

Queimaduras domésticas na população infantojuvenil: atendimentos de urgência e emergência*

Jackeline Gonçalves Brito¹, Christine Baccarat de Godoy Martins²

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, nível Doutorado, da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: jackeline_brito@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da UFMT. Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: leocris2001@terra.com.br.

Recebido: 06/10/2014.

Aceito: 07/07/2015.

Publicado: 31/03/2016.

Como citar esse artigo:

Brito JG, Martins CBG. Queimaduras domésticas na população infantojuvenil: atendimentos de urgência e emergência. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__];18:e1139. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32141>.

RESUMO

Estudo cujo objetivo foi analisar as queimaduras domiciliares decorrentes de exposição à corrente elétrica/radiação/temperatura, fumaça/fogo/chamas e contato com fonte de calor/substâncias quentes, em vítimas crianças, adolescentes e jovens, atendidos em serviço de urgência/emergência de referência. Estudo descritivo, transversal, com vítimas de queimaduras domiciliares (entre zero a 24 anos) atendidas por serviço de pronto-atendimento em uma capital do centro oeste brasileiro, no ano de 2013. Foram estudadas 84 vítimas de queimaduras domiciliares, prevaleceu o sexo feminino (59,5%) e a faixa etária de 1-4 anos (27,4%). As queimaduras mais frequentes foram por contato com fonte de calor/substâncias quentes (82,1%) e exposição à fumaça/fogo/chamas (15,5%). As regiões corpóreas mais atingidas foram cabeça, tronco, membros superiores e inferiores (90,5%) e prevaleceu a queimadura de segundo grau (40,5%). Queimaduras domiciliares atingem significativamente o público infantojuvenil com destaque para o sexo feminino, apontando para a importância de atividades preventivas e educativas direcionadas para as meninas.

Descritores: Acidentes Domésticos; Queimaduras; Traumatismos por Eletricidade; Serviços Médicos de Emergência; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Dentre as causas externas, os acidentes por queimaduras no ambiente domiciliar estão entre as

principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, atingindo principalmente crianças, adolescentes e jovens, sendo uma das principais causas acidentais em serviços de pronto-atendimento⁽¹⁻⁶⁾. Contudo, a Organização Mundial da Saúde chama a atenção para a maior frequência dos traumas por queimadura em países subdesenvolvidos quando comparados com países desenvolvidos, um dos aspectos apontados para esta diferença são as políticas e condutas de prevenção implementadas pelo governo e adotadas pela população⁽¹⁾.

Dados recentes do Ministério da Saúde evidenciam que no Brasil, de junho de 2013 a junho de 2014, foram 43.660 internações na população de 0-24 anos devido à exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas e pressões (códigos W85-W99 da Classificação Internacional de Doenças - CID10), exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (códigos X00-X09) e contato com fonte de calor e substâncias quentes (códigos X10-X19)⁽⁷⁾. O gasto com estas internações representou um valor de R\$ 43.949.425,25⁽⁷⁾ para os cofres públicos. Quanto à mortalidade, nesta mesma faixa etária, no mesmo período, pelo mesmo grupo de causas, a taxa foi de 1,01 óbitos por mil habitantes, sendo maior no grupo menor de um ano de idade (Taxa 1,87/1000 hab.)⁽⁷⁾.

Para os serviços de saúde, os custos para o atendimento e o tratamento das queimaduras domiciliares são onerosos e representam um problema de saúde pública em decorrência do tempo de internação e tratamento⁽⁷⁻⁹⁾. Além do impacto financeiro, as queimaduras trazem consequências físicas e emocionais para a vítima e seus familiares, difíceis de serem mensuradas⁽¹⁰⁾.

As queimaduras se caracterizam por lesões no tecido epitelial produzida por calor, decorrente de diferentes fontes (substâncias quentes, químicas, eletricidade, chama direta ou objetos aquecidos), sendo classificada de acordo com a profundidade da lesão epitelial em queimadura de primeiro grau (atinge a epiderme), queimadura de segundo grau (atinge a epiderme e a derme) e queimadura de terceiro grau (destroem todas as camadas da pele podendo atingir tecidos subcutâneos, músculos e ossos)⁽¹¹⁾.

O tipo de lesão ocasionada pela queimadura determina, portanto, um trauma físico e emocional de grande impacto para a vítima, principalmente pela dor que gera e pelo tratamento prolongado⁽⁴⁾. Aliado ao sofrimento físico e emocional no momento do acidente, muitas vezes a vítima ainda fica com sequelas para o resto da vida, especialmente, quando crianças ou adolescentes. Tais sequelas causam deformidades físicas na face e no corpo, incapacidade funcional (principalmente quando atinge membros), danos neurológicos e desordens psicossociais devido ao trauma do acidente⁽¹²⁾.

A investigação das características de queimaduras domiciliares na população infantojuvenil é relevante, uma vez que podem ser prevenidas e ainda podem orientar as ações de enfermagem e a elaboração de políticas de saúde no que se referem à prevenção, atendimento e tratamento de queimaduras domiciliares nesse grupo populacional.

Assim sendo, o estudo objetivou analisar as características de acidentes por queimaduras domiciliares decorrentes de exposição à corrente elétrica/radiação/temperatura, fumaça/fogo/chamas e contato com fonte de calor/substâncias quentes, em que figurem como vítimas crianças, adolescentes e jovens, atendidos

em serviço de urgência/emergência de referência.

MÉTODOS

Estudo descritivo, de corte transversal, com coleta retrospectiva de dados e análise quantitativa. A população estudada foram vítimas de queimaduras domiciliares (de zero a 24 anos de idade), atendidas pelo Hospital Pronto Socorro Municipal de uma capital do centro oeste brasileiro (HPSMC) durante o ano de 2013.

Para a classificação dos acidentes foi utilizada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pois sendo uma classificação internacional facilita a comparação dos achados com outros estudos e melhor divide os tipos de acidentes. Foram incluídos acidentes por queimaduras domiciliares decorrentes de exposição à corrente elétrica, radiação e temperatura (W85 A W99), exposição à fumaça, fogo e chamas (X00 A X09), e o contato com fonte de calor e substâncias quentes (X10 A X19) e foram excluídos acidentes com queimaduras intencionais e queimaduras sem causa e locais determinados.

Para a coleta de dados, utilizou-se formulário, previamente testado, com 25 questões fechadas e uma questão aberta para o relato do acidente que ocasionou a queimadura. Como fonte de dados foram utilizadas as fichas de pronto atendimento referentes a atendimentos realizados no período de um ano (1º de janeiro a 31 dezembro de 2013). A coleta de dados foi realizada no arquivo do hospital, por duas pesquisadoras devidamente treinadas no período de três meses (janeiro a março de 2014).

As variáveis estudadas foram: perfil da vítima (sexo, grupo etário, município de residência), perfil do acidente (tipo e circunstâncias do acidente, período do dia/dia da semana/mês/ em que ocorreu o acidente); perfil do atendimento (local do primeiro atendimento, tempo decorrido entre acidente e o atendimento no serviço de saúde, quem trouxe para atendimento no serviço de saúde); consequências do acidente (região corpórea atingida, grau/profundidade da queimadura, sequela física imediata); e evolução clínica da vítima (encaminhamento, alta do pronto-atendimento, internação e óbito imediatos).

Os dados foram processados por um software de estatística e para a análise foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais, por meio de análises simples e bivariadas (teste estatístico Qui-Quadrado, considerando estatisticamente significativo os resultados em que o valor de p seja igual ou menor que 0,05).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em 25.09.2013 sob o protocolo 405.578, respeitando assim todos os princípios éticos vigentes na legislação brasileira.

RESULTADOS

O Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC) realizou 84 atendimentos de emergência em consequência de acidentes domésticos por queimaduras, durante o ano estudado.

Mais da metade das vítimas foram do sexo feminino (50-59,5%), os meninos representaram 40,5% (34). Entre as meninas, tiveram maior frequência de queimaduras domiciliares as do grupo etário de um a quatro anos (28,0%), de 20 a 24 anos (18,0%) e de 10 a 14 anos (16,0%), enquanto que nos meninos

prevaleram os grupos de 10 a 14 anos (29,4%), um a quatro anos (26,5%) e cinco a nove anos (23,5%) (Tabela 1). Quanto à procedência das vítimas, apenas 19 (22,6%) eram residentes de outros municípios e 65 (77,4%) de Cuiabá/Mato Grosso/Brasil.

Tabela 1: Distribuição das queimaduras domiciliares, no grupo de 0 a 24 anos, atendido no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), segundo o sexo e a idade das vítimas. Cuiabá, MT, Brasil, 2013. ($p=0,3256$)

Grupo etário	Sexo da vítima					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 ano	5	10	1	2,9	6	7,1
1 a 4 anos	14	28	9	26,5	23	27,4
5 a 9 anos	7	14	8	23,5	15	17,9
10 a 14 anos	8	16	10	29,4	18	21,4
15 a 19 anos	7	14	3	8,8	10	11,9
20 a 24 anos	9	18	3	8,8	12	14,3
Total	50	100	34	100	84	100

As queimaduras mais frequentes no ambiente domiciliar foram por contato com fonte de calor e substâncias quentes (82,1%) e exposição à fumaça/fogo/chamas (15,5%) (Tabela 2). Entre as queimaduras por fonte de calor e substâncias quentes, se destacaram contato com bebidas, alimentos, gordura e óleo de cozinha quentes (40,5%) e escaldadura (25%). Entre as queimaduras por fumaça/fogo/chamas, sobressaíram-se as ocasionadas pela combustão de álcool, gás de cozinha e gasolina (8,3%), seguidas por fogo de fogão a fâsca de cigarro (3,6%).

Tabela 2: Distribuição das queimaduras domiciliares, no grupo de 0 a 24 anos, atendido no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), segundo o tipo de queimadura e a região corpórea atingida/lesão. Cuiabá, MT, Brasil, 2013.

Código CID 10	Tipo de queimadura	Nº	%
W85 A W99	Por Exposição à corrente elétrica, radiação, temperatura e pressões	2	2,4
W86	Vítima de choque elétrico em tomada	1	1,2
W87	Exposição a corrente elétrica não especificada	1	1,2
X00 A X09	Por Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	13	15,5
X04	Exp. a combustão sub. inflamável (álcool/gás de cozinha/gasolina)	7	8,3
X08	Exp. a fumaça/fogo/chamas (fogo de fogão, fâsca de cigarro)	3	3,6
X09	Exp. a tipo não especificado de fumaça/fogo/chamas	3	3,6
X10 A X19	Por Contato com fonte de calor e substâncias quentes	69	82,1
X10	Contato com bebidas/alimentos/gordura/óleo cozinha quentes	34	40,5
X12	Contato com outros líquidos quentes (escaldadura)	21	25,0
X13	Contato com vapor d'água e com vapores quentes	2	2,4
X15	Contato com aparelhos domésticos quentes	5	6,0
X17	Contato com motores/máquinas/ferramentas quentes	1	1,2
X19	Outras fontes de calor/subst quente não especificas	6	7,1
	Total	84	100,0

A Tabela 3 apresenta o cruzamento entre o tipo de queimadura e a idade da vítima (o valor de p não apresentou significância estatística), revelando que as queimaduras mais frequentes nos menores de um ano foram devido ao contato com bebidas/alimentos/gordura/óleo de cozinha quentes (33,2%). Entre as crianças

de um a quatro anos, a maior frequência das queimaduras foi por escaldadura (39,1%). As crianças acima de cinco anos também apresentaram maior proporção de queimaduras por bebidas/alimentos/gordura/óleo de cozinha quentes. A queimadura por exposição à combustão de substâncias inflamáveis foi mais frequente na população de 20 a 24 anos (25,0%).

Tabela 3: Distribuição das queimaduras domiciliares, na população de 0 a 24 anos, atendida no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), segundo o tipo de queimadura e a idade da vítima. Cuiabá, MT, Brasil, 2013. ($p=0,0789$)

Tipo de queimadura *	Grupo etário (em anos) (%)						Total
	<1	1-4	5-7	8-14	15-19	20-24	
W86	-	-	-	-	10	-	1,2
W87	-	-	-	-	-	8,3	1,2
X04	16,7	4,4	6,7	-	10	25	8,3
X08	-	4,4	-	-	10	8,3	3,6
X09	-	4,4	-	5,6	10	-	3,6
X10	33,2	21,7	73,3	50	20	41,8	40,5
X12	16,7	39,1	13,3	33,2	20	8,3	25
X13	-	-	-	-	10	8,3	2,4
X15	16,7	13	-	5,6	-	-	6
X17	16,7	-	-	-	-	-	1,2
X19	-	13	6,7	5,6	10	-	7
Total	100	100	100	100	100	100	100

* W86: Vítima de choque elétrico em tomada

- W87: Exposição a corrente elétrica não especificada
- X04: Exp. a combustão de subs. inflamável (Álcool 5, gás de cozinha 1, gasolina 1)
- X08: Exp. a tipo de fumaça/fogo/chamas (fogo de fogão 2, fálscia de cigarro 1)
- X09: Exposição a tipo não especificado de fumaça, fogo ou chamas
- X10: Contato com bebidas, alimentos, gordura e óleo de cozinha quentes
- X12: Contato com outros líquidos quentes (escaldadura)
- X13: Contato com vapor d'água e com vapores quentes
- X15: Contato com aparelhos domésticos quentes
- X17: Contato com motores, máquinas e ferramentas quentes
- X19: Contato com outras fontes de calor ou com substâncias quentes não especificados

A informação quanto à hora do acidente não estava presente em quase a totalidade das fichas de pronto-atendimento (77-91,7%), e quando estava caracterizou três acidentes na parte da manhã (6-12h) (3,6%), dois à tarde (13-18h) (2,4%), um à noite (19-23h) (1,2%) e um pela madrugada (0-6h) (1,2%).

Quanto aos dias da semana em que ocorreu a queimadura acidental, verificou-se a seguinte frequência: quarta-feira (20-23,8%), sexta (10-22,6%), segunda-feira (16-19,0%), quinta-feira (10-11,9%), sábado (8-9,5%), domingo (6-7,1%), terça-feira (5-6,0%).

Os meses em que mais houve acidentes com queimadura foi janeiro (17-20,2%) e junho (16-19,0%), seguidos de março (12-14,3%), abril (12-14,3%), fevereiro 11(13,1%), maio (10-11,9%), agosto (2-2,4%), julho (1-1,2%), outubro (1-1,2%), novembro (1-1,2%) e dezembro (1-1,2%). Analisando-se o tipo de queimadura conforme o mês de ocorrência (Tabela 4), as principais queimaduras de janeiro foram por contato com bebidas, alimentos, gordura e óleo de cozinha quentes (47,1%) e contato com outros líquidos quentes (escaldadura) (17,6%), enquanto que em junho se destacaram as queimaduras por contato com bebidas, alimentos, gordura e óleo de cozinha quentes (62,5%) e contato com aparelhos domésticos quentes (18,8%).

Tabela 4: Distribuição das queimaduras domiciliares, no grupo de 0 a 24 anos, atendido no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), segundo o tipo de queimadura (CID 10) e o mês de ocorrência. Cuiabá, MT, Brasil, 2013. (p=0,0000)

Tipo de queimadura *	Meses do ano (%)											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Nov	Out	Dez	
W86	-	-	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
W87	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
X04	11,8	9,1	25	-	-	6,3	-	-	-	-	-	-
X08	-	9,1	-	8,3	10	-	-	-	-	-	-	-
X09	5,9	-	8,3	-	-	6,3	-	-	-	-	-	-
X10	47,1	18,2	16,7	41,7	30	62,5	-	100	100	100	-	-
X12	17,6	36,4	33,3	41,7	50	-	-	-	-	-	-	-
X13	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	100
X15	-	9,1	-	8,3	-	18,8	-	-	-	-	-	-
X17	-	-	-	-	-	6,3	-	-	-	-	-	-
X19	17,6	18,2	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* W86: Vítima de choque elétrico em tomada

- W87: Exposição a corrente elétrica não especificada
- X04: Exp. a combustão de subs. inflamável (Álcool 5, gás de cozinha 1, gasolina 1)
- X08: Exp. a tipo de fumaça/fogo/chamas (fogo de fogão 2, faísca de cigarro 1)
- X09: Exposição a tipo não especificado de fumaça, fogo ou chamas
- X10: Contato com bebidas, alimentos, gordura e óleo de cozinha quentes
- X12: Contato com outros líquidos quentes (escaldadura)
- X13: Contato com vapor d'água e com vapores quentes
- X15: Contato com aparelhos domésticos quentes
- X17: Contato com motores, máquinas e ferramentas quentes
- X19: Contato com outras fontes de calor ou com substâncias quentes não especificados

A análise do atendimento evidenciou que, em todos os acidentes com queimadura, o primeiro atendimento foi prestado em algum serviço de saúde, sendo a maioria no próprio HPSMC (73,8%) (Tabela 5). Não foi possível determinar o tempo decorrido entre o acidente e o atendimento por não constar a hora do acidente nas fichas de atendimento. Em mais da metade das queimaduras a vítima foi trazida pela mãe ao HPSMC (57,1%) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição das queimaduras domiciliares, na população de zero a 24 anos, atendida no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), segundo o perfil do atendimento. Cuiabá, MT, Brasil, 2013.

Quem prestou o primeiro atendimento	Nº	%
Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC)	62	73,8
Policlínica	17	20,2
Programa Saúde da Família (PSF)	1	1,2
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	4	4,8
Total	84	100
Quem trouxe para o atendimento no HPSMC	Nº	%
Mãe	48	57,1
Não consta	22	26,2
Outros	4	4,8
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	4	4,8
Pai	1	1,2
Madrasta	1	1,2
Avô (a)	1	1,2
Irmã (o)	1	1,2
Sozinho (a)	1	1,2
Tio (a)	1	1,2
Total	84	100

As regiões corpóreas mais atingidas pelas queimaduras foram cabeça, pescoço, tronco, membros

superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII) (76-90,5%), seguidas de queimadura e corrosão em múltiplas regiões do corpo (5-5,9%) e queimadura e corrosão em olho/trato respiratório/órgãos internos (3-3,6%). Quanto à profundidade da queimadura, as lesões de segundo grau foram as mais frequentes (34-40,5%), seguidas pelas de primeiro grau (14-16,7%) e de terceiro grau (5-5,9%). Não havia esta informação no restante das fichas de atendimento (31-36,9%). Não houve nenhum caso de seqüela física imediata registrada.

Todos os casos de queimaduras atendidos pelo HPSMC foram encaminhados ao Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do próprio Serviço e por este motivo, muitas das vítimas, apesar da alta do pronto atendimento, continuaram internadas no CTQ, ou vinham pelo menos uma vez por semana para fazer curativo nas lesões. Não houve óbito imediato ou durante o atendimento no HPSMC.

DISCUSSÃO

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾, porém na presente pesquisa observou-se maior proporção de vítimas de queimaduras do sexo feminino, diferindo de pesquisas nacionais^(2,10,13-14) e internacionais^(3,6), em que há predomínio do sexo masculino. Uma possível explicação para esse achado pode estar relacionada ao comportamento imitativo das meninas em relação as tarefas de suas mães ou responsáveis durante os afazeres domésticos, como utilizar o fogão, manusear panelas com alimentos quentes, utilizar eletrodomésticos e fazer uso de substâncias inflamáveis, como o álcool.

Diante disto, medidas de prevenção devem ser incentivadas por meio de políticas de saúde e da capacitação da população para identificar e remover os riscos para queimaduras domiciliares⁽¹⁵⁾. Além disso, deve-se evitar a realização de atividades que envolvam riscos para queimadura na presença das crianças, ou com as mesmas no colo⁽¹⁶⁾. Estudo indica que grande parte das queimaduras domiciliares acontece na presença de um responsável e aos fatores de risco soma-se o descuido e a negligência do mesmo⁽⁴⁾.

Quanto aos atendimentos de vítimas advindas de outros municípios, este fato é justificado pelo serviço ser referência para o atendimento em urgência e emergência para Cuiabá e região, e por isso as intervenções sugeridas também são de grande importância para os municípios adjacentes.

A maior proporção de queimaduras em ambiente domiciliar por escaldadura e substâncias quentes (como óleo de cozinha e alimentos) também é observada em outras casuísticas^(2,10,17). Este tipo de acidente, conhecido 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, e é atribuído à facilidade que as crianças têm de acesso aos ambientes de risco, como a cozinha ou ambientes de lazer com a presença de fogão^(2,14).

Dessa forma, algumas medidas de prevenção devem ser adotadas no ambiente domiciliar, tais como: não permitir que crianças fiquem na cozinha ou brinquem neste ambiente, quando as mesmas estiverem neste local precisam ser continuamente supervisionadas, responsáveis não devem lidar com líquidos quentes e, ao mesmo tempo, cuidar de lactentes. Os cabos de panelas e as asas dos tachos devem estar fora do

alcance da criança e devem estar direcionados para a parte interna do fogão. No banheiro a água quente em balde ou banheira representa risco para a criança sem supervisão e deve-se conferir a temperatura da água antes do banho utilizando termômetro ou o dorso da mão, não deixar alimentos quentes em recipientes ao alcance das crianças ou em cima de forros que podem ser puxados pelas mesmas ocorrendo a queda das substâncias quentes sobre a criança⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A preocupação com esses cuidados requer uma compreensão das circunstâncias das queimaduras e dos fatores de risco e de proteção que influenciam para a ocorrência deste tipo de acidente em ambiente domiciliar⁽¹⁶⁾. A maior frequência de escaldaduras nas crianças menores de cinco anos é também corroborada por outras investigações^(2-3,13), o que pode ser explicado pelas características peculiares do desenvolvimento nesta faixa etária, como a curiosidade e a tendência a imitar comportamentos dos adultos fatores predisponentes à ocorrência de acidentes, aliadas à falta de maturidade para prever e evitar situações de risco⁽²⁰⁾. Neste sentido, propiciar um ambiente seguro nesta fase tem se mostrado uma medida importante de prevenção, além da constante vigilância sobre a criança para evitar que a mesma se coloque em situações de risco para queimaduras.

Outras medidas de segurança também devem ser observadas, pois também ocorreram queimaduras com eletrodomésticos/aparelhos quentes, por choque elétrico, chama direta e cigarro. Crianças não devem ter acesso a eletrodomésticos, fósforo, isqueiro, velas. Medidas simples de prevenção podem ser eficientes na prevenção de acidentes como guardar o ferro de passar roupa, sanduicheiras e outros aparelhos quentes fora do alcance das crianças após o uso, não permitir a circulação de crianças na cozinha durante o uso do forno, proteger fios, linhas elétricas e tomadas, além dos cuidados com mamadeiras esquentadas no microondas, cujo conteúdo tende a aquecer mais do que o recipiente e cuidado especial deve ser dado aos vaporizadores. Além disso, deve-se evitar brincadeiras com bombinhas e fogos de artifício, pois há perigo de queimaduras e até de perda de membros do corpo. Outro comportamento comumente copiado entre as crianças e adolescentes é o ato de fumar, hábito que deve ser evitado na frente ou perto de crianças e adolescentes não só pelo risco de queimadura. Também pode-se prevenir da exposição solar, mais indicados antes das 10 e depois das 16 horas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Outra casuísta também encontrou pouca variação das queimaduras entre os meses do ano, com um registro maior em junho (22,4%)⁽²⁾. Dessa forma, é relevante reforçar as medidas de segurança contra queimaduras domiciliares durante todo o ano, e principalmente ao realizar atividades que causaram o maior número de acidentes como o contato com bebidas, alimentos, gordura, líquidos (escaldadura) e óleo de cozinha quentes e ao manusear aparelhos domésticos quentes.

Também quanto aos dias da semana, houve distribuição semelhante das queimaduras domiciliares, portanto os cuidados devem ser reforçados tanto durante a semana quanto nos fins de semana.

A falta de anotação sobre o período do dia em que o acidente ocorreu evidencia má qualidade das informações nas fichas de atendimento. Esta dificuldade também foi ressaltada por outro estudo epidemiológico em pronto-atendimento⁽¹⁷⁾, o que sugere a necessidade de treinamento adequado da equipe

de saúde no que se refere à importância das informações em saúde⁽²¹⁾, ou ainda do desenvolvimento de protocolos de atendimento que prevejam o registro de informações mais completas.

Quanto ao primeiro atendimento, evidenciou-se que apesar da mãe e de outro responsável ter levado a criança para o Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), em todos os casos o primeiro atendimento foi prestado em algum serviço de saúde. Não houve relato de primeiros cuidados realizados no domicílio, o que pode estar relacionado ao despreparo dos responsáveis em prestar o primeiro atendimento. Um estudo sobre o primeiro atendimento em queimaduras ressalta que o tratamento correto e precoce das lesões ajuda a diminuir os danos e as sequelas tardias das queimaduras, uma vez que o prognóstico final de uma queimadura depende de um pronto e adequado primeiro atendimento⁽²²⁾.

Diante do exposto, evidencia-se a importância e a necessidade de educação em saúde para a população, pais e responsáveis, quanto aos primeiros socorros em caso de queimaduras, como: remover, imediatamente, a fonte de calor afastando a vítima do agente causador (chama, corrente elétrica, objeto quente), proporcionar o resfriamento da área queimada com água limpa e corrente (torneira ou ducha) durante 10-20 minutos (nunca usar água gelada, pasta de dente, creme hidratante ou misturas caseiras), aquecer a vítima e encaminhar para abordagem médica ou chamar serviço de emergência^(15,22).

Maior frequência das lesões na cabeça, tórax e membros superiores é corroborada por estudos que notificaram maior frequência de lesões em tórax, membros superiores e inferiores^(2,14). A identificação do local da lesão é de extrema importância para avaliar os riscos e acompanhar as alterações fisiológicas, anatômicas e imunológicas dos danos com o intuito de diminuir as sequelas⁽¹¹⁾.

Quanto às lesões, a queimadura de segundo grau é relatada como a mais frequente neste tipo de acidente^(14,23), o que causa intensa dor, levando de 25 a 35 dias para reepitalizar e permanecendo cicatriz com resultado estético não satisfatório⁽¹¹⁾. Portanto, ressalta-se mais uma vez, a importância do primeiro atendimento imediato e eficaz a fim de minimizar as lesões⁽²²⁾.

Apesar do estudo não ter revelado sequelas físicas imediatas, grande parte das queimaduras necessitam de longo período de acompanhamento e tratamento além do impacto emocional que pode trazer sequelas psicoemocionais em longo prazo⁽¹¹⁾.

Quanto à evolução das queimaduras domiciliares, pelo fato de todos os atendimentos serem encaminhados ao Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), unidade onde se realizou o estudo, a pesquisa não abrangeu internação, pois analisou-se fichas de pronto atendimento e não prontuários. Contudo, estudo com crianças e adolescentes vítimas de queimaduras revelou uma média de internação de 5,87 dias⁽²⁾ e outro estudo, que relacionou o tempo de internação com o tipo de queimadura, revelou que as queimaduras de segundo grau demandam maior tempo de internação⁽¹²⁾. Portanto, apesar de não ter sido relatado o período de internação e nenhum caso de óbito imediato, evidenciou-se a gravidade das queimaduras pelo grande número de lesões de segundo grau.

CONCLUSÃO

O estudo teve por objetivo analisar as características das queimaduras domiciliares na população infanto-juvenil (zero-24anos), atendida em serviço de referência em urgência e emergência. Os resultados destacam que as meninas de um a quatro anos e os meninos de 10 a 14 anos de idade foram os que mais se acidentaram por queimadura no ambiente domiciliar.

Ainda vale destacar que, diferente de outros estudos, as meninas sofreram mais queimaduras, o que sugere que se estude com mais detalhe esse grupo, especialmente, pelas características desse grupo em desenvolver comportamentos imitativos de suas mães ou responsáveis nos afazeres domésticos ou ainda por as auxiliarem nesses.

Esse achado em particular aponta para a importância de atividades preventivas e educativas direcionadas para o público feminino. Essas podem integrar a agenda dos profissionais de saúde, em particular, aqueles que atuam na atenção primária, uma vez que a equipe de enfermagem tem a possibilidade de conhecer a realidade das famílias por meio da visita domiciliar, o que permite orientar pais, responsáveis e cuidadores, alertando para os diferentes riscos e as formas de eliminá-los, levando em consideração a realidade do ambiente.

Além disso, os achados também sugerem que além de intervenções educativas nos diversos espaços de convivência das crianças e adolescentes, abordando os riscos de queimaduras por diferentes fatores em ambiente domiciliar e formas de prevenção, que também sejam prioridade ações de orientação sobre a forma correta de realizar o primeiro atendimento rápido e adequado. Estas podem ser eficientes na prevenção dos agravos decorrentes das queimaduras.

A compreensão dos fatores de risco potenciais presentes em acidentes por queimaduras no ambiente domiciliar, envolvendo esse grupo populacional, ainda se constitui em importante lacuna para melhor compreender o comportamento infantojuvenil diante desses acidentes. Assim, o planejamento de intervenções delineadas a partir do conhecimento desta realidade podem ser mais eficientes.

A má qualidade das informações nas fichas de pronto atendimento, desperta a atenção para a necessidade de maior fiscalização e atividades de conscientização e capacitação dos profissionais de saúde sobre o registro das informações.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de Mestrado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO | Burns [Internet]. WHO. World Health Organization; 2014 [cited 2016 Mar 31]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/burns/en/.
2. Fernandes FMFA, Torquato IMB, Dantas MAS, Pontes Júnior FAC, Ferreira JA, Collet N. Burn injuries in children and adolescents: clinical and epidemiological characterization. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2012 [acesso em: 31 mar. 2016];33(4):133-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400017>.

3. Alnababtah KM1, Davies P, Jackson CA, Ashford RL, Filby M. Burn injuries among children from a region-wide paediatric burns unit. *Br J Nurs* [Internet]. 2011 [acesso em: 31 mar. 2016];20(3):156-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2011.20.3.156>.
4. Vendrusculo TM, Balieiro CRB, Echevarría-Guanilo ME, Farina Junior JA, Rossi LA. Burns in the domestic environment: characteristics and circumstances of accidents. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [acesso em: 31 mar. 2016];18(3):444-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300021>.
5. Martins CBG, Andrade SM. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007 [acesso em: 31 mar. 2016];20(4):464-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400013>.
6. Spinks A, Wasiak J, Cleland H, Beben N, Macpherson AK. Ten-year epidemiological study of pediatric burns in Canada. *J Burn Care Res* [Internet]. 2008 [acesso em: 31 mar. 2016];29(3):482-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/BCR.0b013e3181776ed9>.
7. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em: 31 mar. 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>.
8. Alaghebandan R, Sikdar KC, MacDonald D, Collins KD, Rossignol AM. Unintentional injuries among children and adolescents in Aboriginal and non-Aboriginal communities, Newfoundland and Labrador, Canada. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2010 [acesso em: 31 mar. 2016];69(1):61-71. Disponível em: <http://www.circumpolarhealthjournal.net/index.php/ijch/article/view/17386>.
9. Fonseca Filho R, Nigri CD, Freitas GM, Valentim Filho F. Superfície corporal queimada vs. tempo de internação. Análise dos últimos 15 anos. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2014 [acesso em: 31 mar. 2016];13(1):18-20. Disponível em: http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=192.
10. Gawryszewski VP, Bernal RT, Silva NN, Morais Neto OL, Silva MM, Mascarenhas MD, et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [acesso em: 31 mar. 2016];28(4):629-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400003>.
11. Rocha CLJV. Histofisiológica e classificação das queimaduras: consequências locais e sistêmicas das perdas teciduais em pacientes queimados [Internet]. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais* [Internet]. 2010 [acesso em: 31 mar. 2016];1(3):140-7. Disponível em: <http://riee.ufjf.emnuvens.com.br/riee/article/view/956>.
12. Oliveira FPS, Ferreira EAP, Carmona SS. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum* [Internet]. 2009 [acesso em: 31 mar. 2016];19(1):19-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12822009000100003>.
13. Millan LS, Gemperli R, Tovo FM, Mendaçolli TJ, Gomez DS, Ferreira MC. Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de São Paulo. *Rev Bras Cir Plástica* [Internet]. 2012 [acesso em: 31 mar. 2016];27(4):611-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400024>.
14. Aragão JA, Aragão MECS, Filgueira DM, Teixeira RMP, Reis FP. Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe. *Rev Bras Cir Plástica* [Internet]. 2012 [acesso em: 31 mar. 2016];27(3):379-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000300008>.
15. Gimeniz-Paschoal SR, Pereira DM, Nascimento EN. Effect of an educative action on relatives' knowledge about childhood burns at home. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [acesso em: 31 mar. 2016];17(3):341-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300010>.
16. Grossman DC. The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries. *Future Child*. 2000;10(1):23-52.
17. Cantarelli-Kantorski KJ, Martins CL, Andolhe C, Brum AL, Pai DD, Echevarría-Guanilo ME, et al. Caracterização dos atendimentos por queimaduras em um serviço de pronto-socorro. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2014 [acesso em: 31 mar. 2016];13(1):38-43. Disponível em: http://rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=185.
18. Mukerji G, Chamania S, Patidar GP, Gupta S. Epidemiology of pediatric burns in Indore, India. *Burns* [Internet]. 2001 [acesso em: 31 mar. 2016];27(1):33-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0305-4179\(00\)00058-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-4179(00)00058-9).
19. Pereira SFA, Garcia CA. Prevenção de acidentes domésticos na infância. *Rev Enferm UNISA* [Internet]. 2009 [acesso em: 31 mar. 2016];10(2):172-7. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-2-14.pdf>.
20. Del Ciampo LA, Ferraz IS, Tazima MFGS, Bachelette LG, Ishikawa K, Paixão R. Características clínicas e

epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. *Pediatria (São Paulo)*. 2011;33(1):29-34.

21. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em: 31 mar. 2016];16(3):577-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300021>.

22. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2005 [acesso em: 31 mar. 2016];80(1):9-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000100003>.

22. Vale, ECS. Inicial management of burns: approach by dermatologists. *An. Bras. Dermatol.* 2005;80:9-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000100003>.

23. Montes SF, Barbosa MH, Sousa Neto AL de. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso em: 31 mar. 2016];45(2):369-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200010>.