

QUEIMADURAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA

Fernanda Maria Félix de Alencar FERNANDES^a, Isolda Maria Barros TORQUATO^b, Meryeli Santos de Araújo DANTAS^c, Francisco de Assis Coutinho PONTES JÚNIOR^d, Jocelly de Araújo FERREIRA^e, Neusa COLLET^f

RESUMO

As queimaduras constituem importantes causas de morbimortalidade infanto-juvenil, cujas repercussões refletem em significativas limitações funcionais. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, que objetivou caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras admitidas em um Hospital de Referência de João Pessoa, Brasil, de janeiro de 2007 a dezembro de 2009. A maioria das vítimas compõe-se de lactentes (37%), pré-escolares (33,2%) e do gênero masculino (54%). Os eventos ocorreram, principalmente, no domicílio (85,5%), acidentalmente (90%) e por escaldamento (69,6%). Predominaram as queimaduras de 2º grau, em 62,6% dos casos, e cerca de 24,2% da amostra evoluíram com complicações secundárias, sendo a infecção a mais comum (12,1%). A balneoterapia foi um dos procedimentos mais realizados. Conclui-se a necessidade em intensificar programas educativos nas escolas, nos centros comunitários e meios de comunicação, já que grande parte dos acidentes ocorreu no ambiente doméstico, podendo ser evitados.

Descritores: Prevenção de acidentes. Queimaduras. Mortalidade infantil.

RESUMEN

Las quemaduras constituyen importantes causas de morbimortalidad infanto-juvenil cuyas repercusiones reflejan en significativas limitaciones funcionales. Se trata de un estudio descriptivo, de naturaleza cuantitativa que objetivó caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de niños y adolescentes víctimas de quemaduras admitidas en un Hospital de Referencia de João Pessoa, Brasil, de enero del 2007 a diciembre del 2009. La mayoría de las víctimas fue lactante (37%), preescolar (33,2%) y de género masculino (54%). Los eventos ocurrieron principalmente en el domicilio (85,5%), accidentalmente (90%) y por escaldamiento (69,6%). Predominaron las quemaduras de 2º grado en 62,6% de los casos y cerca del 24,2% de la muestra evolucionaron con complicaciones secundarias, siendo la infección la más común (12,1%). La balneoterapia es uno de los procedimientos más realizados. Se concluye la necesidad en intensificar programas educacionales en las escuelas, centros comunitarios y medios de comunicación ya que gran parte de los accidentes ocurrió en el ambiente doméstico pudiendo ser evitados.

Descriptores: Prevención de accidentes. Quemaduras. Mortalidad infantil.

Título: Quemaduras en niños y adolescentes: caracterización clínica y epidemiológica.

ABSTRACT

Burns are important causes of morbidity and mortality in children and adolescents whose effects are reflected in significant functional limitations. This is a descriptive, quantitative study aimed to characterize the clinical and epidemiological profile of children and adolescents victims of burns admitted to a referral Hospital of Joao Pessoa, Brazil, from January 2007 to December 2009. The majority of victims were infants (37%), preschoolers (33.2%) and boys (54%). The incident mostly occurred at home (85.5%) by accident (90%) and scalding (69.6%). Second-degree burns were predominant in 62.6% of cases and about 24.2% of the sample developed complications and secondary infection was the most common (12.1%). Balneotherapy is one of the most common procedures. We conclude that education programs at schools, community centers and in the media need to be strengthened since most injuries occur in the home environment and could be prevented.

Descriptors: Accident prevention. Burns. Infant mortality.

Title: Burn injuries in children and adolescents: clinical and epidemiological characterization.

a Graduada em Fisioterapia. Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

b Mestre em Ciências da Nutrição. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

c Mestre em Enfermagem. Professora do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

d Graduado em Fisioterapia. Fisioterapeuta da Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

e Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCGPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

f Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

INTRODUÇÃO

As lesões por queimaduras são consideradas mundialmente como um dos principais problemas de saúde pública, sendo bastante elevados os índices de mortalidade por este tipo de injúria⁽¹⁾. Quando não levam à morte, dependendo da gravidade e do nível de comprometimento, as mesmas podem ocasionar sequelas graves, ou seja, significativas limitações funcionais, psicológicas e de ordem social⁽²⁾.

Esse tipo de evento constitui, nas diferentes idades, a terceira causa de óbito por trauma e a segunda em menores de quatro anos, tendo na maioria dos casos, uma ocorrência acidental. Estima-se que no Brasil ocorram cerca de um milhão de acidentes por queimaduras anualmente, dos quais apenas 200.000 pacientes buscam assistência hospitalar, evidenciando ainda importante subnotificação nacional⁽³⁾.

Nos Estados Unidos da América, os acidentes por queimadura foram responsáveis, respectivamente, por 282.000 e 322.000 óbitos, em 1998 e 2002, caracterizando este tipo de injúria como a quinta causa de mortes violentas em todo mundo⁽²⁾.

Em 2006, no Brasil, foram hospitalizadas 16.573 crianças e adolescentes menores de 15 anos devido a lesões por queimaduras, representando 14% de todas as internações por causas externas neste grupo. No ano anterior ao mencionado, as queimaduras foram responsáveis por 373 óbitos em menores de 15 anos em nosso país. As principais causas de queimaduras da faixa etária estão relacionadas a ocorrências acidentais em ambiente doméstico, sendo as escaldaduras ou lesões por líquidos aquecidos, os principais agentes responsáveis por este tipo de trauma⁽⁴⁾.

Apesar de evidências estatísticas, os dados epidemiológicos relacionados a lesões provenientes de queimaduras por regiões, no âmbito nacional, ainda são escassos. Nesse sentido, é importante salientar que a obtenção dessas informações e, conseqüentemente, o delineamento epidemiológico são fundamentais para que se possa caracterizar a população acometida e as circunstâncias nas quais essas lesões ocorreram. Além disso, essa análise diagnóstica torna-se um subsídio para que as instituições locais envolvidas nesse tipo de assistência melhorem o planejamento de ações de controle e prevenção desse agravo, a partir da identificação do problema, com vistas à redução da demanda hospitalar e prevenção

dos índices de morbimortalidade por queimaduras, na população infanto-juvenil.

Os acidentes por este tipo de lesão merecem atenção específica com abordagem preventiva. Compreende-se que profissionais de diferentes áreas do conhecimento, a exemplo dos da educação e da saúde, no âmbito da atenção primária, podem contribuir orientando pais, responsáveis e a própria criança para os riscos ambientais que os rodeiam e assim ter subsídios para evitá-los⁽³⁾.

Uma das maneiras efetivas de promover a prevenção de acidentes infantis consiste na participação direta da família e da escola enquanto responsáveis pela formação das crianças e dos adolescentes. Assim sendo, as abordagens e comportamentos preventivos devem ser iniciados no âmbito familiar e ser extensivos ao contexto escolar, devendo promover a participação da criança e de seus responsáveis.

Considerar a cultura, os costumes e as crenças familiares constituem fatores essenciais para implementação do cuidado e prevenção de novos acidentes domésticos. Estes, na maioria das vezes, são potencializados pela inobservância, pelos hábitos de vida e pela ausência de um comportamento preventivo por parte das famílias. Neste ínterim, o conhecimento dos acidentes com queimaduras entre crianças e adolescentes deve estar pautado numa ótica cultural e familiar a fim de que seja valorizado por elas não apenas a cura da doença, mas a prevenção de novos acidentes⁽¹⁾.

Atualmente, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto nº 6.286, promulgado em 5 de dezembro de 2007, tem como um dos seus objetivos, contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de estratégias de promoção, prevenção e atenção a saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades, acidentes e/ou violências que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, a exemplo das lesões por queimaduras.

Assim, compreende-se que tanto o lar quanto a escola constituem ambientes fundamentais para a promoção da saúde e desenvolvimento integral da cidadania, o que implica a preocupação com a formação de atitudes e valores que levam a criança e o adolescente a práticas que conduzem à saúde.

Diante do exposto, justifica-se a relevância deste estudo, o qual objetivou caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras admitidas em um hospital de referência de João Pessoa (PB) no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2009.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo-documental e de natureza quantitativa, tendo como fonte de dados o registro no Sistema de Arquivos Médicos e Estatísticos (SAME) de um hospital público estadual de referência para queimados no município de João Pessoa (PB) entre Outubro de 2009 e Março de 2010. A coleta de dados ocorreu nas segundas, quartas e sextas-feiras, por meio de consulta aos prontuários de crianças (faixa etária menor que 10 anos) e adolescentes (faixa etária entre 10 e 19 anos) admitidos na Unidade de Terapia em Queimados (UTQ), no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2009, totalizando 289 prontuários. Foi utilizado como critério de inclusão: Prontuário de crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de queimadura; Prontuário de crianças e adolescentes que estivessem em acompanhamento na Unidade de Terapia em Queimados (UTQ) do referido Centro por um período mínimo de 24 horas. Foram excluídos: Prontuários cujos responsáveis legais das crianças e adolescentes tivessem assinado o termo de responsabilidade de alta à revelia e abandono do tratamento.

Para a transcrição dos dados utilizou-se um formulário previamente testado, composto por vinte questões objetivas, as quais foram divididas em três partes. A primeira continha dados referentes às características demográficas (faixa etária, sexo e procedência) e tempo de hospitalização; a segunda continha informações referentes ao registro das queimaduras e suas características (local do evento, razão da queimadura, agente agressor, nível de complexidade da lesão, profundidade da queimadura, complicações secundárias e locais da queimadura); e a terceira referente ao número de óbitos resultante desta injúria e o tipo de assistência estabelecida (profissionais inseridos no cuidado a criança e ao adolescente e os procedimentos utilizados durante o período de internação das vítimas). Esta pesquisa foi aprovada na 11ª Reunião Ordinária realizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), sob protocolo número 036.

Para sistematização organizada e análise dos dados, utilizou-se o programa Excel versão 2007, cujos resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva, sendo as variáveis organizadas

em tabelas pela distribuição de frequência absoluta, relativa, média e desvio-padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características demográficas apresentadas na Tabela 1 evidenciaram que dos 289 pacientes infanto-juvenis admitidos na Unidade de Terapia em Queimados do hospital em estudo entre 2007 e 2009 (107) 37,0% eram lactentes, (96) 33,2% apresentavam idade pré-escolar, (39) 13,5% tinham idade escolar e (47) 16,3% eram adolescentes, corroborando outro estudo⁽⁵⁾ no qual a predominância das queimaduras também ocorreu na faixa etária referida compreendendo 61,4% dos casos. A maioria dos pacientes envolvidos na presente amostra era proveniente do interior do estado (55,0%) e cujo sexo era o masculino (156; 54,0%).

O fato de a maioria da amostra atingida pela queimadura ser constituída pelo sexo masculino pode ser atribuído à maior disposição dos meninos para as brincadeiras de risco e, portanto, maior exposição para os fatores causais de queimaduras. Além disso, o desenvolvimento neuropsicomotor da criança entre um a dois anos é bastante intenso, marcado por entusiasmo e curiosidade em explorar o meio onde vive.

Uma das justificativas para a grande procura de atendimento nos Centros de Terapias em Queimados (CTQ) nas capitais brasileiras, a exemplo deste estudo, baseia-se, muitas vezes, na falta de estrutura e acesso dos serviços oferecidos nas cidades interioranas que não ofertam uma assistência direcionada para este tipo de lesão. Nos CTQ o paciente é tratado em unidades especializadas, cujo espaço físico dentro do ambiente hospitalar reúne todas as condições materiais, físicas e humanas necessárias à vítima de queimadura. Certamente, a busca da população por um serviço sistematizado pode ocasionar demanda e sobrecarga nos Centros das capitais, comprometendo a efetividade e qualidade do serviço ofertado.

A média de dias de internação das crianças e adolescentes foi de 5,87 dias ($\pm 3,56$) inferior a média obtida em estudos⁽⁶⁻⁷⁾ que evidenciaram 11,89 e 16,32 dias de internação hospitalar, respectivamente. Algumas das explicações para a elevada diversidade encontrada nos resultados de pesquisas no que se refere a esta variável baseiam-se na gravidade da lesão e presença eventual de com-

Tabela 1 – Características demográficas das crianças e adolescentes admitidas na Unidade de Terapia em Queimados de um hospital de referência para queimados. João Pessoa, PB, 2007-2009.

Variáveis	n	%	Média	Desvio Padrão
Faixa etária				
Lactentes (< 2 anos)	107	37,0		
Pré-escolares (2 a 6 anos)	96	33,2		
Escolares (7 a 9 anos)	39	13,5		
Adolescentes (10 a 19)	47	16,3		
Sexo				
Feminino	133	46,0		
Masculino	156	54,0		
Procedência				
Capital	127	44,0		
Interior do estado	159	55,0		
Outros estados	3	1,0		
Dias de internação				
Um a cinco dias	125	43,2		
Seis a dez dias	153	53,0	5,87	± 3,56
Mais de dez dias	11	3,8		
TOTAL	289	100,0		

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

plicações provenientes das queimaduras, sendo estes fatores importantes para determinar o período de internação da vítima.

Apesar de não haver diferenças significativas em relação às ocorrências de queimaduras por ano pesquisado, evidenciou-se que houve uma pequena variação de notificação de queimaduras com 98, 95 e 96 casos para os anos de 2007, 2008 e 2009, respectivamente.

Em relação às ocorrências mensais de queimaduras no referido intervalo de tempo pesquisado, também se constatou que os acidentes aconteceram durante todos os meses com poucas variações. No entanto, o mês de junho obteve o maior número de registros com 65 casos (22,4%), seguido dos meses de março (54; 18,6%) e fevereiro (52; 17,9%). Um dos motivos para a elevação de registros de queimaduras no mês de junho, assim como observado em outra pesquisa⁽⁶⁾, possivelmente esteja relacionado às festividades juninas comemoradas em grande intensidade nesta época, principalmente, nos estados do Nordeste onde é tradição a utilização de fogos de artifícios. Estes são frequentemente manuseados não apenas por adultos, mas principalmente pelas crianças, elevando os riscos de acidentes.

As lesões por queimaduras têm se tornado cada vez mais frequentes entre o público infanto-juvenil, onde as variáveis agente agressor, local e razão do evento apresentadas na Tabela 2 têm apresentado um padrão homogeneidade cada vez mais frequente entre os estudos que retratam sobre esta temática⁽¹⁻³⁾.

Sobre o local de ocorrência das queimaduras Tabela 2, a exemplo de outro estudo⁽⁸⁾, constatou-se que a maioria delas, ou seja, (247) 85,5%, aconteceu em ambiente doméstico. Cerca de (11) 3,8% dos acidentes ocorreram em locais extra domiciliares e em (31) 10,7% dos vitimados não foi possível identificar o local de origem do acidente devido à ausência de informações nos prontuários. Dentre os cômodos domésticos mais susceptíveis para este tipo de lesão, a cozinha está entre os mais citados na literatura⁽⁹⁻¹⁰⁾, possivelmente devido à localização e o fácil acesso aos principais agentes causadores. Na presente pesquisa, não foi possível obter esta informação uma vez que esta variável não constava dentre os registros contidos nos prontuários.

Em relação à razão do acidente, também descrito na Tabela 2, percebeu-se que a predominância das queimaduras foi resultante de causa não proposital,

Tabela 2 – Distribuição das queimaduras segundo local e razão do evento e o agente agressor. João Pessoa, PB, 2007-2009.

Variáveis	n	%
Local do evento		
Domicílio	247	85,5
Outro local	11	3,8
Não informado	31	10,7
Razão do evento		
Acidental	260	90,0
Maus tratos	3	1,0
Não informado	26	9,0
Agente agressor		
Líquido aquecido	201	69,6
Chama	43	14,9
Superfície aquecida	25	8,7
Eletricidade	11	3,8
Substância química	5	1,7
Não informado	4	1,3
TOTAL	289	100

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

ou seja, a maioria delas foi proveniente de acidente, correspondendo a (260) 90,0%. Cerca de (3) 1,0% resultou em lesões por maus tratos e em (26) 9,0% não foi possível identificar a razão da ocorrência devido à falta de notificação realizada pelos profissionais responsáveis. Estes resultados corroboram com pesquisas que abordam esta temática^(6,11), os quais também retratam que a maior parte dos acidentes por queimaduras está relacionada com atividades não intencionais ou acidentais, principalmente em ambiente doméstico e cujo foco é a população infantil. Diante desses e de outros resultados apresentados pela literatura já mencionada, acredita-se que grande parte das lesões por queimaduras poderia ser evitada a partir de medidas preventivas por meio da implementação e intensificação de programas educativos nas escolas, nos centros comunitários e, também, veiculados nos meios de comunicação, como o rádio e a televisão, já que é intensa a ocorrência de acidentes no ambiente doméstico.

Entretanto, é importante ressaltar que a compreensão prévia da diversidade cultural das famílias de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras por parte do profissional inserido neste tipo de cuidado é um aspecto fundamental para o desenvolvimento de ações que estejam voltadas para a realidade de cada família⁽¹⁾.

Outra variável pesquisada refere-se ao tipo de agente agressor. Constatou-se que (201) 69,6% dos registros de queimaduras ocorridos nestes três últimos anos resultaram principalmente de contato com líquido aquecido. O segundo agente mais evidenciado nesta amostra foi proveniente de chama com (43) 14,9% dos casos. Sequencialmente, estiveram presentes as queimaduras por superfície aquecida (25; 8,7%), eletricidade (11; 3,8%) e substância química (5; 1,7%). Ressalta-se que em (4) 1,3% dos prontuários não houve o registro sobre os agentes causais Tabela 2.

Os resultados obtidos corroboram os outros achados literários^(6,11-12), os quais também identificaram o escaldamento como o principal responsável pelos acidentes do tipo queimadura, seguidas pelas lesões por chama e de contato por superfície aquecida.

As queimaduras em crianças menores de sete anos lideram a maioria dos estudos epidemiológicos da literatura mundial sobre queimados. Possivelmente isso se explique devido às próprias características ativas, de curiosidade, inquietude e de desconhecimento dos perigos que favorecem esses episódios nessa população. Estudo⁽¹³⁾ corrobora essa hipótese e salienta a relação disso com as péssimas condições dos utensílios domésticos e a própria aglomeração de crianças na cozinha junto aos

pais, principalmente à mãe, durante a preparação das refeições com líquidos aquecidos. Esta última condição, também conhecida como “Síndrome da chaleira quente”, acontece, na maioria das vezes, a partir da atitude da criança em deslocar do fogão o recipiente que se encontra com água fervendo.

O desconhecimento a respeito de situações de risco e a negligência dos adultos em relação a esse tipo de lesão é um dos fatores contribuintes para os elevados índices de injúrias em crianças. Para minimizar esse tipo de trauma, faz-se necessário uma maior supervisão dos pais sobre os filhos, especialmente quando os mesmos permanecem em locais que ofertem perigo para a ocorrência desse tipo de acidente⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se que a participação efetiva dos profissionais de saúde, por meio de ações preventivas nas escolas e nas comunidades voltadas para esse público, também poderia minimizar os índices de acidentes, sendo, portanto, considerada essencial⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto, percebe-se que os profissionais de saúde da atenção primária, especialmente os enfermeiros, possuem um papel fundamental na prevenção de acidentes domésticos, visto que apresentam a oportunidade de realizar ações de orientação educacional por estarem inseridos na comunidade e apresentar contato direto com as famílias visando despertar mudanças comportamentais que possam contribuir para a minimização dos acidentes por queimaduras.

Sobre a complexidade da lesão em relação a sua extensão, evidenciou-se na amostra deste estudo que (179) 62,0% das lesões apresentaram caráter de média complexidade, (109) 37,7% de alta complexidade e apenas um caso de baixa complexidade. Segundo a literatura⁽⁹⁾, a determinação da extensão corporal afetada é essencial, pois a mesma especificará a gravidade da lesão. Além disso, lesões mínimas em crianças, ou seja, em torno de 20% da superfície corporal podem ser consideradas de grande gravidade quando comparado a um mesmo percentual ocorrido em adultos, já que as mesmas apresentam uma maior superfície corporal em relação ao seu peso. Diante dessa compreensão um dado que chamou a atenção neste estudo é que parte significativa dos prontuários não continha registros adequados sobre esta informação, inviabilizando uma análise mais aprofundada. Estudo⁽¹⁶⁾ chama a atenção para o comprometimento de informações e análises reais sobre determinados eventos devido à ausência de

informações descritas em prontuários. Esse tipo de ocorrência se reflete em omissão de informações nos prontuários de atendimento, o que resultará em uma subnotificação dos casos reais em admissão.

As áreas corporais mais afetadas, obtidas neste estudo, incluíram o tronco, os membros inferiores e superiores. Embora alguns estudos^(5,12) evidenciam a região da cabeça como a área mais comprometida. A identificação do local⁽¹⁷⁾ de ocorrência é muito importante para avaliar o risco de lesão, pois a mesma poderá estar associada a significativas alterações anatômicas, fisiológicas, endócrinas e imunológicas que precisam ser assistidas seguramente, a fim de prevenir ou minimizar a extensão dos danos.

Sobre a profundidade da lesão constatou-se a predominância das queimaduras de 2º grau em (181) 62,6% dos casos pesquisados. Sequencialmente, observou-se as queimaduras conjuntas de 1º e 2º graus e as de 2º e 3º graus como as mais incidentes com (39) 13,4% e (23) 7,9% casos registrados, respectivamente. Cerca de (2) 0,6% dos pacientes sofreram ainda queimaduras de 1º grau e em (22) 7,6% não foi possível obter essa informação.

As queimaduras de 1º grau isoladas apresentaram frequências inferiores às obtidas em outro estudo⁽¹⁶⁾, cujo percentual foi de 19%, segundo o mesmo estudo, a pequena quantidade de registros e evidências em muitos estudos a respeito das queimaduras de 1º grau podem estar relacionadas a presença de lesões diferenciadas em um mesmo momento poder levar os profissionais responsáveis pela assistência a considerarem apenas o tipo mais grave no momento do registro no prontuário, subnotificando os dados reais grave de lesão. Some-se a isso, o fato de que a baixa repercussão clínica faz com que os indivíduos afetados não recorram ao atendimento médico para tratamento desse tipo de lesão, reduzindo possivelmente o número de registros.

Cerca de 24,2% das crianças e adolescentes vítimas de queimaduras evoluíram com complicações secundárias. Dentre as complicações mais comuns evidenciadas durante o período de internação esteve à infecção secundária (12,1%), como a mais predominante. Estudo⁽¹⁸⁾ aponta que a ocorrência de infecção em pacientes queimados depende da caracterização das variáveis, dentre elas a superfície corporal afetada, a imunossupressão, o tempo de internação, os procedimentos cirúrgicos e os diagnósticos. Além disso, salienta-se que as culturas de bactérias Gram-positivas estão presentes em cerca de 66% a 88% dos

casos de contaminação em pacientes queimados e que a colonização pode ser de origem endógena como adquirida⁽¹⁸⁾. Em seguida, a desidratação (29; 10%), necrose (2; 0,6%), flictena (2; 0,6%), choque séptico (1; 0,3%) e parada cardíaca (1; 0,3%) mostraram-se como as complicações mais incidentes.

Sobre os profissionais mais envolvidos na assistência do paciente queimado constatou-se que estiveram os da medicina e enfermagem com 100% de assistência, seguidos dos psicólogos e fisioterapeutas com 237 e 172 atendimentos realizados, respectivamente. Em seguida também estiveram os assistentes sociais (59) e os nutricionistas (15).

Dentre os procedimentos mais comuns a que foram submetidos os pacientes, estiveram incluídos a balneoterapia, a analgesia e o desbridamento, a aplicação de enxerto, a antibioticoterapia e a cirurgia plástica. A escolha do tipo de procedimento dependerá da área e da gravidade da lesão, já que a determinação do tratamento para queimaduras requer uma atenção individualizada para cada área afetada.

A balneoterapia consiste em uma importante intervenção utilizada na maioria dos estudos que abordam tratamento clínico em queimaduras cujo objetivo é reduzir a contaminação das áreas afetadas. A mesma é realizada no próprio Centro de Terapia em Queimados sob importante monitorização das condições vitais do paciente já que a limpeza mecânica por meio de fricção manual do tecido lesionado pode ser passível de intercorrências⁽¹⁹⁾. Possivelmente, a justificativa para a analgesia aparecer como segundo procedimento mais realizado pela equipe deve-se ao grande número de lesões de 2º grau, as quais se caracterizam por significativos episódios de dor requerendo o uso de medicamentos para a redução da mesma. Além disso, supõe-se que a necessidade prévia deste procedimento, como requisito para a realização da balneoterapia também possa explicar a grande demanda do uso de analgésicos pelo corpo clínico.

Um aspecto que chamou a atenção neste estudo foi o número reduzido de intervenções que envolvessem a ludoterapia cujo número total foi de apenas 29 registros quando a maioria da população acometida nesta amostra foi de crianças. Isto nos faz refletir sobre a necessidade de os profissionais da área da saúde associarem as intervenções convencionais a esse tipo de tratamento, pois a terapia lúdica auxilia na recuperação, minimiza o impacto do processo de hospitalização e, acima de tudo, favorece o vínculo afetivo entre o terapeuta e a criança.

Quanto ao número de óbitos identificados nos três anos estudados na Unidade de Terapia em Queimados, evidenciou-se um total de 5 óbitos, sendo um deles ocorrido no ano de 2008 e quatro no ano de 2009. É importante ressaltar que este índice de mortalidade pode ser considerado equiparável e até mesmo inferior a alguns resultados obtidos na literatura⁽⁶⁾. Mediante estes resultados acredita-se que a assistência humanizada precoce, associada ao aprimoramento dos recursos humanos e tecnológicos, possa ter contribuído de forma positiva para redução do número de óbitos e melhora das condições de vida e recuperação dos pacientes acometidos por queimaduras⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As queimaduras são traumas potencialmente severos devido não apenas aos comprometimentos físicos, dependentes da gravidade da lesão, mas também pelos elevados índices de mortalidade. Os eventos identificados neste estudo foram prevalentes na população infanto-juvenil e que sua ocorrência se processa principalmente no ambiente domiciliar por motivos acidentais. Além disso, os eventos por escaldaduras ainda constituem os agentes mais frequentes nesse tipo de injúria. Apesar de as taxas de óbitos terem sido inferiores quando comparadas a outras pesquisas, a permanência hospitalar, sequelas físicas e emocionais e a ocorrência de complicações justificam a ênfase especial nas medidas preventivas. Nesse sentido, indicam-se medidas de educação em saúde no município pesquisado com intensificação das orientações e informações sobre prevenção de acidentes por queimaduras, pois, como foi constatado nos registros, quanto à natureza dos acidentes, a maioria é evitável.

O acesso à cultura, crenças e aos hábitos de vida da família é essencial por parte dos profissionais de saúde para subsidiar o planejamento de atividades preventivas tendo por base a realidade vivenciada por cada família. Dessa forma, será possível promover uma melhor assistência e qualidade de vida as vítimas de queimaduras.

Identificaram-se ainda lacunas nos registros, ou seja, “incompletude” de alguns dados importantes para análise do perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras salientando-se a necessidade de pesquisas acerca dos obstáculos impeditivos para que o registro seja adequado nos prontuários no momento do atendimento pelos profissionais de saúde. Os registros devem ser

realizados com responsabilidade e compromisso, pois representa a comunicação escrita na interligação entre os serviços, ou seja, podem expressar a incidência e prevalência de determinados agravos, o perfil da assistência, sendo também material de referência para o ensino e pesquisa.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados abrangendo demais locais de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras no município a fim de mapear o problema e propor intervenções efetivas de acordo com a identificação das fragilidades de cada localidade e população pesquisada.

REFERÊNCIAS

- 1 Brito MEM, Damasceno AKC, Pinheiro PNC, Vieira LIES. *Rev Eletr Enferm.* [internet]. 2010 june [cited 2012 aug 31]; 12(2):321-5. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a14.htm>.
- 2 Silva GPF, Olegario NBC, Pinheiro AMRS, Bastos VPD. Estudo epidemiológico dos pacientes idosos queimados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Instituto Doutor José Frota do município de Fortaleza-CE, no período de 2004 a 2008. *Rev Bras Queimaduras.* 2010; 9(1):7-10.
- 3 Viana FP, Resende SM, Toledo MC, Silva RC. Aspectos epidemiológicos das crianças com queimaduras internadas no pronto socorro para queimaduras de Goiânia. *Rev Eletr Enferm.* 2009; 11(4):779-84.
- 4 Brasil MS. Mortalidade por queimadura [internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2006 [citado 2009 nov 11]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- 5 Bessa DF, Ribeiro ALS, Barros, MCM, Bessa, IF, Alves, MA, Moreira, AM. Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no hospital regional de urgência emergência de Campina Grande – Paraíba, Brasil. *Rev Bras Cienc Saude.* 2006;10(1):73-80.
- 6 Odabas AB, Tümer AR, Keten A, Yorganci K. Burn injuries among children aged up to seven years. *Turk J Pediatr* [internet]. 2009 july – aug [cited 2012 aug 26]; 51(4): 328-35. Available from: http://www.turkishjournalpediatrics.org/pediatrics/pdf/pdf_TJP_676.pdf.
- 7 Lowell G, Quinlan K, Gottlieb LJ. Preventing unintentional scald burns: moving beyond tap water. *Pediatr* [internet]. 2008 oct [cited 2012 aug 30]; 122(4):799-803. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/4/799.full.html>.
- 8 Gimenes GA, Alferes FCBA, Dorsa PP, Barros ACPB, Gonella HA. Estudo epidemiológico de pacientes internados no centro de tratamento de queimados do conjunto hospitalar de Sorocaba. *Rev Bras Queimaduras.* 2009;8(1):14-7.
- 9 Pardo GD, Garcia IM, Moreno GI, Marrero FR, Gómez CIA. Psychological impact of burns on children treated in a severe burns unit. *Burns.* 2008;34(7):986-93.
- 10 Canabarro ST, Eidt OR, Aerts DRGC. Traumas infantis ocorridos em domicílio. *Rev Gaúcha Enferm.* 2004;25(2):257-65.
- 11 Nigro MVAS, Freitas ETF, Lopes Júnior SC, Cumune F, Sanches MER, Piper P. Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras no hospital universitário e evangélico de Curitiba (HUEC) no período de Julho de 2007 a Fevereiro de 2008. *Arq Catarinenses Med.* 2009;38(1):172-5.
- 12 Duke J, Wood FMBBS, Semmens J, Dale WE, Spilsbury K, Hendrie D, Rea SBC. A study of burn hospitalizations for children younger than 5 years of age: 1983–2008. *Pediatr* [internet]. 2011 apr [cited 2012 aug 30]; 127(4):971-77. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/4/e971.full.html>.
- 13 Martins CBG, Andrade SM. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):464-9.
- 14 Paschoal GSR, Pereira DM, Nascimento Em. effect of an educative action on relatives' knowledge about childhood burns at home. *Rev Latino-Am Enferm* [internet]. 2009 may-june [cited 2012 aug 31];17(3):341-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/10.pdf>.
- 15 Silva MAL, Pan R, Melo L, Bortoli OS de, Nascimento, LC. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(2):351-8.
- 16 Mendes CA, Sa DM, Padovese SM, Cruvinel SS. Estudo epidemiológico de queimaduras atendidas nas unidades de atendimento integrado de Urbelândia – MG entre 2000 a 2005. *Rev Bras Queimaduras.* 2009;8(1):18-22.
- 17 Macedo JLS, Santos JB. Predictive factors of mortality in burn patients. *Rev Instituto Med Trop São Paulo* [internet]. 2007 nov-dec [cited 2012 aug 30];

- 49(6):365-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rimts/v49n6/06.pdf>.
- 18 Macedo JLS, Santos JB. Complicações infecciosas em pacientes queimados. Rev Bras Cir Plást. 2006;21(2):108-11.
- 19 Silva AKCS, Neta FCA, Bessa MSH. O brincar como meio de intervenção terapêutica ocupacional na preparação de crianças para a balneoterapia. Rev Bras de Queimaduras. 2010;9(4):146-54.
- 20 Fernandes FMFA. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes admitidos na unidade de queimados do hospital de emergência e trauma senador Humberto Lucena [trabalho de conclusão do curso]. Paraíba: Centro Universitário de João Pessoa, UNIPÊ; 2009.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Isolda Maria Barros Torquato
Av. Alagoas, 487, Bairro dos Estados
58030-150, João Pessoa, PB
E-mail: isoldatorquato@ig.com.br

Recebido em: 30.11.2011
Aprovado em: 28.11.2012