

Perfil das hospitalizações para o tratamento agudo de crianças e adolescentes queimados, 2005-2010

Hospitalization profile for acute treatment of burned children and adolescents, 2005-2010

Iara Cristina da Silva Pedro¹, Mariana Lelé Rinaldi², Raquel Pan³, Natália Gonçalves³, Lídia Aparecida Rossi⁴,
Jayme Adriano Farina Junior⁵, Lucila Castanheira Nascimento⁶

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi descrever o perfil das hospitalizações para tratamento agudo de criança e adolescente queimados, entre zero e 19 anos de idade, em um Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) localizado no interior paulista, entre 2005 e 2010. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo, que teve como fonte de informação dados secundários, a partir de um registro sistematizado de controle interno do CTQ. As variáveis estudadas foram: número e tempo de internação para tratamento agudo, idade, sexo, etiologia das queimaduras e área da superfície corporal queimada. **Resultados:** Identificaram-se 204 internações, sendo 60% do sexo masculino. A maioria das queimaduras ocorreu entre zero e 3 anos de idade, sendo a escaldadura o principal agente causador; enquanto que, dos 4 aos 19 anos, foram os líquidos inflamáveis. **Conclusão:** A caracterização das internações forneceu subsídios, contribuindo para dar visibilidade a esse agravo e motivar planejamento de ações, especialmente relacionadas à prevenção de queimaduras.

DESCRITORES: Queimaduras. Criança. Prevenção de Acidentes.

Epidemiologia.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to outline the hospitalization profile for acute treatment of child and adolescent burns victims, between zero and 19 years of age, at a Burn Treatment Center (BTC) located in the interior of São Paulo State, Brazil, between 2005 and 2010. **Method:** A retrospective descriptive study, which had as an information source secondary data from a record systematized internal control BTC. The study variables were: number and duration of hospital admissions for acute treatment, age, gender, burn etiology and total body surface area. **Results:** In total were 204 hospital admissions, 60% of whom were male. Most burns affected between zero and three years of age; the scald was the main causal agent in this age range; where as, from four to 19 years, were flammable liquids. **Conclusion:** Characterizing the hospital admissions provided support, contributing to grant visibility to this problem and motivate action planning, especially related to burn prevention.

KEYWORDS: Burns. Child. Accident Prevention. Epidemiology.

1. Enfermeira. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Centro de Tratamento de Queimaduras. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento Materno-infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
2. Enfermeira Residente. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Campinas, SP, Brasil.
3. Enfermeira. Doutoranda. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa Interunidades, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
4. Enfermeira. Professor Titular. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento Enfermagem Geral e Especializada, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
5. Médico. Professor Doutor. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Cirurgia e Anatomia. Chefe da Divisão de Cirurgia Plástica. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
6. Enfermeira. Professor Associado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento Materno-infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondência: Iara Cristina da Silva Pedro
Rua Carlos de Campos, 845. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil - CEP: 14051-080
E-mail: iara_eerp@yahoo.com.br

Apresentação em congressos: Resultados parciais deste estudo foram apresentados no 35º Congresso Brasileiro de Pediatria, de 9 a 11 de outubro de 2011, em Salvador/BA; no VIII Congresso Brasileiro de Queimaduras, de 10 a 13 de outubro de 2012, em Florianópolis/SC; no 20º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP, de 26 de outubro de 2012, em Ribeirão Preto/SP; no 15º European Burns Association Congress, de 28 a 31 de agosto de 2013, em Viena/Austria; e no 17º International Nursing Research Conference, de 12 a 15 de novembro de 2013, em Lleida/Espanha.

Conflito de interesse: Não houve conflitos de interesse no desenvolvimento desta pesquisa.
Artigo recebido: 15/10/2014 • Artigo aceito: 8/12/2014

INTRODUÇÃO

Os acidentes na infância, em especial as queimaduras, afetam anualmente muitas crianças em diversos países, configurando-se como um problema de saúde pública. Pesquisas de cunho epidemiológico acerca das queimaduras podem contribuir para a prevenção das mesmas, visto que as queimaduras podem ser acidentais ou intencionais, e são resultado de diversos e dinâmicos fatores¹ que devem ser estudados de diferentes formas.

Na infância, muitos acidentes ocorrem no ambiente doméstico devido às crianças permanecerem grande parte do tempo no domicílio. Dados de acidentes domésticos ocorridos na Europa revelaram que, na Itália, as crianças são o terceiro grupo populacional com maior incidência em acidentes domésticos; na Áustria, somam 45% das hospitalizações e 43% dos serviços de emergência². Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em todo o mundo, mais de 1 milhão de crianças morrem devido aos acidentes e 19, em cada 20 mortes, ocorrem nos países em desenvolvimento³.

Globalmente, no ano de 2004, aproximadamente 96.000 pessoas com menos de 20 anos morreram em consequência de queimaduras³. No Brasil, no período de 2008 a agosto de 2014, houve aproximadamente 26 mil internações por exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas extremas, fumaça, fogo, chamas e contato com fonte de calor e substâncias quentes em menores de 19 anos, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde⁴. Infelizmente, os dados brasileiros acerca das queimaduras, não são precisos. O registro desse trauma está inserido em um grande grupo de causas externas e não há um sistema nacional de notificação de queimaduras no país. A estimativa é que, no Brasil, ocorram, por ano, cerca de 1 milhão de queimaduras⁵.

A causa mais comum de queimaduras pediátricas, independentemente do país e situação socioeconômica, é o contato com líquidos quentes e, em segundo lugar, a chama direta⁶. Estudo revelou que, no Brasil, a chama direta, tendo o álcool como agente etiológico, é um dos principais causadores de queimaduras no ambiente doméstico, as quais ocorrem, principalmente, nas áreas externas da casa, e acometem mais as crianças em idade escolar, do sexo masculino, que se queimaram brincando no quintal^{7,8}. Diversos fatores influenciam na ocorrência de acidentes domésticos com crianças, tais como a falta de atenção, riscos domésticos e características próprias do desenvolvimento infantil, como a curiosidade⁹; entretanto, muitos poderiam ser potencialmente previstos e evitados.

Caracterizar o perfil das hospitalizações para o tratamento agudo de vítimas de queimaduras contribui não apenas com a produção de conhecimento sobre o tema, visto que falta acurácia sobre os dados oficiais brasileiros acerca dos acidentes por queimaduras, mas também com dados que possam subsidiar o planejamento de medidas de prevenção de queimaduras. Baseado nessas considerações, este estudo teve como objetivo descrever o perfil das hospitalizações para tratamento agudo de crianças e adolescentes

vítimas de queimaduras, na faixa etária de zero a 19 anos completos, em um centro especializado de tratamento para queimaduras de um hospital universitário na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, no período de 2005 a 2010.

MÉTODO

Estudo descritivo e retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado no Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de 1º de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2010. Ribeirão Preto, cidade do interior do estado de São Paulo, é reconhecida como referência em pesquisas de saúde e, após a avaliação do acesso e a qualidade dos serviços de saúde do país, alcançou o terceiro lugar entre os 10 municípios brasileiros melhores pontuados¹⁰. O referido CTQ é um centro de referência para o tratamento de queimaduras no país. Foi aberto em 1982, possui atuação de uma equipe multidisciplinar¹¹, e atualmente, tem dez leitos para internação de adultos e crianças, sendo que dois desses destinam-se ao atendimento de terapia intensiva; uma sala de centro cirúrgico e duas salas para atendimento ambulatorial.

A escolha da faixa etária de zero a 19 anos baseou-se no conceito de criança e adolescente da OMS, para a qual criança é toda pessoa com idade inferior a 10 anos, e adolescente é aquele entre 10 e 19 anos¹². As variáveis estudadas foram: número e tempo das hospitalizações para tratamento agudo, idade, sexo, etiologia da queimadura e área de superfície corporal queimada (SCQ). Como fonte de informação, utilizaram-se dados secundários, a partir de um registro sistematizado de controle interno do CTQ, cujo preenchimento estava sob a responsabilidade de um profissional da área administrativa do setor. Ocasionalmente, como alguns dados estavam ausentes, recorremos aos prontuários para coletar tais informações. Os dados foram coletados nos meses de setembro a novembro de 2011, os quais foram organizados em planilha do Microsoft Office Excel 2007, validados por dupla digitação e transportados para análise no programa estatístico EpiInfo versão 3.5.3. Foram realizadas análises descritivas de frequência e proporção.

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Protocolo CEP/EERP-USP 1214/2010) e recebeu permissão da chefia do CTQ e do hospital para seu desenvolvimento. Foi preservado o anonimato dos participantes e garantida responsabilidade e cuidado ético dos pesquisadores no manuseio e guarda das informações coletadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Hospitalizações

Dos 1568 pacientes internados no CTQ do HCFMRP-USP, de 2005 a 2010, 419 (26,7%) eram crianças e adolescentes. Desses, 204 (13%) hospitalizações tiveram como finalidade o tratamento agudo e 215 (13,7%) o tratamento das sequelas de queimaduras.

A média total das hospitalizações de crianças e adolescentes para tratamento agudo foi de 2,8 por mês e 34,0 por ano. Os meses com maior número de hospitalizações para tratamento agudo foram junho, setembro e dezembro; o ano com maior número foi o de 2006 e, o menor, foi o de 2008, conforme mostra a Tabela 1.

Houve um aumento das hospitalizações por queimaduras nos meses de junho, setembro e dezembro. Apesar de não ter sido objetivo desse estudo investigar o contexto de ocorrência das queimaduras, outras pesquisas sugerem uma relação entre atividades sazonais e a situação de ocorrência das queimaduras. No mês de junho, por exemplo, há a comemoração das festas dos Santos Populares, como São João, São Pedro, São Paulo e Santo Antônio, nas quais é comum o manuseio de fogueiras, fogos de artifício e balões, elevando a incidência de pessoas que sofrem queimaduras¹³. Em setembro, no Brasil, principalmente na cidade de Ribeirão Preto e região, grande produtora de cana de açúcar e etanol, verifica-se a ocorrência de queimadas nas plantações de cana de açúcar e queimadas urbanas, como por exemplo, a queimado lixo. Com a umidade relativa do ar mais baixa nesta época, as queimadas se propagam mais facilmente, aumentando o risco para acidentes.

Um das explicações para o aumento do número de hospitalizações no mês de dezembro pode ser o início do período de férias, no qual as crianças e adolescentes permanecem mais tempo em seus domicílios e, em alguns casos, sem a companhia de um adulto. As comemorações do Natal e Ano Novo, com uso de fogos de artifícios e churrasqueiras, aumentam a exposição à fumaça,

fogos e chamas, contribuindo para o maior número de acidentes neste período¹⁴.

Observou-se o aumento do número de pacientes vítimas de queimaduras no ano de 2006 (n=40), o que pode estar relacionado às comemorações advindas da Copa do Mundo que ocorreu neste ano, com a participação brasileira unicamente no mês de junho. É típico da população brasileira as comemorações com fogos de artifícios e churrascos, sendo utilizado o álcool líquido para acender a churrasqueira, e estes são potenciais agentes de queimaduras¹⁵. No ano de 2008, nota-se uma queda no número das hospitalizações (n=27). Entretanto, nesse mesmo ano, houve um aumento no número de procedimentos e cirurgias quando comparado ao ano anterior, segundo o relatório de atividades anual do HCFMRP-USP¹⁶. É possível que o número de hospitalizações para tratamento agudo de crianças tenha diminuído devido ao aumento do número de hospitalizações para tratamento das sequelas das queimaduras.

No CTQ deste estudo, não há uma divisão pré-definida do número de leitos para internação destinados aos dois tipos de tratamento e há uma demanda reprimida de pacientes que aguardam vagas para realização do tratamento das sequelas. Assim, neste período, pode ser que os leitos tenham sido mais ocupados por pacientes que necessitavam do tratamento reparador e outros centros de tratamento de queimaduras tenham absorvido parte da demanda dos pacientes agudos. Sobre esse aspecto, há necessidade de avaliação que englobe o número de internações hospitalares para tratamento agudo da CTQ de Ribeirão Preto, bem como de outras CTQs do estado de São Paulo.

TABELA 1

Internações hospitalares para tratamento agudo de crianças e adolescentes queimados no CTQ do HCFMRP-USP, segundo mês e ano, Ribeirão Preto, 2005 a 2010.

Mês	Ano						
Janeiro	1	1	2	3	2	4	13
Fevereiro	4	4	4	1	3	2	18
Março	4	2	1	1	2	2	12
Abril	-	7	5	2	3	1	18
Mai	3	1	2	2	3	3	14
Junho	5	9	3	2	1	2	22
Julho	2	-	1	4	4	1	12
Agosto	4	1	6	4	3	1	19
Setembro	5	6	6	1	3	5	26
Outubro	2	2	2	2	2	4	14
Novembro	3	3	3	1	4	1	15
Dezembro	3	4	3	4	1	6	21
Total N	36	40	38	27	31	32	204

Tempo de internação e superfície corporal queimada (SCQ)

O tempo das hospitalizações para tratamento agudo das crianças e adolescentes variou de um a 87 dias, com média de 17 dias (DP=14.9). A porcentagem da SCQ variou de 0,5 a 74,5%, com média de 12% (DP=12.5). A maioria dos pacientes sofreu queimaduras em menos de 10% da SCQ. A escaldadura foi responsável pelas queimaduras que acometeram até 10% da SCQ; entretanto, as queimaduras mais extensas, que acometeram de 11 a 75% da SCQ, foram causadas pelos líquidos inflamáveis, conforme mostra a Tabela 2.

No que diz respeito à SCQ, constatou-se que 122 (60%) dos pacientes tiveram menos de 10% da SCQ. Esse valor encontrado aproxima-se ao da literatura internacional¹⁷. Entretanto, estes dados se contradizem com o que é preconizado pela própria *American Burn Association*, visto que um dos critérios de avaliação para a internação de pacientes queimados é ter uma queimadura de espessura parcial com mais que 10% da SCQ¹⁸. É provável que essas hospitalizações tenham sido motivadas por outros critérios, tais como as queimaduras localizadas em áreas nobres, como rosto, mãos, perineo, genitais, pés e articulações¹⁸. A falta de dados referente à localização da queimadura é uma limitação deste estudo. Pesquisas futuras devem se atentar para a coleta desta variável, a fim de permitir uma análise mais aprofundada dos dados.

As queimaduras mais extensas que acometeram de 11 a 75% da SCQ foram causadas pelos líquidos inflamáveis, com destaque para o álcool líquido. Estudo epidemiológico realizado no maior centro de queimados da América Latina, localizado em Belo Horizonte, MG, trouxe resultados semelhantes, pois identificou que o álcool foi o principal agente etiológico dos pacientes internados a partir dos cinco anos de idade, o causador das queimaduras mais extensas e o maior responsável pelos óbitos. Os autores ainda concluem que o

padrão das queimaduras deste estudo demonstra que se trata de um problema muito mais sociocultural, o qual poderia ser evitado por meio de campanhas preventivas, maior fiscalização pelo governo com relação à comercialização do álcool líquido e a inclusão de uma disciplina na rede escolar que abordasse a prevenção de acidentes, a fim de reduzir a falta da cultura do perigo que permeia a população brasileira¹⁹.

A média de dias de internação foi de 17 dias, achado similar encontrado, tanto em pesquisa nacional²⁰ quanto internacional²¹. Tal valor pode ser considerado moderado se comparado a estudo que refere que a média de permanência hospitalar é classificada como alta quando ultrapassa 30 dias²². Geralmente, o número de dias de internação reflete maiores extensões e profundidade das lesões dos pacientes queimados²².

Idade, sexo e agente das queimaduras

Sessenta por cento das queimaduras ocorreram no sexo masculino e acometeram, principalmente, meninos na faixa etária entre zero e 3 anos de idade. Os agentes térmicos provocaram 192 (94%) queimaduras, os elétricos 8 (4%), os químicos 2 (1%) e o atrito 2 (1%). Dentre os agentes térmicos, a escaldadura foi o principal agente causador 78 (38,2%), provocadas por água 45 (22,1%), óleo 18 (8,8%) e por outros agentes, tais como leite, chá, feijão, café e melão de cana 15 (7,3%). Com relação aos líquidos inflamáveis, 54 (26,4%) queimaduras foram causadas pelo álcool líquido, 9 (4,4%) por gasolina e 4 (2%) por outros (etanol, acetona e óleo diesel).

Considerando a totalidade dos casos, verificou-se que o maior causador das queimaduras na faixa etária de zero a 3 anos foi a escaldadura e, dos 4 aos 19 anos, foram os líquidos inflamáveis. Entretanto, ao analisar os dados de acordo com o sexo, verificamos que essa tendência se mantém apenas no sexo masculino. No sexo

TABELA 2

Internações hospitalares para tratamento agudo de crianças e adolescentes queimados no CTQ do HCFMRP-USP, segundo agente da queimadura e superfície corporal queimada, Ribeirão Preto, 2005 a 2010.

Agente da queimadura	Superfície Corporal Queimada					Total N (%)
	< 10%	11-25%	26-50%	51-75%	76-100%	
Escaldadura	52	20	6	-	-	78 (38.2)
Líquidos inflamáveis	28	25	12	2	-	67 (32.8)
Superfícies aquecidas	16	-	-	-	-	16 (7.8)
Chama direta	8	5	2	1	-	16 (7.8)
Outros térmicos	9	5	-	1	-	15 (7.4)
Elétricos	7	-	1	-	-	8 (4)
Químicos	1	1	-	-	-	2 (1)
Atrito	1	1	-	-	-	2 (1)
Total N (%)	122 (60)	57 (28)	21 (10)	4 (2)	-	204 (100)

feminino, o número de casos de queimaduras por escaldadura foi mais frequente em todas as faixas etárias. As meninas entre zero a 3 anos e de 11 a 16 anos foram as mais acometidas por escaldadura. Nas outras faixas etárias, os líquidos inflamáveis foram os principais responsáveis, conforme mostra a Tabela 3.

A epidemiologia das lesões por queimaduras varia de um país para outro, ao longo de um determinado tempo, e estão relacionadas às práticas culturais, crises sociais e circunstâncias individuais. Tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, observa-se um grande número de acidentes por queimaduras em crianças com menos de 4 anos e do sexo masculino^{21,23}, achado também encontrado neste estudo. Os acidentes por queimaduras em meninos podem ser explicados culturalmente. No Brasil, os meninos são educados de forma a serem mais independentes que as meninas; participam de brincadeiras e atividades de maior risco e possuem maior impulso

para se arriscar em atividades relacionadas à curiosidade, quando distantes da supervisão de adultos²⁴.

Além do aspecto cultural, a ocorrência das queimaduras também pode ser influenciada por características próprias do desenvolvimento infantil, tais como a imaturidade física e mental, a inexperiência e incapacidade para prever e evitar situações de perigo, grande curiosidade, motivação para realizar tarefas, tendências a imitar comportamentos e falta de coordenação motora²⁵.

É frequente crianças pequenas puxarem para si recipientes com líquido quente, como as panelas em cima do fogão²⁶ ou permanecem junto aos pais enquanto eles estão cozinhando²⁷. Essa situação pode explicar a alta incidência da escaldadura, em ambos os sexos, na faixa etária dos zero aos três anos. Entretanto, em relação ao sexo feminino, identificou-se que as escaldaduras foram constantes em todas as faixas etárias. No Brasil, desde cedo, grande parte das meninas aprendem a cozinhar, carregar líquidos quentes e supervisionar

TABELA 3
Internações hospitalares para tratamento agudo de crianças e adolescentes queimados no CTQ do HCFMRP-USP, por sexo e idade (em anos), segundo agente da queimadura, Ribeirão Preto, 2005 a 2010.

Agente da queimadura	Idade (em anos)				Total N (%)
	0 a 3	4 a 10	11 a 16	17 a 19	
Masculino	52	20	6	-	-
Escaldadura	32	4	1	2	39 (19,1)
Líquidos inflamáveis	6	20	13	8	47 (23)
Superfícies aquecidas	7	2	1	3	13 (6,3)
Chama direta	3	2	-	3	8 (3,9)
Outros térmicos	3	2	5	-	10 (4,9)
Elétricos	2	-	1	1	4 (2)
Químicos	-	-	-	-	0 (0)
Atrito	1	-	-	-	1 (0,5)
Feminino	28	25	12	2	-
Escaldadura	22	8	6	3	39 (19,1)
Líquidos inflamáveis	2	9	3	6	20 (9,8)
Superfícies aquecidas	2	1	-	-	3 (1,5)
Chama direta	4	3	-	1	8 (3,9)
Outros térmicos	-	1	3	1	5 (2,5)
Elétricos	2	2	-	-	4 (2)
Químicos	-	1	1	-	2 (1)
Atrito	-	-	1	-	1 (0,5)
Total N (%)	86 (42)	55 (27)	35 (17)	28 (14)	204 (100)

crianças mais novas, o que pode ter influenciado no desfecho da queimadura. Essas atividades também requerem habilidades motoras e crianças entre 7 e 14 anos de idade podem não ter a coordenação motora que os adolescentes mais velhos ou os adultos têm, levando a derramar recipientes com líquidos mais frequentemente²⁸.

Em crianças maiores de 3 anos, pré-adolescentes e adolescentes, em ambos os sexos, foram mais frequentes as queimaduras por líquidos inflamáveis, com maior destaque para o álcool líquido. O uso do álcool líquido se configura como algo que já faz parte da cultura brasileira, pois muitas pessoas o utilizam, rotineiramente, para a limpeza dos ambientes domésticos e para acender churrasqueiras¹⁹. Em um hospital do Rio de Janeiro, entre 2000 e 2002, houve 76 casos de internação e 18 óbitos de vítimas de queimaduras por álcool líquido; não houve diferença em relação ao sexo e ao número de vítimas²⁹.

Queimaduras por álcool ou querosene foram identificadas em países tropicais da América Latina, enquanto que água quente e brasileiros foram agentes mais comuns nos países da América do Sul²³. Também se verifica que, entre os adolescentes, há maior uso indevido de substâncias altamente inflamáveis^{21,27}, facilidade para acender churrasqueiras e similares e para contato com fósforos e isqueiros¹⁴. Apesar de os adolescentes possuírem maior conhecimento do ambiente e dos riscos dos acidentes que as crianças, é comum nessa faixa etária a procura por emoções e desafios, para que se sintam aceitos, admirados pelos outros. Optar pela exposição aos riscos é uma característica comum que faz parte do desenvolvimento dos adolescentes e pode contribuir para a ocorrência de queimaduras nesta parcela da população.

Caracterizar as hospitalizações de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras no CTQ do HCFMRP-USP forneceu subsídios para o reconhecimento da clientela atendida em Ribeirão Preto e algumas de suas especificidades, tais como a influência de aspectos culturais e sazonais, dentre outros, para a ocorrência deste trauma. Além disso, este estudo permitiu comparar seus resultados com o de outras pesquisas, e serve como subsídio para o planejamento e desenvolvimento de políticas e programas de prevenção. Apesar da ocorrência de muitos progressos na área da saúde, a prevenção é a melhor alternativa para as queimaduras³⁰. As queimaduras possuem causas previsíveis e facilmente identificáveis; entretanto, conhecer a sua epidemiologia e deixar tais resultados apenas como mero interesse estatístico diminui o seu valor, pois a grande importância de tais números está no subsídio de elaboração de programas preventivos³⁰.

A prevenção das queimaduras na infância e adolescência depende de diversos fatores, tais como as medidas de saúde pública aplicadas setorialmente, políticas governamentais e também da conscientização da criança, família e comunidade. Com a interligação de todas essas esferas será possível modificar a realidade e diminuir os índices deste tipo de acidente. Faz-se necessário também o desenvolvimento de pesquisas qualitativas para ampliar o conhecimento dos fatores relacionados ao contexto da ocorrência das queimaduras e das ações e comportamentos dos sujeitos envolvidos neste processo, a fim de melhor subsidiar campanhas de prevenção.

CONCLUSÕES

A maior parte dos resultados desta pesquisa está de acordo com outros estudos. No período selecionado, a maioria das queimaduras ocorreu no ano de 2006, nos meses de junho, setembro e dezembro. Acometeram, principalmente, crianças do sexo masculino, com menos de 10% da SCQ. A média das hospitalizações foi de aproximadamente 17 dias. Na faixa etária dos zero aos 3 anos de idade, o principal agente causador foi a escaldadura por água; e, dos quatro aos 19 anos, foram os líquidos inflamáveis, com destaque para o álcool líquido.

A presente pesquisa limitou-se à coleta de seis variáveis. A inclusão de outras variáveis, tais como a localização da área acometida pela queimadura e a necessidade de tratamento cirúrgico, permitiria outras análises e, conseqüentemente, ampliação do objeto de estudo. Esta investigação, ao alcançar o seu objetivo, a partir do estudo desse perfil, contribui para melhor planejamento de estratégias e medidas que podem ser realizadas para dar visibilidade a esse agravo e motivar reflexões e planejamento de ações futuras de promoção à saúde e de prevenção de queimaduras, não apenas na esfera nacional brasileira, como também em âmbito internacional, em países com características semelhantes às do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Dutra AS, Penna LHG, Vargens OMC, Serra MCVF. Caracterização de mulheres hospitalizadas por queimaduras. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):34-9.
2. World Health Organization. Preventing children accidents and improving home safety in the European region. Identifying means to make dwellings safer. Bonn, 2005 [Cited 23 Mai 2012]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98666/Bonn_accident_rep.pdf
3. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Brance C, et al. World report on child injury prevention [Internet site]. Switzerland: WHO Press. 2008 [Cited 15 out 2014]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS, DATASUS. Base de dados das informações de saúde: morbidade hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil-2014 [site de Internet]. Brasil. 2014 [citado em 23 set 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>
5. Gomes DR, Serra MC, Guimarães Jr LM. Conduas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter; 2001
6. Parbhoo A, Louw QA, Grimmer-Somers K. Burn prevention programs for children in developing countries require urgent attention: a targeted literature review. *Burns*. 2010;36(2):164-75.
7. Rossi LA, Braga EC, Barruffini RC, Carvalho EC. Childhood burn injuries: circumstances of occurrences and their prevention in Ribeirão Preto, Brazil. *Burns*. 1998;24(5):416-9.
8. Yoda CN, Leonardi DF, Feijó R. Queimadura pediátrica: fatores associados a sequelas físicas em crianças queimadas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. *Rev Bras Queimaduras*. 2013;12(2):112-7.
9. Pickett W, Streight S, Simpson K, Brison RJ. Injuries experienced by infant children: a population-based epidemiological analysis. *Pediatrics*. 2003;111(4 Pt 1):e365-70.
10. Brasil. Ministério da Saúde. IDSUS-Índice de desempenho do sistema único da saúde – Brasil-2012. [site de Internet]. 2012 [Citado 5 maio 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080

11. Ferreira LA. Ser-mãe-no-mundo de um filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
12. World Health Organization – Health topics – Suíça-2014. [Internet site]. 2014 [Cited 15 Out 2014]. Available from: <http://www.who.int/topics/en/>
13. Junior M. Interações por fogos de artifício atingem 1.382 pessoas em três anos. Agência da Saúde/ Ministério da Saúde do Brasil [site de Internet]. Brasília; 2011 [Acesso 16 jun 2011]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/noticias-vigilancia/172-noticias-anteriores-vigilancia/7950>
14. Martins CBG, Andrade SM. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):464-9.
15. Ying SY, Ho WS. Playing with fire--a significant cause of burn injury in children. *Burns.* 2001;27(1):39-41.
16. Hospital das clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo. Relatório de atividades 2008 [site de Internet]. Ribeirão Preto; 2008 [Acesso 21 dez 2011]. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2008.pdf>
17. Aba. American burn association. National burn repository 2011. Report of data from 2001-2010. [Internet site]. 2011 [Cited 27 Jun 2012]. Available from: <http://www.ameriburn.org/2011/NBRAAnnualReport.pdf>
18. Aba. American Burn Association. Burn Center Referral Criteria [Internet site]. 2006 [Cited 15 Jan 2012]. Available from: <http://www.ameriburn.org/BurnCenterReferralCriteria.pdf?PHPSESSID=abffaac6d840aca95bbd56471f8c37e9>
19. Leão CEG, Andrade ES, Fabrini DS, Oliveira RA, Machado GLB, Gontijo LC. Epidemiology of burns in Minas Gerais. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(4):573-7.
20. Pereira MJ, Mignoni ISP, Bernz LM, Schweitzer CM, Souza JA, Araújo EJ, et al. Análise da incidência e da gravidade de queimaduras por álcool em crianças no período de 2001 a 2006: impacto da Resolução 46. *Rev Bras Queimaduras.* 2009;8(2):51-9.
21. Alaghebandan R, MacKay Rossignol A, Rastegar Lari A. Pediatric burn injuries in Tehran, Iran. *Burns.* 2001;27(2):115-8.
22. Costa DM, Abrantes MM, Lamounier JA, Lemos ATO. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio de J).* 1999;75(3):181-6.
23. Danila S. Epidemiologia das queimaduras na América Latina. In: Junior EML, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF. *Tratado de Queimaduras em Pacientes Agudos.* 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p.27-46.
24. Lima Júnior EM, Alves CC, Rios Neto EC, Alves EP, Parente EA, Ferreira GE. A influência dos aspectos socioeconômicos na ocorrência das queimaduras. *Rev Bras Queimaduras.* 2014;13(1):21-5.
25. Del Ciampo LA, Ricco RG. Acidentes na infância. *Pediatria (São Paulo).* 1996;18(4):193-7.
26. Drago DA. Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. *Pediatrics.* 2005;115(1):10-6.
27. Alaghebandan R, Sikdar KC, Gladney N, MacDonald D, Collins KD. Epidemiology of severe burn among children in Newfoundland and Labrador, Canada. *Burns.* 2012;38(1):136-40.
28. Lowell G, Quinlan K, Gottlieb LJ. Preventing unintentional scald burns: moving beyond tap water. *Pediatrics.* 2008;122(4):799-804.
29. Nascimento MAL, Lourenço RB, Figueiredo NMA, Leite JL, Ghidini Junior R. A comunicação ineficaz e a explosão da garrafa de álcool: observações de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(3):303-9.
30. Santana VBRL. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras no Município de Niterói - RJ. *Rev Bras Queimaduras.* 2010;9(4):136-9.

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).