

PERFIL DOS ACIDENTES POR LIQUIDOS AQUECIDOS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA

*The Profile of Accidents by Hot Liquids in Children Attended
at a Reference Center in Fortaleza*

Artigo original

RESUMO

As queimaduras são acidentes frequentes e representam a segunda causa de morte na infância. Este trabalho objetivou identificar o perfil dos acidentes em crianças queimadas por líquidos aquecidos. Estudo descritivo, realizado com 62 pais de crianças internadas em um Centro de Tratamento para Queimados, em Fortaleza, Ceará, no período de janeiro a junho de 2002. As variáveis estudadas foram: a idade do acidente, sexo, substância causadora da queimadura, e as características específicas da queimadura. Como resultado, houve prevaência o grupo de 1 a 2 anos com 30 (48,4%) internamentos, 34 (54,8%) eram do sexo masculino; a água quente foi responsável por 23 (37,1%) casos e predominaram as lesões de 2º grau com 62 (62%) ocorrências. No que se refere às regiões corporais atingidas, identificou-se que o tronco se apresentou queimado em 49 (28,8%) crianças. No momento do acidente térmico, 51 (82,3%) crianças estavam acompanhadas pela mãe; após o incidente, 36 (59,6%) crianças foram levadas imediatamente ao hospital. Quanto às orientações educativas na prevenção de queimaduras durante o período de internamento, 48 (77,4%) pais referiram que não as receberam pela equipe de saúde. Concluiu-se que o perfil do acidente infantil com líquidos aquecidos neste Centro de Referência consiste de crianças na primeira infância, do sexo masculino, principalmente com lesões de segundo grau em tronco, as quais ocorreram enquanto na companhia de suas mães.

Descritores: Queimaduras; Criança; Educação em saúde.

ABSTRACT

Burns are frequent accidents and represent the second cause of death in childhood. The aim of this study was to identify the profile of accidents with children burned by hot liquids. This was a descriptive study conducted with 62 parents of interned children from a Burn Treatment Center in Fortaleza, Ceara, during the period of January to June, 2002. The studied variables were: age at the time of the accident, the sex, the substance that caused the burn and specific characteristics of the burn. As a result, there was a prevalence of the age group 1 to 2 years old with 30 (48.4%) admissions; 34 (54.8%) were male. Hot water was responsible for 23 (37.1%) cases and the second degree burns prevailed in 62 (62%) cases. Regarding to affected body parts, it was found that the torso was burned in 49 (28.8%) children. At the time of the thermal accident, 51 (82.3%) children were in their mothers' company; after the incident, 36 (59.6%) children were immediately taken to the hospital. Concerning educational guidelines on prevention of burns, 48 (77.4%) parents reported not having received them from the health team. It was concluded that the profile of accidents with children burned by hot liquids at this Reference Center consists of children in first childhood, male, mainly with second degree lesions in the torso, which occurred while in their mother's company.

Descriptors: Burns; Child; Health education.

Hermano José Sales Rocha⁽¹⁾
Samira Valentim Gama Lira⁽²⁾
Rita Neuma Dantas Cavalcante
de Abreu⁽³⁾
Érika Porto Xavier⁽⁴⁾
Luiza Jane Eyre de Souza
Vieira⁽⁵⁾

1) Médico, Professor Mestre do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Médico do Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, Ceará.

2) Enfermeira, Discente do Mestrado Saúde Coletiva da UNIFOR.

3) Enfermeira, Discente do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Bolsista da FUNCAP.

4) Fisioterapeuta, Professora Mestre da Faculdade Integrada do Ceará. Fortaleza, Ceará.

5) Enfermeira, Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR. Instituto Dr. José Frota. Fortaleza, Ceará.

Recebido em: 16/08/2006

Revisado em: 26/01/2007

Aceito em: 14/02/2007

INTRODUÇÃO

Os acidentes na infância são freqüentes e contribuem para elevar a morbimortalidade infantil⁽¹⁾. As queimaduras, por serem acidentes relativamente comuns, constituem um grupo especial desses eventos, representando a segunda causa de morte na infância, não só nos Estados Unidos, como também no Brasil⁽²⁻⁴⁾. Estas poderiam ser prevenidas, entretanto, no Brasil, programas de prevenção desse tipo de acidente são escassos⁽⁵⁾.

As queimaduras ocasionam traumas físicos e psicológicos nas crianças⁽⁶⁾, produzindo uma série de alterações locais que irão resultar no aparecimento de dor e mudanças na aparência⁽⁷⁾.

A maioria dos casos de queimaduras em crianças acontece no ambiente doméstico e é provocada pelo derramamento de líquidos quentes sobre o corpo, ocasionando riscos gerais nas primeiras horas. Sua avaliação deve estimar a profundidade, extensão, localização, idade da vítima e a existência de doenças prévias⁽⁸⁾.

É necessário eleger e adotar a Educação em Saúde para sensibilizar e concretizar as transformações sociais, pois, assim, contribuir-se-á para a promoção da saúde, como preconizado nas diretrizes e metas estabelecidas por órgãos governamentais nacionais e internacionais. Dessa forma, os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de agir como mediadores desse desafio, pois convivem com crianças queimadas, acompanham o sofrimento enfrentado por elas, que nem sempre é superado, não sendo rara a evolução para o êxito letal. Compartilham, ainda, com o sofrimento, a desesperança de famílias que vivenciam esse processo de adoecimento, como também da equipe de saúde que, muitas vezes, extrapola sua impotência diante da gravidade dos casos, dos modos como ocorreram e das condições insalubres que tornam crianças e famílias expostas às situações de risco e de extrema vulnerabilidade social.

Ensinar a população sobre os cuidados preventivos e educativos, bem como alertá-la sobre os riscos que permeiam os domicílios são medidas importantes. Porém, proceder como agente de promoção da saúde deve ser responsabilidade de todos: profissionais e instituições de saúde, dos representantes do povo e da sociedade, no exercício da cidadania.

A redução desses acidentes, evitáveis e passíveis de prevenção, contribui para minimizar os custos hospitalares, possibilitando o redirecionamento dos recursos públicos para outras áreas sociais prioritárias.

Estendendo a relevância desse tema e a urgência de se reduzir a morbidade por injúrias não intencionais na infância, o estudo teve por objetivo caracterizar o acidente, identificar o perfil das crianças queimadas por líquidos

aquecidos, atendidas em uma unidade de referência para esses agravos.

Esta pesquisa constitui um estudo descritivo, realizada no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) de um hospital de emergência da rede pública municipal, em Fortaleza, Ceará.

Os sujeitos da pesquisa foram 62 pais de crianças queimadas por líquidos quentes, na faixa etária de 0 a 5 anos, que se encontravam internadas no CTQ, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2002, sem distinção de gênero, raça ou classe social. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: pais de crianças internadas com permanência mínima de 07 dias no hospital, proporcionando tempo para observar e aplicar o instrumento de coleta de dados; as crianças queimadas terem apresentado risco de vida iminente, seqüelas físicas funcionais e estéticas. É importante esclarecer que pontuamos a gravidade como um dos critérios de inclusão, para salientar as repercussões que a queimadura traz para a saúde humana, para o contexto familiar e social.

Das 2.252 pessoas queimadas atendidas no período, 215 foram internadas no CTQ com queimaduras graves e por apresentarem risco de vida, representando um percentual de 9,5% da população estudada. Dessas 215 pessoas internadas, 101 eram crianças na faixa etária de 0 a 10 anos. Entre 0 e 5 anos, existiam 72 crianças (71,3%), e, na faixa etária entre 6 e 10 anos, havia 29 crianças, representando 28,7%. Das que estavam entre 0 e 5 anos, 62 foram queimadas por líquidos aquecidos.

Valendo-se da pesquisa documental, em um primeiro momento, o acesso aos dados deu-se mediante consulta aos prontuários das crianças internadas no CTQ, objetivando identificar, durante esse processo, o número de crianças queimadas; o sexo e a faixa etária dessas crianças; o agente causador; o tempo de permanência; a gravidade e o local das lesões. Para adentrar no entendimento dos pais sobre a queimadura e os fatores que instigam tais ocorrências no domicílio, utilizou-se a entrevista estruturada, a qual foi realizada com os pais das crianças queimadas durante o período de internação, por um dos pesquisadores.

No processo de análise, os dados foram organizados e agrupados em tabelas, submetidos à análise estatística para identificação das freqüências absolutas e relativas, das medidas de tendência central, com o propósito de mostrar o perfil das crianças queimadas, bem como dos fatores que interferiram na prevalência dessa injúria não intencional.

Os pais foram informados dos objetivos do trabalho, da garantia do anonimato e da possibilidade de desligamento da pesquisa em qualquer fase. Estes foram unânimes no aceite em participar do trabalho, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, como preconiza a Resolução 196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁹⁾.

Vale acrescentar que o projeto foi encaminhado à comissão de ética da instituição escolhida como local da pesquisa, sendo protocolado e aprovado sob o n. 00020/02.

RESULTADOS

Diante das crianças internadas no CTQ, a Tabela I apresenta a distribuição dos casos segundo a idade e o sexo. Observa-se maior frequência no grupo de 1 a 2 anos, com 30 (48,4%) internamentos, e a predominância do sexo masculino, com 34 (54,8%) crianças, em relação ao feminino, com 28 (45,2%) casos.

Tabela I: Distribuição das crianças queimadas por líquidos quentes internadas no IJF no CTQ quanto à idade e ao sexo, de janeiro a junho de 2002. Fortaleza-Ceará. 2002.

Características	n	%
Idade		
0 -- 1	04	6,5
1 -- 2	30	48,4
2 -- 3	11	17,7
3 -- 4	10	16,1
>4	07	11,3
Sexo		
Masculino	34	54,8
Feminino	28	45,2

Fonte: IJF/CTQ – prontuários.

O agente causador mais comum foi a água quente, com 23 (37,1%) casos, seguida pelo café quente, que ocasionou 12 (19,4%) casos. O leite quente foi responsável por 8 (12,9%) queimaduras, o caldo de feijão provocou 7 (11,3%) ocorrências dessas injúrias térmicas (Tabela II).

Tabela II: Distribuição das crianças queimadas por líquidos quentes internadas no IJF no CTQ segundo o agente etiológico, de janeiro a junho de 2002. Fortaleza-Ceará. 2002

Agente Causador	n	%
Água	23	37,1
Café	12	19,4
Leite	08	12,9
Caldo de feijão	07	11,3
Chá	03	4,9
Mingau	02	3,2
Sopa	02	3,2
Caldo de Galinha	02	3,2
Caldo de arroz	01	1,6
Óleo	01	1,6
Gordura derretida	01	1,6
Total	62	100

Fonte: IJF/CTQ – prontuários.

Quanto ao grau da queimadura, identificaram-se 62 lesões (62%) de 2º grau; 29 (29%) de 1º grau e 09 (9%) de 3º grau. Salienta-se em relação a esse parâmetro, também, como indicador da gravidade das queimaduras, que a maioria das crianças internadas tinham lesões combinadas dos três graus de queimadura (Tabela III)

Tabela III: Distribuição das crianças queimadas por líquidos quentes internadas no IJF no CTQ segundo as características da queimadura, o grau de queimadura, a proporção corporal atingida e a região do corpo, de janeiro a junho de 2002. Fortaleza-Ceará. 2002

Característica da queimadura	n	%
Grau da queimadura		
Primeiro	29	29,0
Segundo	62	62,0
Terceiro	09	9,0
Área Corporal Queimada (%)		
Até 10 - pequeno	05	8,1
De 10 a 25 – médio	51	82,3
Acima de 25 - grande	06	9,7
Região Corporal Queimada		
Tronco	49	28,8
Membros superiores	37	21,7
Cabeça	29	17,0
Membros inferiores	28	16,4
Pescoço	15	8,8
Genitália	12	7,0

Fonte: IJF/CTQ – prontuários.

Quanto à extensão da área corporal queimada, importante indicador da gravidade das queimaduras, observa-se, na Tabela III, a seguinte distribuição: 51 (82,3%) crianças apresentaram de 10 a 25% da superfície corporal queimada; 6 (9,7%) crianças acima de 25% e 5 (8,1%) crianças até 10%. Já em relação às regiões corporais atingidas, considerando o número de ocorrências, identifica-se que o tronco (tórax e abdômen) se apresentou queimado em 49 (28,8%) crianças. Os membros superiores foram afetados em 37 (21,7%) dos casos; queimaduras na cabeça foram encontradas em 29 crianças (17%). Identificaram-se 28 (16,4%) lesões térmicas nos membros inferiores; na região cervical, 15 (8,8%) casos e 12 (7,0%) crianças foram acometidas por lesão térmica na genitália. Ressalta-se que foram observadas associações das regiões mencionadas nas crianças do estudo.

Referente ao cuidador presente no momento da ocorrência e à atitude realizada por este, em 51 (82,3%) dos casos a criança estava acompanhada pela mãe e, pelo pai, em 8 (12,9%) casos. Por conseguinte, esse fato demonstra que em 95,2% das queimaduras, um dos pais se fazia presente,

embora a figura materna tenha sido a principal companhia da criança no momento da queimadura.

O estudo demonstrou que a criança foi banhada em 15 (24,1%) casos, em 36 ocorrências (59,6%) a criança foi encaminhada imediatamente ao hospital sem antes ser submetida a um cuidado e em 11 casos (17,7%) fizeram uso de produtos caseiros ou pomadas que, freqüentemente, agravam as queimaduras e concorrem para maiores índices de infecção. Em apenas 24,1% dos casos foram executadas atitudes corretas, mostrando, dessa maneira, o despreparo da população diante de pessoas acometidas por queimaduras.

Nesse estudo, 48 pais entrevistados (77,4%) referiram que até o momento da entrevista pelo pesquisador não tinham recebido orientações da equipe de saúde. Contudo, 14 pais (22,6%) afirmaram que receberam cartilhas contendo informações sobre prevenção de queimaduras.

DISCUSSÕES

Durante a infância, fase que representa grandes descobertas, as crianças estão iniciando os primeiros passos, e a circulação no interior dos domicílios se torna mais freqüente e permeada de riscos.

A criança, principalmente com menos de 2 anos, apresenta algumas peculiaridades na sua fisiologia que podem representar desvantagens significativas, quando sofre uma queimadura. A mais importante delas é a maior superfície corporal em relação ao peso, isso significa uma maior perda de água corporal, quando comparado aos adultos, necessitando, dessa forma, de mais líquidos. Essa discrepância da massa por superfície corpórea também resulta em rápida perda de calor para o meio externo, com conseqüente hipotermia e diminuição da resposta cardiovascular ao trauma térmico e aos esforços de reposição. E todos estes conhecimentos de fisiopatologia refletirão na terapêutica da pessoa queimada⁽²⁾.

Estudos identificaram que as queimaduras são mais freqüentes em crianças com idade de 1 a 4 anos e tendo um decréscimo nas idades restantes^(8,10).

Em relação ao sexo, o predomínio do sexo masculino, entre as vítimas de injúrias não intencionais, tem sido constantemente relatado^(11,12). Isso se justifica provavelmente pelos diferentes comportamentos de cada sexo e por fatores culturais, que determinam maior liberdade aos meninos e, em contrapartida, maior vigilância sobre as meninas⁽¹¹⁾.

Beraldo, Nunes, Silva e Ramos⁽¹³⁾, em seu estudo com 923 pacientes da Unidade de Queimado de um hospital do Distrito Federal, evidenciaram que o sexo masculino predominou tanto entre os adultos (68,6%) como entre as crianças (61,4%).

Ter sido a água quente o principal agente das queimaduras por líquidos aquecidos deve-se ao fato de que

nessa condição, a água faz parte das atividades no cotidiano das famílias, seja na higiene pessoal e ambiental, seja no preparo de alimentos ou das necessidades fisiológicas, suprir a sede, dentre outras aplicações.

Rossi, Barruffini, Garcia e Chianca⁽⁴⁾, em estudo realizado em Ribeirão Preto identificaram que crianças de 1 a 11 anos foram vítimas de acidentes por agentes térmicos, sendo a água fervente responsável por 33% dos casos, atingindo principalmente crianças menores de 3 anos.

A literatura pontua que essa situação acontece no ambiente doméstico, a qual é potencializada pelo trânsito inapropriado de crianças nas dependências da cozinha e nas proximidades dos fogões⁽¹⁴⁾, e é provocada pelo derramamento de líquidos quentes sobre o corpo, como água fervente, bebidas e outros líquidos quentes, como o óleo de cozinha⁽⁸⁾.

Quanto ao grau de queimaduras, o estudo de Rossi, Barruffini, Garcia e Chianca⁽⁴⁾ identificou que crianças menores de 11 anos apresentaram queimaduras de segundo grau em 39% dos casos; de segundo e terceiro graus, em diferentes áreas do corpo, em 40% dos casos; e de terceiro grau em 8% dos casos.

As políticas públicas em saúde têm demonstrado preocupação no tratamento das queimaduras, regulamentando a sistemática do adequado tratamento de queimados em todo o país, de acordo com a classificação de grau de extensão e gravidade de queimaduras: pequeno queimado – paciente com queimaduras de 1º e 2º graus, com até 10% de superfície corporal queimada (SCQ); médio queimado – pacientes com queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% a 25%, ou queimaduras de 3º grau, com até 10% da superfície corporal atingida, ou queimadura de mão ou de pé; e o grande queimado – pessoas com queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior que 26% ou queimadura de 3º grau, com mais de 10% da superfície corporal atingida ou queimadura do períneo⁽¹⁵⁾.

Ressaltando a importância da extensão da superfície corporal queimada na condução do tratamento e prognóstico da criança, a literatura afirma que o choque pode ocorrer rapidamente quando a superfície corporal queimada for maior que 12%, sendo que, no caso de um adulto, com essa mesma extensão queimada, é considerado um pequeno queimado, não necessitando sequer de hidratação venosa⁽²⁾.

Comparando com a literatura, estudo similar, realizado por Rossi, Barruffini, Garcia e Chianca⁽⁴⁾, evidenciou, também, que o tórax e membros superiores foram os mais atingidos nas crianças com até 11 anos de idade.

Souza, Rodrigues e Barroso⁽¹⁶⁾ salientam que sendo a mulher responsável pelos afazeres domésticos e tendo necessidade de cozinhar, passar, além de cuidar dos filhos, as crianças estão quase sempre na companhia da mãe, onde quer que ela esteja. Por isso, a presença predominante das mães no momento do acidente.

As condutas realizadas por quem socorre a criança queimada logo após o agravo são cruciais para a condução do tratamento e prognóstico. Medidas como tirar as vestes, lavar copiosamente a área queimada com água corrente, cobri-la com toalha molhada e posteriormente se dirigir ao serviço de saúde são atitudes que concorrem para a melhora do prognóstico.

Silva, Silveira e Uchôa⁽¹⁷⁾, em estudo sobre o paciente e o direito à informação, identificaram que o responsável, geralmente a mãe, possui o direito à informação, mas existe uma dificuldade de perceber a criança como cidadã merecedora de direitos. Essa informação é de grande relevância ao familiar, pois a criança que sofreu algum queimadura, na maioria das vezes, passa um período considerável internada.

Salientando a importância de se otimizar o tempo de internação hospitalar e fortalecer o vínculo profissional de saúde-família, a literatura mostra que “o tempo de internação hospitalar, com suas possibilidades interativas entre famílias e profissionais de saúde, pode ser usado em favor do fortalecimento da capacidade de cuidar e cuidar-se, tanto para as situações vivenciadas no contexto hospitalar, como aquelas que estão sendo trazidas do mundo extra hospitalar pela família acompanhante”^(14,18,19).

Enfatiza-se, então, a idéia de que os profissionais de saúde, co-participantes do sucesso ou insucesso dos cuidados ofertados ao ser humano, devem repensar a prática profissional e redirecioná-la na vertente educativa e preventiva, inserindo-a no contexto do atendimento e acompanhamento de crianças acometidas pelas injúrias não intencionais. Com essa perspectiva, almeja-se transformação e mobilização de uma equipe de saúde centrada no humano, apreendendo a interdisciplinaridade como filosofia de trabalho e defendendo o respeito e a equidade social.

Entende-se que um dos principais obstáculos para a prevenção desses agravos é a idéia de que acidentes térmicos ocorrem por acaso. Na verdade, as queimaduras ocorrem de forma previsível, podendo ser evitadas. Na maioria das vezes, a comunidade não está ciente das vantagens das medidas preventivas. Para alcançar êxito, os programas de prevenção devem visar mudança de comportamento da sociedade. Acredita-se que as estratégias para redução da incidência do trauma térmico devem atender a dois pontos principais: eliminação dos fatores de risco e implementação de programas educativos voltados para a prevenção dessas graves injúrias não intencionais.

Rossi, Barruffini, Garcia e Chianca⁽⁴⁾ pontuam que programas educativos nas escolas e comunidades seriam de extrema relevância, considerando que a casa constitui o principal local de acidentes por queimaduras, atingindo, principalmente, as crianças que, muitas vezes, permanecem sozinhas.

CONCLUSÕES

O dados apresentados neste estudo revelam o quanto as crianças estão suscetíveis aos acidentes térmicos, originando transtornos imensuráveis, pois repercutem nos aspectos físicos, emocionais e, por conseguinte, sociais.

A prevalência do trauma térmico foi maior no grupo de faixa etária de 1 a 2 anos, com 30 (48,4%) internamentos; no sexo masculino, com 34 (54,8%) casos. O principal agente causador das queimaduras foi a água quente, com 23 (37,1%) ocorrências. Conforme o grau das queimaduras, predominou as de 2º grau com 62 (62%) casos; já a área corporal sobressaiu as regiões, com 10 a 25% atingidas, com 51 (82,3%) casos; e o tronco, com 49 (28,8%) acometimentos.

Em relação ao cuidador presente no momento da ocorrência, salientou a mãe com 51 (82,3%) ocorrências. Já a atitude realizada pelo cuidador prevaleceu o encaminhamento imediatamente ao hospital, com 36 (59,6%) casos, e ao recebimento de qualquer orientação evidenciou que 48 (77,4%) pais negaram obtê-las.

O estudo leva a refletir sobre a prevenção desses agravos, usando como estratégia a educação em saúde, visualizando mudanças de comportamento das pessoas e a possibilidade de uma vida saudável. O tema não se esgota e muito ainda tem que se investigar para que haja, em curto prazo, tentativas de se reverter esses danos à saúde da criança os quais acontecem em domicílio, culturalmente conhecido e reconhecido como ambiente de proteção e desenvolvimento harmônico da criança.

REFERÊNCIAS

1. Martins CBG, Andrade SM de, Paiva PAB de. Envenenamentos acidentais entre menores de 15 anos em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2):407-14.
2. Serra MC, Gomes DR. A criança queimada. Teresópolis (RJ): Eventos; 1999.
3. Beraldo PSS, Nunes LGN, Silva IP, Ramos MFG. Predição de mortalidade em unidade de queimados. *Brasilia Med* 1999; 36(3/4):82-9.
4. Rossi LA, Barruffini RCP, Garcia TR, Chianca TCM. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 1998; 4(6):401-04.
5. Rossi LA, Ferreira E, Costa ECFB, Bergamasco EC, Camargo C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. *Rev Latinoam Enfermagem* 2003; 11(1):36-42.

6. Delgado J, Ramírez-Cardich ME, Gilman RH, Lavarello R, Dahodwala N, Bazán A, Rodríguez V, Cama RI, Tovar M, Lescano A. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. *Inj Prev* 2002; 8:38-41.
 7. Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC de. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev Latinoam Enfermagem* 2000; 8(3):18-26.
 8. Vale ECS do. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *An Bras Dermatol* 2005; 80(1):9-19.
 9. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CSN n.196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 1996.
 10. Gaspar VLV, Lamounier JA, Cunha FM, Gaspar JC. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio de J)* 2004; 80(6): 447-52.
 11. Martins CBG, Andrade SM de. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região Sul do Brasil. *Rev Latinoam Enfermagem* 2005; 13(4):530-7.
 12. Paes CEN, Gaspar VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J Pediatr* 2005; 81(5):146-54.
 13. Beraldo PSS, Nunes LGN, Silva IP, Ramos MFG. Sazonalidade de queimaduras por fogo, em pacientes admitidos numa unidade especializada do Distrito Federal, no período 1993-1996. *Brasília Méd* 1999; 36(3/4):72-81.
 14. Macedo JLS de, Rosa SC. Estudo epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimados: Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, 1992-1997. *Brasília Méd* 2000; 37 (3/4):87-92.
 15. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.1274 de 22 de novembro de 2000. Dispõe sobre a regulamentação sistemática do tratamento do queimado. Brasília: Diário Oficial da União 2001.
 16. Souza LJEX de, Rodrigues AKC, Barroso MGT. A família vivenciando o acidente doméstico - relato de uma experiência. *Rev Latinoam Enfermagem* 2000; 8(1):83-9.
 17. Silva VC da, Silveira MFA, Uchôa SAC. O paciente e o direito à informação: um estudo sobre a representação dos médicos e enfermeiros acerca do direito dos pacientes pediátricos. *Rev RENE* 2000; 1(2):57-63.
 18. Souza AIJ de, Ribeiro EM, Eckert ER. Dialogando com a equipe de enfermagem sobre necessidades educativas dos acompanhantes de crianças internadas: construindo caminhos para o cuidado à família. *Texto & Contexto Enfermagem* 2003; 12(3):280-8.
 19. Muñoz W, González J, Demirdjian G. Epidemiología de las quemaduras en la infancia. *Arch Argent Pediatr* 1998; 94(5):309-13.
- Endereço para correspondência:**
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Universidade de Fortaleza - Mestrado em Saúde Coletiva
Av. Washington Soares 1321, Bloco S – Sala 01, Edson Queiroz.
CEP: 60811-905 - Fortaleza - CE
E-mail: janeeyre@unifor.br