfrente lacunas no cuidado, garantindo uma recuperação mais eficaz e integral (Santos et al., 2022).

Destaca-se que todos os participantes do presente estudo se encontravam em acompanhamento ambulatorial. Segundo Gonçalves et al. (2020), o acompanhamento ambulatorial permite a continuidade do cuidado integral a pessoas que receberam alta hospitalar, porém ainda apresentam sequelas e lesões de pele.

Ao atuar como coordenador do cuidado, o enfermeiro estabelece uma ponte entre o ambiente hospitalar e o pós-alta, orientando as pessoas que sofreram queimaduras e seus familiares sobre o manejo de feridas, cuidados com curativos, prevenção de infecções e promoção da reabilitação. Logo, envolve não apenas o suporte técnico, mas também a comunicação constante com outros profissionais de saúde, facilitando o acesso a recursos e tratamentos adicionais (Santos et al., 2022).

Os achados indicaram disparidades quanto ao acesso à fisioterapia especializada. O modelo de fisioterapia domiciliar, ao qual uma das participantes teve acesso, segundo Benassi et al. (2012) e Silva et al. (2022), permite cuidados personalizados e ajustes no tratamento no próprio lar, eliminando a necessidade de deslocamento e contribuindo positivamente para a recuperação. No entanto, outros relataram dificuldades no acesso a fisioterapia, seja devido ao

longo tempo de espera por atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou aos desafios logísticos para chegar ao serviço, comprometendo a continuidade dos cuidados.

Ainda, destaca-se que alguns participantes mencionaram terem sido atendidos por um serviço de fisioterapia especializado no cuidado em queimaduras, oferecido por uma universidade pública enquanto aguardavam atendimento na rede de saúde. Esses serviços são oferecidos pela Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC), de forma independente, prestados diretamente pela universidade à comunidade, sem vínculo formal com o SUS. Nesse contexto, ao mesmo tempo que a situação descrita ressalta a importância da extensão universitária e valorização das universidades públicas, que, ao lado do ensino e da pesquisa, conecta o conhecimento acadêmico às necessidades sociais, também, destaca lacunas no acesso a serviços especializados pelo SUS (Bicca, Marques e Carvalho, 2021).

Também foram observados desafios relacionados à estrutura hospitalar. A falta de leitos e a alocação de pacientes em condições inadequadas, como em corredores, evidenciam as limitações estruturais e a superlotação hospitalar. De acordo com Silva (2020), a superlotação hospitalar está frequentemente associada a fragilidades de gestão nos distintos setores de gestão de sistemas de saúde, causando dificuldades no acesso a leitos de internação, prolongando o tempo de permanência hospitalar e comprometendo a eficiência do trabalho dos profissionais de saúde.

Outro ponto crítico envolve as lacunas na capacitação das equipes de saúde para o manejo de queimaduras e a dificuldade no acesso a especialistas, principalmente após o atendimento hospitalar, isto é, na Atenção Primária à Saúde (APS). Essas deficiências foram percebidas pelos participantes como situações geradoras de estresse, insegurança, medo e falta de confiança durante o período de internação.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os participantes destacaram a dificuldade de encontrar profissionais capacitados, com os quais pudessem sentir tranquilidade/confiança nos cuidados realizados. Um estudo realizado com trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde do Sul do Rio Grande do Sul identificou desafios no atendimento a pessoas com queimaduras, destacando a falta de preparo devido a lacunas na formação, ausência de protocolos claros e insuficiência de recursos e insumos (Fuculo Junior et al., 2021).

Além do mais, constatou-se um descompasso entre a prescrição de materiais adequados e o fornecimento aos pacientes, o que resultou no agravamento das lesões de uma participante. Soares et al. (2021) ressaltam que o matriciamento, como modelo de atendimento a pessoas com feridas na APS, tem se mostrado eficiente ao ampliar o acesso aos serviços, qualificar o

atendimento e promover um melhor gerenciamento das informações em saúde. No entanto, falhas nesse processo comprometem os resultados esperados.

Sobre a aquisição de materiais necessários para o tratamento de queimaduras, os achados destacaram que a aquisição de curativos, cremes e outros itens essenciais não é apenas uma preocupação clínica, mas também um peso financeiro para a pessoa com queimaduras.

Pois, poucas as experiências positivas em que todos os materiais foram adquiridos integralmente pela Rede. E, embora alguns insumos fossem fornecidos pelo sistema público, os entrevistados relataram que, em determinados momentos, precisaram comprar materiais por conta própria para garantir a continuidade do tratamento.

A decisão de adquirir os insumos de forma particular reflete a busca por conveniência e praticidade, porém também expõe as limitações do sistema de saúde pública. A dificuldade de acesso aos materiais pelo SUS e a escolha de assumir os custos, embora ofereça maior conforto e facilite o tratamento, impõem um grande peso financeiro que muitos não conseguem suportar.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta investigação, foi possível aprofundar a compreensão sobre o longo e desafiador processo terapêutico no qual transita a pessoa que sofreu queimaduras. A experiência de recuperação se mostrou multifacetada e complexa, envolvendo tanto aspectos facilitadores quanto obstáculos significativos.

A diversidade de perspectivas apresentadas e pontos identificados, destaca a complexidade deste cenário e destaca as disparidades relacionadas ao acesso à saúde e continuidade do cuidado da pessoa com queimadura, além de evidenciar problemas de cunho estruturais e técnicos presentes nos diferentes pontos da rede.

Por outro lado, também foram identificados fatores facilitadores como o envolvimento no cuidado com as lesões, a aceitação do processo de recuperação e resiliência e, principalmente a presença de uma rede de apoio familiar e social bem estruturada e participativa. A atuação de uma equipe multiprofissional sensível e qualificada é essencial para fortalecer esses aspectos positivos, permitindo que o paciente se sinta acolhido e compreendido em todas as fases do tratamento.

A compreensão dos aspectos emocionais e psicoemocionais envolvidos na recuperação de pessoas que sofreram queimaduras poderá ajudar os profissionais de saúde a desenvolver estratégias mais acolhedoras ampliando a visão sobre o cuidado integral.

Diante das considerações delineadas, o presente estudo representa uma valiosa contribuição para a ampliação do conhecimento relativo à potencialidade e

fragilidades vivenciadas por pessoas com queimaduras atendidas na rede de atenção à saúde durante o processo terapêutico. No entanto, apresenta limitações, especialmente devido ao uso da internet. A realização das entrevistas presencialmente permitiria uma observação mais rica dos participantes e incluiria aqueles sem acesso à internet ou habilidades digitais, garantindo uma amostra mais representativa.

Distante de resolver todas as questões relacionadas a essa temática, espera-se que as reflexões geradas por esta pesquisa possam inspirar melhorias na prática clínica, no cuidado multiprofissional e no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a integralidade e a humanização do atendimento às pessoas com queimaduras, promovendo uma abordagem mais sensível a identificar, compreender, respeitar e atender as necessidades individuais a partir da totalidade de suas experiências e desafios.

REFERÊNCIAS

- ABAD, A.; ABAD, T.M. Análise de conteúdo na pesquisa qualitativa. **Alternativas cubanas en Psicología**, v. 10, n.28, p. 24-32, 2022. Disponível em: <https://acupsi.org/wp-content/uploads/2022/03/03-Analisis-contenido-AAbad-TMarques.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2024
- ANDRADE, L.S., FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas, **Saúde & Transformação Social**, v.10, n.1/2/3, p. 54-63, 2019.
- BENASSI, V. et al. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. **J Health Sci Inst**, v. 30, n.4, p. 395-398, 2012.
- BEITUM, I. X et al. Percepções de pacientes adultos acerca da vivência da internação em centro de tratamento de queimados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 13, p. e5, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/71232>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- BICCA, B. V. M.; MARQUES, L.F.S.; CARVALHO, C. M. R. G. de. University extension as a public policy on social inequalities and the contributions of the tutorial education program in the community. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p.1-10, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18492>
- BOCKORNI, B. R.; GOMES, A.F.A. amostragem em Snowball (Bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, v. 22, n. 1, 2021. Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/empresarial/article/view/8346>. Acesso em: 21 nov. 2024.
- CALDAS, R. G. et al. Manejo analgésico do paciente queimado: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 4, p. 16076–16088, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61771>.
- CARDOSO, L. S., et al. Assistência à saúde para pessoas com queimaduras atendidas em estratégias de saúde da família. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 39, p. 120–128, 2022. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/691>. Acesso em: 16 nov. 2024.

CHINCHILLA, P. A.; MOYANO, J. R. Efficacy of opioids and non-opioid analgesics in the treatment of post procedure pain of burned patients: a narrative review. **Braz. J. Anesthesiol**, v. 72, n. 5, p. 637 - 647, set. 2022.

DE MOURA-FERREIRA, M. C. et al. Queimaduras: aspectos biopsicossociais, autoestima e imagem corporal pós-trauma. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 1, p. 2448–2458, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/2439> Acesso em: 20 nov. 2024.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. et al.. Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. **Revista Brasileira de queimaduras**, v. 11, n. 3, p. 120-124, 2012. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/116/pt-BR>

FUCULO-JUNIOR, P. R. B. et al. Dificuldades vivenciadas na atenção básica pela equipe multiprofissional de saúde no atendimento ao usuário queimado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, n. 1, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuernj/article/view/58896>. Acesso em: 20 nov. 2024.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022. 208 p

GUANDALINI, S. de O. et al., Importância do vínculo entre equipe de saúde e pacientes na saúde mental. In: ANAIS DO 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2019, Cuiabá. **Anais eletrônicos...**, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/cbmfc-2019/trabalhos/importancia-do-vinculo-entre-equipe-de-saude-e-pacientes-na-saude-mental?lang=pt-br>. Acesso em: 14 Nov. 2024.

GONÇALVES, N. et al. Atuação da enfermagem no acompanhamento ambulatorial de uma pessoa com queimadura elétrica em tratamento conservador: relato de caso. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/792> Acesso em: 20 nov. 2024.

LIMA, P. M.; OLIVEIRA, A. C. M.. Relação profissional-paciente: a busca pela humanização nos serviços de saúde, **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 1, n. 37, p. 47-50, 2012.

MAIA, L. F. dos S.; LIMA, F. de S.; MAIA, J. S. Comunicação terapêutica: instrumento valioso do enfermeiro para uma assistência de qualidade. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 3, n.3p. 10, 2022. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/975>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MELO, A. P. et al.. RETIRADA DE OPIOIDES: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 67098–67112, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/16412>. Acesso em: 19 nov. 2024.

MCGOVERN, C.; PUXTY, K.; PATON, L. Major burns: part 2. anaesthesia, intensive care and pain management. **Bja Education**, v. 22, n. 4, p. 138-145, abr. 2022.

MAGALHAES, D.L. et al. Access to health and quality of life in the rural area. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26906>

MORAES, S. R. P.; MARCOLAN, J. F. O sofrimento, a depressão e o impacto na autoimagem em indivíduos com queimaduras. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 56, n. 1, p. 1-11. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/188001..>

- OLIVEIRA, K. M. F., NOVAIS, M. R., SANTOS, R. C. Resiliência: Avaliação de pacientes queimados em um hospital de urgência e emergência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.43, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003248738>
- POLACHINI, C.P.N; SCHUSTER, R.C. Conduas fisioterapêuticas no atendimento imediato e tardo de vítimas de queimaduras: uma revisão integrativa da literatura, **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v.7, n.2, p. 1-16. 2022. Disponível em: <https://cientifica.cnec.br/index.php/revista-perspectiva/article/view/167>
- REY, A. E. et al. Pain dilates time perception. **Scientific Report**, v.7, n. 15682, 2017. <https://www.nature.com/articles/s41598-017-15982-6>
- RIGOTTI, M.A; FERREIRA, A.M. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-54, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-430307>
- SALES, D.O; WATERS, C.. O uso da Escala de Braden para prevenção de lesão por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, **Brazilian Journal of Review**, v.2, n. 6, p. 4900-4925, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/4300>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- SANTOS, M.T et al. Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-8, 2022. disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/6LKTVg3jdQj8VdvWDxVF3QQ/?format=pdf&lang=pt>
- SILVA, D. P. et al. Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 17, p. 64-76, 2020
- SILVA, D. S. et al. Intervenções fisioterapêuticas no atendimento domiciliar em idosos. **Revista Dissertar**, v. 1, n. 37, 2022.
- SOARES CF, et al. Apoio matricial de enfermagem como inovação no cuidado à pessoa com ferida, **Enfermagem em Foco**, v.12, n.1, p. 82-86, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/367710266_Apoio_matricial_de_enfermagem_como_inovacao_no_cuidado_a_pessoa_com_ferida/fulltext/63da8315c97bd76a8253b40c/Apoio-matricial-de-enfermagem-como-inovacao-no-cuidado-a-pessoa-com-ferida.pdf.
- TEHRANINESHAT, B et al. A Study of the Relationship Among Burned Patients' Resilience and Self-Efficacy and Their Quality of Life. **Patient Prefer Adherence**, v.2020, n. 14, p. 1361-1369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PPA.S262571>
- TIMOTEO, A. A. et al. Humanização na Assistência à Saúde: Enfoque na Enfermagem, **Faculdade Logos, Revista Acadêmica Saúde e Educação**, v. 3, n. 1, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://revistaacademicafalog.com.br/index.php/falog/article/view/155>
- WANG, S. C. et al. Opioid Addiction, Genetic Susceptibility, and Medical Treatments: A Review. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 17, p. 4294, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms20174294>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diversas perspectivas compartilhadas pelos participantes revelam a complexidade do cenário abordado. As diferentes vivências de pessoas com queimaduras ressaltam a necessidade de uma abordagem que não se limite aos cuidados com o corpo e as lesões, mas que também considere os aspectos psicológicos, emocionais e sociais atrelados ao trauma da queimadura.

Nesse contexto, o estudo contribuiu para a expansão do conhecimento sobre as potencialidades e fragilidades presentes no tratamento e vivenciadas por pessoas com queimaduras atendidas na rede de atenção à saúde. No entanto, é importante reconhecer as limitações da pesquisa, especialmente devido à abordagem via internet, sendo confortável para alguns dos mesmos, por sentirem desconforto da nova aparência.

Como acadêmica de enfermagem e futura profissional da área, a realização desta pesquisa proporcionou uma imersão profunda no fenômeno estudado, permitindo-me compreender de forma mais detalhada as experiências vividas pelos pacientes com queimaduras. Esse processo resultou na produção de dados robustos, que contribuem significativamente para o corpo científico e oferecem uma base sólida para aprimorar as práticas na área da saúde, sempre com foco no cuidado integral ao indivíduo.

Além de enriquecer meu conhecimento acadêmico, a prática da pesquisa foi uma experiência transformadora, que sensibilizou meu olhar para as complexidades do campo e para as diversas realidades envolvidas no cuidado à saúde. A adoção de uma abordagem inclusiva ao longo do estudo permitiu uma maior integração dos participantes no processo, o que fortaleceu as relações humanas e ampliou minha compreensão sobre a importância de um cuidado que respeite e atenda às necessidades únicas de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ABAD, A.; ABAD, T.M. Análise de conteúdo na pesquisa qualitativa. **Alternativas cubanas en Psicología**, v. 10, n.28, p. 24-32, 2022. Disponível em: <https://acupsi.org/wp-content/uploads/2022/03/03-Analisis-contenido-AAbad-TMarques.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2024
- ANDRADE, L.S., FRANCISCHETTI, I. .Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas, **Saúde & Transformação Social**, v.10, n.1/2/3, p. 54-63, 2019.
- AIQUOC, K. M. *et al.* Avaliação da satisfação com a imagem corporal dos pacientes queimados. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 4, p. 952-959, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237579/31773>. Acesso em: 15 set. 2023.
- ARAÚJO, M. F. N. *et al.* Ação da sulfadiazina de prata para o tratamento de queimaduras: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 5, p. e10095, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10095>
- ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RGjRnvjbyMstF7VF6wtr7LD/#ModalHowcite>. Acesso em: 15 out. 2023.
- ALEMAYEHU, S. *et al.* Management Outcome of Burn Injury and Associated Factors among Hospitalized Children at Ayder Referral Hospital, **International Journal of Pediatrics**, v. 2020, n.1, p. 1-9, fev. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7049818/>. Acesso em: 09 abr. 2024
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B.. Educação Ambiental Comunitária: uma experiência com a Técnica de Pesquisa Snowball (Bola de Neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, v. 26, p. 46-60, 2011
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 141 p. Tradução de: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.
- BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223–230, jan. 2012.
- BEITUM, I. X. *et al.* Percepções de pacientes adultos acerca da vivência da internação em centro de tratamento de queimados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 13, p. e5, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/71232>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- BENASSI, V. *et al.* Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. **J Health Sci Inst**, v. 30, n.4, p. 395-398, 2012.
- BERNARDO, A. F. C.; SANTOS, K.; SILVA, D. P. Pele: alterações anatômicas e fisiológicas do nascimento à maturidade. **Revista Saúde em Foco**, v. 1, n. 11, p. 1221-1233, 2019. Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/11/PELE-ALTERA%C3%87%C3%95ES-ANAT%C3%94MICAS-E-FISIOLOGICAS-DO-NASCIMENTO-%C3%80-MATURIDADE.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023

BICCA, B. V. M.; MARQUES, L.F.S.; CARVALHO, C. M. R. G. de. University extension as a public policy on social inequalities and the contributions of the tutorial education program in the community. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p.1-10, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18492>

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, v. 53, n. 47, dez. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47/view>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.273, de 21 de novembro de 2000. Brasília: Diário Oficial da União; 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1273_21_11_2000.html. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.274, de 21 de novembro de 2000. Brasília: Diário Oficial da União; 2000. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=3545. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Diário Oficial da União; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 07 out. 2023.

CARDOSO, L. S., et al. Assistência à saúde para pessoas com queimaduras atendidas em estratégias de saúde da família. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 39, p. 120–128, 2022. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/691>. Acesso em: 16 nov. 2024.

CARLUCCI, V. D. DA S. *et al.* A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 21–28, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/FMLTbKsYLR7cgnHFcqcKnf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 26 nov. 2023.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext). Acesso em: 15 out. 2023.

CAVALARI JUNIOR, P. *et al.* Diretrizes de atendimento inicial ao paciente queimado do Hospital Universitário de Maringá. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, p. e26012541676, 2023.

COSTA, P. C. P. *et al.* Cuidados de enfermagem direcionados ao paciente queimado: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 3, n. 76, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vsThRqQXTLVvkqRVH6NSLGhd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

CHINCHILLA, P. A.; MOYANO, J. R. Efficacy of opioids and non-opioid analgesics in the treatment of post procedure pain of burned patients: a narrative review. **Braz. J. Anesthesiol**, v. 72, n. 5, p. 637 - 647, set. 2022.

DE MOURA-FERREIRA, M. C. *et al.* Queimaduras: aspectos biopsicossociais, autoestima e imagem corporal pós-trauma. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 1, p. 2448–2458, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/2439> Acesso em: 20 nov. 2024.

DOMINGUES, M. J. A.; MELO, A. G.; CECATI, F. A.. A importância da regra do nove para o atendimento do grande queimado em unidade de emergência sob a ótica do enfermeiro. **Revista Faculdade do Saber**, v. 8, n. 17, p. 1811-1818, 2023. Disponível em: <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/220>. Acesso em: 16 out. 2023.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. *et al.* Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. **Revista Brasileira de queimaduras**, v. 11, n. 3, p. 120-124, 2012. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/116/pt-BR>

FERREIRA, M. F. F. *et al.* Processo de construção de políticas públicas com enfoque na projeção de custos na atenção hospitalar: A estruturação da linha de cuidado aos queimados em Minas Gerais. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos - ABC**, 2022. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4976>. Acesso em: 09 out. 2023.

FUCULO-JUNIOR, P. R. B. *et al.* Dificuldades vivenciadas na atenção básica pela equipe multiprofissional de saúde no atendimento ao usuário queimado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, n. 1, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuernj/article/view/58896>. Acesso em: 20 nov. 2024.

GEMPERLI, R.; MUNHOZ, A. M.; GOMEZ, D. S. Avaliação inicial e tratamento das queimaduras. In: *Fundamentos da cirurgia plástica*. Rio de Janeiro: Thieme, 2015.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2019

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022. 208 p

GONÇALVES, N. *et al.* Atuação da enfermagem no acompanhamento ambulatorial de uma pessoa com queimadura elétrica em tratamento conservador: relato de caso. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/792> Acesso em: 20 nov. 2024.

GUANDALINI, S. O. *et al.* Importância do vínculo entre equipe de saúde e pacientes na saúde mental. In: ANAIS DO 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2019, Cuiabá. **Anais eletrônicos...**, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/cbmf-2019/trabalhos/importancia-do-vinculo-entre-equipe-de-saude-e-pacientes-na-saude-mental?lang=pt-br>. Acesso em: 14 Nov. 2024.

HETTIARATCHY, S., PAPINI, R. Initial management of a major burn: II--assessment and resuscitation. **BMJ**. v. 329, p.101-103, 2004. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC449823/>

HAGY, L. K. C.; CANDIDO, R. G.; SOLER, V. M.. Burn Specific Health Scale – Revised (BSHS-R) - aplicação em pessoas pósqueimaduras. **Cuid Enferm.**, v. 14, n.1, p. 61-68, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119292>.

HUGHES, A. *et al.* Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020. **Burns**, v. 47, n. 2, p. 349-370, 2021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304599?via%3Dihub>. Acesso em: 01 out. 2023.

JESCHKE, M.G. *et al.* Burn injury. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 6, n. 11, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41572-020-0145-5>. Acesso em: 20 set. 2023

KIM E.; DREW. P. J. Management of burn injury. **Surgery**, v. 40, n. 1, p. 62-69, 2022. Disponível em:
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0263931921002404?casa_token=oIzGVI_6UgAAAAAA:r4N47m_W0xP37oQcgLATHrzsFkYaNxVguEcOJ6fdL1oh5o_FyEG6mpqUIWqdbfxqWbeXVHluAg#sec4. Acesso em: 09 out. 2023.

KORKMAZ, H. I. *et al.* The Complexity of the Post-Burn Immune Response: An Overview of the Associated Local and Systemic Complications. **Cells**, v. 12, n. 3, p. 345, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2073-4409/12/3/345>. Acesso em: 05 out. 2023.

LANG, *et al.* A Critical Update of the Assessment and Acute Management of Patients with Severe Burns. **Advances in Wound Care**, v. 8, nº12, p.607-633, 2019. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/wound.2019.0963>. Acesso em: 09 out. 2023.

LIMA, P. M.; OLIVEIRA, A. C. M.. Relação profissional-paciente: a busca pela humanização nos serviços de saúde, **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 1, n. 37, p. 47-50, 2012.

LUZ, R. M. D. *et al.* Aspectos psicológicos de pacientes pós-queimaduras: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n.6, p. .60538-60555, 2021.

MAIA, L. F. dos S.; LIMA, F. de S.; MAIA, J. S. Comunicação terapêutica: instrumento valioso do enfermeiro para uma assistência de qualidade. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 3, n.3p. 10, 2022. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/975>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

MELO, A. P. *et al.* RETIRADA DE OPIOIDES: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 67098–67112, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/16412>. Acesso em: 19 nov. 2024.

MCGOVERN, C.; PUXTY, K.; PATON, L. Major burns: part 2. anaesthesia, intensive care and pain management. **Bja Education**, v. 22, n. 4, p. 138-145, abr. 2022.

MIRANDA, H. P. F. *et al.* Queimaduras: fisiopatologia das complicações sistêmicas e manejo clínico/ Burns: pathophysiology of systemic complications and clinical management. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p.64377–64393, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/32102>.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago**. Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/aceso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 27 nov. 2023.

- NEWBERRY J. A., *et al.* Timely access to care for patients with critical burns in India: a prehospital prospective observational study. **Emergency Medicine Journal**, v. 36, n. 3, p. 176-182, 2019. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/36/3/176>. Acesso em: 07 out. 2023.
- NOGUEIRA, B. L. *et al.* Os curativos a base de prata e sua eficácia em queimaduras: uma revisão integrativa / Silver-based dressings and their effectiveness in burns: an integrative review. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 8535–8556, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43592>. Acesso em: 24 jul. 2024.
- OLIVEIRA, K. M. F., NOVAIS, M. R., SANTOS, R. C. Resiliência: Avaliação de pacientes queimados em um hospital de urgência e emergência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.43, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003248738>
- PAIVA, C. H. A., TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde: nota sobre contexto e autores. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=en#>. Acesso em: 15 out. 2023.
- PAZ, F. R. L. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem no atendimento de emergência aos pacientes vítimas de queimaduras. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 10, p. 2675-3375, 2024.
- POLACHINI, C.P.N; SCHUSTER, R.C. Condutas fisioterapêuticas no atendimento imediato e tardo de vítimas de queimaduras: uma revisão integrativa da literatura, **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v.7, n.2, p. 1-16. 2022. Disponível em: <https://cientifica.cneec.br/index.php/revista-perspectiva/article/view/167>
- POSSAMAI, L. *et al.* Queimaduras: manejo cirúrgico. **Acta méd**, v.33, n.1, p1-7, 2012. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879485/queimaduras-manejo-cirurgico.pdf>.
- REY, A. E. *et al.* Pain dilates time perception. **Scientific Report**, v.7, n. 15682, 2017. <https://www.nature.com/articles/s41598-017-15982-6>
- RIGOTTI, M.A; FERREIRA, A.M. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-54, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-430307>
- ROWAN, M. P. *et al.* Burn wound healing and treatment: review and advancements. **Critical Care**, v. 19, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464872/>. Acesso em: 13 nov. 2023.
- SALES, D.O; WATERS, C. O uso da Escala de Braden para prevenção de lesão por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, **Brazilian Journal of Review**, v.2, n. 6, p. 4900-4925, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/4300>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- SANTOS, M.T *et al.* Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-8, 2022. disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/6LKTVg3jdQj8VdvWDxVF3QQ/?format=pdf&lang=pt>
- SCHAEFER, T. J.; SZYMANSKI, K. D. **Burn Evaluation and Management**. Treasure Island (FL): StatPearls, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430741/>. Acesso em: 08 out. 2023.
- SECUNDO, C. O. *et al.* Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.18, n.1, p. 39-46, 2019.

Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/458/pt-BR/protocolo-de-cuidados-de-enfermagem-ao-paciente-queimado-na-emergencia--revisao-integrativa-da-literatura>. Acesso em: 17 set. 2023.

SENA, C. N., BRANDÃO, M. L. Curativos em queimaduras: Revisão da prática brasileira. **Rev Bras Queimaduras**, v. 20, n. 1, p. 53-59, 2021. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/521/pt-BR>.

SILVA, A. V., *et al.* Terapias aplicadas no tratamento das lesões por queimaduras de terceiro grau e extensão variável: revisão integrativa. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 53, n. 4, p. 456–463, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/172357..> Acesso em: 25 jul. 2024.

SILVA, D. P. *et al.* Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 17, p. 64-76, 2020

SILVA, D. S. *et al.* Intervenções fisioterapêuticas no atendimento domiciliar em idosos. **Revista Dissertar**, v. 1, n. 37, 2022.

SHPICHKA, A. *et al.* Skin tissue regeneration for burn injury. **Stem Cell Research & Therapy**, v. 10, n. 94, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://stemcellres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13287-019-1203-3>. Acesso em: 14 out. 2023.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, S. J. Pesquisa Científica: uma abordagem sobre o método qualitativo. **Revista Ciranda**, v.1, n. 3, p. 168-180, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/314/348>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. **Manual de queimaduras para estudantes**. Brasília: SBQ, 2021. p. 178. Disponível em: <https://sbqueimaduras.org.br/material/3091>. Acesso em: 08 set. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. Unidades de Tratamento de Queimaduras. Florianópolis: SBQ, 2023. Disponível em: <https://sbqueimaduras.org.br/unidades-tratamento-queimados>.

SOUSA, Y. S. *et al.* Assistência de enfermagem à vítima de queimaduras: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 12, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/7770>. Acesso em: 05 set. 2023.

SOUZA, M. T.; NOGUEIRA, M. C.; CAMPOS, E. M. S. Fluxos assistenciais de médios e grandes queimados nas regiões e redes de atenção à saúde de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 327-335, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/cJD57rY5tmHL83spX3Ht7dF/?lang=pt#>. Acesso em: 22 set. 2023.

SOUZA, L. R. P. *et al.* O tratamento de queimaduras: uma revisão bibliográfica / The burn treatment: a bibliographic review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27982>. Acesso em: 20 nov. 2023.

TEHRANINESHAT, B. *et al.* A Study of the Relationship Among Burned Patients' Resilience and Self-Efficacy and Their Quality of Life. **Patient Prefer Adherence**, v.2020, n. 14, p. 1361-1369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PPA.S262571>

TIMOTEO, A. A. *et al.* Humanização na Assistência à Saúde: Enfoque na Enfermagem, **Faculdade Logos, Revista Acadêmica Saúde e Educação**, v. 3, n. 1, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://revistaacademicafalog.com.br/index.php/falog/article/view/155>

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal For Quality In Health Care**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 349-357, 14 set. 2007. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>.

VIANA, F. O. *et al.* Conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o atendimento inicial ao queimado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/R3K78cXV6CVwbwXDhkrj7xP/?format=pdf&lang=pt>.

VIEIRA, I. C. *et al.* Manejo Terapêutico do Paciente Queimado: Revisão de Literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v.6, n.1, p. 1698-1715, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1312>.

WANG, S. C. *et al.* Opioid Addiction, Genetic Susceptibility, and Medical Treatments: A Review. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 17, p. 4294, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms20174294>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Burns**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/burns#>. Acesso em: 18 set. 2023.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“Atenção a pessoas que sofreram queimaduras: desafios da atenção na Rede de Saúde na perspectiva do usuário”

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Atenção a pessoas que sofreram queimaduras: desafios da atenção na Rede de Saúde na perspectiva do usuário**”, cujo **objetivo** é conhecer a trajetória (caminho) no atendimento na rede de atenção à saúde de pessoas que sofreram queimaduras, – assim como conhecer os desafios; as facilidades e as dificuldades apresentadas para iniciar o atendimento de queimaduras na rede de atenção à saúde.

A pesquisa será desenvolvida pela enfermeira Maria Elena Echevarria Guanilo e a estudante de enfermagem Fernanda Koerich.

A pesquisa não vai trazer nenhuma mudança no seu atendimento. Serão sempre seguidas as recomendações surgidas durante seu tratamento. Você só participará desse estudo se desejar. Se você não quiser participar pode retirar sua participação em qualquer momento da pesquisa, isto será possível e não lhe trará qualquer consequência ou prejuízo em seu atendimento.

Ao participar da pesquisa, solicitaremos a sua colaboração para agendar um dia e horário que lhe sejam favoráveis para realizar uma entrevista (conversa) virtual por meio de plataformas que lhe sejam mais fáceis de acessar, por exemplo: *Skype®*, *WhatsApp®*, *Google Meet®* ou *Facetime®*, conforme sua preferência e familiaridade de uso.

No momento da entrevista, lhe faremos algumas perguntas referentes ao que tem vivenciado como pessoa que sofreu queimaduras, sendo atendida na Rede de Atenção à Saúde. Após esta entrevista, gostaríamos de convidá-lo a participar de um segundo momento de conversa, no caso de que identifiquemos a necessidade de complementar algumas informações que possam ter ficado incompletas ou pouco esclarecidas.

Lembramos que durante o processo de entrevista é possível que algumas perguntas possam oferecer **riscos** referentes a lembranças dolorosas e desagradáveis. Nesse sentido, o pesquisador realizará a condução da entrevista visando minimizar as consequências preservando sua integridade e respeitando sua disponibilidade, disposição física e psicoemocional em todas as etapas da participação e para a realização da mesma.

Ao iniciar a entrevista, solicitamos o seu consentimento para a gravação da entrevista por meio de gravador digital. O uso deste servirá para um maior resgate do conteúdo das falas para a posterior análise, através da transcrição a ser realizada. A interrupção da gravação poderá ser realizada a qualquer momento da entrevista, caso sinta-se desconfortável, desista da

gravação ou participação. Como responsáveis da pesquisa assumimos o compromisso de que possa ter acesso ao conteúdo das transcrições, e que lhe será mantido o sigilo quanto à sua identificação em qualquer forma de divulgação dos resultados da pesquisa e produção de conhecimentos sobre pessoas que sofreram queimaduras.

Ressaltamos que os responsáveis pela pesquisa serão os únicos a ter acesso às informações das entrevistas e tomarão todas as providências necessárias para manter o **sigilo**, porém sempre existe a possibilidade, mesmo que remota, da quebra do sigilo involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive), cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

A pesquisa trará **benefícios**, uma vez que os resultados poderão ajudar os profissionais da saúde e pessoas que sofreram queimaduras a ter mais clareza quanto aos cuidados a serem realizados e quanto aos caminhos que podem ser percorridos para o atendimento seguro na rede de saúde. Para o participante, trará a oportunidade de manifestar sentimentos vivenciados, assim como, contribuir com a identificação de vivência que poderão ajudar outras pessoas que estão passando ou passarão por um momento semelhante ao vivenciado por você.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em um Trabalho de Conclusão de Curso do Curso (TCC) de Enfermagem, materiais informativos, congressos da área de saúde e ou publicações científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Se você decidir não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa não haverá nenhum prejuízo.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa, pois, a legislação brasileira não permite compensações financeiras pela participação em pesquisa, e você não terá nenhuma despesa em qualquer fase deste estudo. No entanto, em caso de problema ou dano com você, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos o ressarcimento por eventuais despesas não previstas e decorrentes de sua participação na pesquisa. Garantimos a indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causais com a pesquisa.

Considerando que as entrevistas ocorrerão de forma virtual e não pessoalmente, pedimos, gentilmente, que você manifeste seu interesse em participar da pesquisa respondendo ao e-mail que enviamos, o qual contém o presente termo. Sua resposta será considerada como aceite para participar, dispensando a necessidade de assinatura física.

Este TCLE foi elaborado em duas vias. Recomendamos que você guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. De acordo com essa recomendação, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) com o parecer de aprovação CAAE: 79273824.3.0000.0121. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido a você, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof^a Maria Elena Echevarría Guanilo, através do telefone: (48) 3721-3425; do e-mail elena_meeg@hotmail.com, ou ainda presencialmente no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem, Bloco 1. Campus Universitário - Trindade, Florianópolis/SC - cep: 88.040-900. Ou entre em contato com a aluna de enfermagem Fernanda Koerich, no mesmo endereço, ou telefone (48) 999083859, ou e-mail fernandaakoerich@gmail.com.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você também tem a possibilidade de contatar ou dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC). Para contato com CEPSH/UFSC utilize: telefone: + 55 (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, endereço: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

Nós, as pesquisadoras, informamos que cumprimos as exigências contidas na Resolução 466/12 de acordo com o Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se confirmação verbal (para registro digital):

Participante (nome por extenso): _____

() aceito participar

() não aceito participar

Responsável pela entrevista: _____

_____, _____ de _____ de 2024.

Pesquisador principal

Participante da pesquisa

Pesquisador Responsável

_____, ____ de _____ de 2024.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semi Estruturada do Paciente

1. Perguntas introdutórias:

- a. Qual o seu nome?
- b. Qual a sua idade?
- c. Qual o seu sexo?
- d. Qual seu estado civil?
- e. Se casado(a) ou divorciado(a), há quanto tempo?
- f. Qual sua escolaridade?
- g. Segue alguma religião?
- h. Onde você mora?
- i. Como a queimadura ocorreu? Você pode descrever a causa?
- j. Qual foi a extensão da queimadura? Ela foi classificada em algum grau específico?
- k. Quando ocorreu a queimadura? Você recebeu algum tratamento inicial imediatamente após o incidente?
- l. Onde você buscou tratamento para a queimadura na rede de atenção à saúde?

2. Pergunta norteadora: “Como você descreveria a sua experiência no tratamento e recuperação da queimadura na Rede de Atenção à Saúde?” (Objetiva-se que o entrevistado relate sobre as possíveis dificuldades e facilidades no tratamento e recuperação das lesões por queimaduras). Caso não seja alcançado o objetivo, utilizar as seguintes perguntas:

- a. O que foi fácil nesse percurso? E por quê?
- b. O que foi difícil nesse percurso? E por quê?

APÊNDICE C – Instrumento de Caracterização da Amostra

1. IDENTIFICAÇÃO

Nº _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

Sexo: Fem () Masc ()

Religião: Católico () Evangélico () Espírita () Sem religião ()

Outras religiosidade () _____

Situação conjugal: Solteiro () Casado (a)/ união estável () Viúvo () Divorciado ()

Outros () _____

Escolaridade: Nunca estudou ()

Estudou até: Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino Superior incompleto () Ensino superior completo ()

Ocupação anterior: _____

Ativo economicamente: Não possui trabalho remunerado () Possui trabalho remunerado ()

Aposentado ou pensionista () Não estuda () Estudante com bolsa de estudos () Estudante sem bolsa de estudos ()

Nacionalidade _____

Procedência _____

Endereço _____

Telefone _____

E-mail _____

Rede Social _____

2. DADOS DA QUEIMADURA

Data que ocorreu a queimadura ___ / ___ / _____

Causa da(s) queimadura(s) _____

Extensão da(s) queimadura(s) _____

Grau e profundidade da(s) lesão(ões) _____

Recebeu tratamento inicial imediato? sim () não ()

Buscou tratamento na Rede de Atenção à Saúde? sim () não ()

Local de atendimento? _____

Breve história de como a queimadura ocorreu:

Breve história da queimadura:

3. DADOS SOBRE A ENTREVISTA

Data: __/__/____

Hora de início: _____

Hora do término: _____

Observações:

ANEXO A – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, data</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

ANEXO B – Parecer do CEP/SH/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Pesquisador: MARIA ELENA ECHEVARRÍA GUANILO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 79273824.3.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.936.127

Apresentação do Projeto:

ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Resumo: Introdução: Anualmente, as queimaduras afetam aproximadamente 11 milhões de indivíduos em todo o mundo, com cerca de 180.000 desses casos resultando em óbito. A dificuldade de acesso ao tratamento, torna este evento um grande desafio. Objetivo: Conhecer a trajetória no atendimento na rede de atenção à saúde de pessoas que sofreram queimaduras. Método: Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza descritiva e observacional. Serão incluídos na amostra pessoas adultas, acima de 18 anos de idade, que sofreram queimaduras, atendidas no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), no ambiente hospitalar ou ambulatorial, nos anos de 2022 e 2023 e pessoas que possam ser indicadas a partir do contato dos participantes. Serão realizadas entrevistas em ambiente virtual, utilizando chamadas por vídeo em aplicativos escolhidos pelos participantes, como Skype®, WhatsApp®, Google® Meet e Facetime®. Como técnica de coleta de dados será utilizada a Técnica de Snowball (Bola de neve). Esta técnica consiste em uma forma de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência. A coleta de informações será efetuada a partir de um instrumento que contempla informações relacionadas à caracterização

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.936.127

dos participantes e o roteiro da entrevista. A análise dos dados seguirá a abordagem de análise de conteúdo definida por Bardin (2016), a qual é composta por três etapas organizadas da seguinte maneira: 1) Pré-análise, 2) Exploração do material e 3) Processamento dos resultados. Por meio dessas etapas, busca-se tanto a descrição do conteúdo do material quanto a sua interpretação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a trajetória no atendimento na rede de atenção à saúde de pessoas que sofreram queimaduras.

Objetivo Secundário:

- Conhecer os desafios apresentados por pessoas que sofreram queimaduras para iniciar o atendimento na rede de atenção à saúde.
- Identificar as facilidades e dificuldades apresentadas por pessoas que sofreram queimaduras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: As entrevistas podem suscitar desconfortos e evocar memórias dolorosas em relação a certas perguntas. No entanto, o participante terá autonomia para escolher não responder a essas questões ou decidir interromper a participação na pesquisa a qualquer momento. Outro risco inerente a pesquisa é a remota possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive).

Benefícios: Embora a pesquisa não ofereça ao participante benefícios diretos imediatos, ele poderá contribuir para a compreensão dos desafios enfrentados por pessoas que sofreram queimaduras ao procurar atendimento na rede de saúde. A sua colaboração possibilitará a identificação precoce de questões, visando melhorar a qualidade do atendimento de saúde prestado ao usuário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com a legislação vigente.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.936.127

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram realizadas as alterações no TCLE não havendo óbices a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2259533.pdf	24/06/2024 16:53:28		Aceito
Outros	Carta_de_resposta_2.pdf	24/06/2024 16:52:52	FERNANDA KOERICH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_v3.pdf	24/06/2024 16:48:43	FERNANDA KOERICH	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6875931.pdf	24/06/2024 16:48:02	FERNANDA KOERICH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v3.pdf	24/06/2024 16:47:43	FERNANDA KOERICH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v2.pdf	30/05/2024 17:20:23	FERNANDA KOERICH	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_v2.pdf	30/05/2024 17:19:46	FERNANDA KOERICH	Aceito
Outros	Carta_de_resposta.pdf	30/05/2024 17:18:25	FERNANDA KOERICH	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	19/04/2024 11:06:04	FERNANDA KOERICH	Aceito
Declaração de concordância	carta_de_anuencia_HU.pdf	09/04/2024 18:36:56	FERNANDA KOERICH	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	09/04/2024 18:33:56	FERNANDA KOERICH	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/04/2024 18:29:40	FERNANDA KOERICH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.pdf	09/04/2024 18:29:08	FERNANDA KOERICH	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.936.127

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	09/04/2024 18:28:43	FERNANDA KOERICH	Aceito
---	-----------------------	------------------------	---------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 07 de Julho de 2024

Assinado por:
Danielle O Mamed
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C – Carta de Anuência GEP

04/04/2024, 14:17

SEI/SEDE - 35431660 - Carta - SEI



Carta - SEI nº 136/2023/UGPESQ/SGPITS/GEP/HU-UFSC-EBSEH

Florianópolis, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **“ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO”**, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO**.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinado eletronicamente)
Douglas Francisco Kovaleski
Gerente de Ensino e Pesquisa
Portaria-SEI nº 241, de 29 de novembro de 2022



Documento assinado eletronicamente por **Douglas Francisco Kovaleski, Gerente**, em 22/12/2023, às 16:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **35431660** e o código CRC **DCD65854**.

Referência: Processo nº 23820.017061/2023-52 SEI nº 35431660



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Campus Universitário João David Ferreira Lima - Trindade
CEP 88040-900 - Florianópolis - SC
Telefones: (48) 3721-4998 (VoIP) – (48) 3721-9480
E-mail: nfr@contato.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de autoria da aluna **Fernanda Koerich**, intitulado: **“ATENÇÃO A PESSOAS QUE SOFRERAM QUEIMADURAS: DESAFIOS DA ATENÇÃO NA REDE DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO”** integra as atividades curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Trata-se de uma temática relevante, atual e original que deixa uma importante contribuição para a prática do cuidado de enfermagem a pessoas que sofreram queimaduras, ao identificar desafio, facilidades e dificuldades no percurso do tratamento na rede de saúde. O produto da pesquisa tem aderência ao Grupo de Pesquisa no qual a aluna participa e a orientadora a Profa. Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo desempenha o papel de Líder, o Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica – NUCRON e do Grupo de Extensão Enfermagem Dermatológicas nas Condições Crônicas de Saúde (EDCCS).

Destaca-se que a aluna participou ativamente de todas as fases de construção do projeto, escrita, coleta de dados, organização e análises dos dados, assim como da escrita final do relatório de pesquisa. Desenvolveu com compromisso, organização e responsabilidade todas as etapas, assim como, cumpriu com as pactuações com o orientador ao longo do período de desenvolvimento da pesquisa. Sendo assim, demonstrou responsabilidade, empenho, competência e dedicação, visando, em todo momento, aprofundar o conhecimento científico e o rigor científico necessário para o alcance do objetivo da pesquisa. O trabalho foi criteriosamente estruturado, atendendo às orientações para concluir um trabalho redigido com

linguagem clara e objetiva, orientados sempre por princípios éticos e respeito aos participantes da pesquisa e rigoroso quanto ao método científico com o qual foi desenvolvida a pesquisa.

Os resultados do estudo, conforme orientado, são apresentados no formato de manuscrito, o qual apresenta resultados originais e relevantes, que contribuirão significativamente para o avanço do conhecimento relacionado à prática da enfermagem no cuidado de pessoas com feridas que precisaram percorrer distintos caminhos para iniciar seu cuidado, assim como dar continuidade ao mesmo no domicílio, com apoio de cuidador. Assim, o conteúdo traz um importante conhecimento para a prática da enfermagem dermatológica e especialidades afins no cuidado a pessoas com feridas.

Ainda, apresentou versão final com a inclusão das sugestões da banca, sendo apreciado e aprovado pela orientadora.

Florianópolis, 10 dezembro de 2024

Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo