

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

MANUELA GOMES MELO

QUEIMADURA EM CRIANÇAS EM AMBIENTE DOMICILIAR

**NATAL/RN
2014**

MANUELA GOMES MELO

QUEIMADURA EM CRIANÇAS EM AMBIENTE DOMICILIAR

Artigo Científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – II.

Orientadora: Prof^a. Msc. MARILUCE
OLIVEIRA DE ARAUJO

NATAL/ RN
2014

RESUMO

Os acidentes na infância constituem um grave problema de saúde pública; dentre esses acontecimentos, as queimaduras, ocupam lugar de destaque, pois representam um sofrimento intenso tanto para a criança, como para a família, assim, esse estudo tem o objetivo de citar as medidas preventivas que devem ser tomadas nos casos de queimaduras em crianças em ambiente domiciliar. A pesquisa bibliográfica integrativa foi o método escolhido para este trabalho. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de dados de Enfermagem (BDENF), Medline e Pubmed disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde – BIREME. Durante a análise do artigo foram encontrados 8 artigos os quais apontaram maior proporção em crianças menores de sete anos, sendo predominantemente no sexo masculino. Conclui-se que a enfermagem pode elaborar e direcionar ações e estratégias para a prevenção ao iniciar consultas de pré-natal, ou durante todo o processo de puericultura em qualquer instituição de saúde.

Palavras chave: Queimaduras; Crianças; Enfermagem; Assistência; Prevenção.

ABSTRAT

Accidents in childhood are a serious public health problem; among these events, burns, occupy a prominent place, because they represent intense suffering for both, the child and the family, therefore, this study aims to quoting preventive measures that may be taken in cases of burns in children in home environment. The integrative bibliographic search was the method chosen for this work. The bibliographic survey was performed in the databases Latin American Literature and Caribbean Science and Health, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), nursing database, Medline and Pubmed available in the Virtual Health Library – BIREME. During the analysis of the article eight items were founded, which showed greater proportion in children under seven years old, predominantly in males. We conclude that nursing can prepare and direct actions and strategies to prevention on initiating prenatal appointments, or during the entire process of childcare in any health institution.

Key-words: Burns; Children; Nursing; Assistance; Prevention.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1 A Pele	7
2.1.1 Queimaduras.....	8
2.1.2 Diagnósticos quanto à complexidade das queimaduras.....	11
2.1.3 Atendimento à criança queimada.....	12
2.1.4 Prevenção das queimaduras com crianças em ambiente domiciliar.....	13
3. METODOLOGIA.....	15
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
5. CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a família tem sido responsável por promover a saúde e bem-estar aos seus constituintes, através de ações de proteção, segurança, cuidados com o acontecimento de acidentes domésticos, mostrando-se fragilizadas específicos e generalizados, mas, em alguns momentos, tem se surpreendido diante dessas situações (ESCOBAR; GRISI; VALENTE, 2009).

Os acidentes na infância constituem um grave problema de saúde pública; dentre esses acontecimentos, as queimaduras, ocupam lugar de destaque, pois representam um sofrimento intenso tanto para a criança, como para a família, caracterizado por internações longas e restritivas, desenvolvendo um estresse em vários sentidos, como físicos, psicológicos e sociais. A falta de informação por parte dos pais ou responsáveis aumenta a incidência desses acidentes (ESCOBAR; GRISI; VALENTE, 2009).

Acidente é todo evento fortuito, geralmente danoso, não dependente da vontade, provocado por uma força externa de rápida atuação e que se evidencia por algum comprometimento físico ou mental (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

Acidente tem causa, origem e determinantes epidemiológicos como qualquer outra doença e em consequência, pode ser evitado e controlado. Nos locais e ocasiões em que sua importância é reconhecida, os programas específicos voltados para a segurança são poucos e principalmente orientados para tratamentos das lesões (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

No Brasil, algumas pesquisas apontam que, entre os casos referentes a acidente por queimaduras, a maior parte ocorre nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve a participação de crianças (BRASIL, 2011).

O ambiente doméstico deve proporcionar segurança e o bem-estar a criança, porém por pensar que conhece muito bem o ambiente domiciliar, os pais e/ou responsáveis negligenciam os cuidados mínimos de segurança como também, a adoção de comportamento saudável (LIMA; ARAUJO; PRADO, 2011).

Entretanto, famílias que já tiveram esse tipo de experiência, enfrentam os acidentes como um fato que faz parte do aprendizado da criança e, casos mais

simples, como pequenas quedas, escoriações ou lesões, não chegam a despertar um comportamento preventivo no lar (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

Neste sentido, os fatores de risco relacionados ao ambiente doméstico guardam uma relação com uma rede ampla de condições ambientais, físicas, culturais e sociais da família, ou seja, o estilo de vida dos pais, condições de vida e trabalho, urbanização, marginalidade, desemprego, desigualdade social, superpopulação, miséria, educação, estresse, condições impróprias de moradia, vigilância insuficiente, entre outros (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

As queimaduras no Brasil, acontecem um milhão de casos a cada ano, 200 mil são atendidos em serviços de emergência, e 40 mil demandam hospitalização. As queimaduras em crianças estão entre as principais causas externas de morte registradas, perdendo apenas para outras causas violentas, que incluem acidentes de transportes e homicídios. Estima-se ainda que as crianças representam 2/3 das vítimas, trazendo sequelas tão importantes, que mesmo havendo a sobrevivência da mesma, muitas vezes sua imagem fica distorcida, devido as deformidades permanentes. As causas mais frequentes de queimaduras em crianças são a chama de fogo, o contato com água fervente ou outros líquidos quentes e o contato com objetos aquecidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS, 2013).

Um dos pilares para a redução desta incidência está pautado na educação, a qual requer a mobilização de vários segmentos da população e de profissionais de diversas áreas, a fim de assegurar às crianças e às famílias o provimento de informações e tratamentos necessários que minimizarem esta problemática (FILÓCOMO et al., 2002).

A prevenção consiste em antecipar os acontecimentos, evitando que algum dano aconteça mediante o exercício de cuidados físicos, materiais, emocionais e, sociais, motivo pelo qual as precauções se fazem necessárias, devendo ser compreendidas e praticadas pelas famílias (LEVENE, 1992).

Porém em algumas situações, a prevenção nem sempre é realizada, e quando ocorre geralmente é mal orientada, não atingindo os alvos corretos na cadeia das causas dos acidentes (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

Atualmente em todo o Brasil, pode-se concluir que a alta incidência dos acidentes na infância por queimaduras, bem como a importância do seu controle e

prevenção, continua despertando o interesse por estudos que possam melhor direcionar e fundamentar a implementação, execução e avaliação de estratégias de prevenção específicas (ARAGÃO; ELIZABETH; 2012).

A assistência de enfermagem deve ser realizada de forma global, em crianças queimadas, por ocorrer no organismo queimado todas alterações que estão intimamente relacionadas. Portanto, a contribuição desse profissional tem um papel relevante no êxito do tratamento final, contribuindo para a redução da morbidade e da mortalidade através da vigilância atenta, continua e de vários controles durante a fase de emergência como também durante a fase aguda ou intermediária da queimadura. O enfermeiro também deve ser capaz de comunicar-se efetivamente com os pacientes, familiares e equipe (LIMA; ARAUJO; PRADO, 2011).

Frente a essa realidade, surge o interesse em estudar esse tema, a partir da experiência acadêmica no setor de queimados de um hospital geral, onde na oportunidade foi possível observar todo sofrimento e traumas vividos pelos familiares e crianças queimadas que iam desde o desenvolvimento das condutas terapêuticas necessárias a esse tipo de agravo, como também a atuação dos profissionais e em particular o enfermeiro, e nos levou a indagar: por que esses acidentes acontecem? Como poderiam ser evitados? Como a enfermagem poderia contribuir na prevenção dos acidentes por queimaduras no ambiente domiciliar, já que na sua maioria eles aconteciam nesse local?

Assim, esse estudo tem o objetivo de citar as medidas preventivas que devem ser tomados nos casos de queimadura em crianças em ambiente domiciliar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A PELE

A pele não é simplesmente um tecido; vem a ser o maior órgão do corpo humano, possuindo várias funções, e reveste toda a superfície externa do corpo. Compõe-se em duas camadas: epiderme e derme; abaixo da pele situa-se o tecido subcutâneo. A epiderme é a camada mais externa, composta de várias camadas de células destituídas de vasos sanguíneos; sua espessura varia de acordo com a

região do corpo, sendo mais espessa em áreas sujeitas a pressão ou atrito. A epiderme é impermeável à água, funciona como uma barreira protetora contra o meio ambiente, e é constantemente renovada pela descamação das células mais superficiais, com geração de novas na sua camada mais profunda (HESS, 2002).

A derme é a camada mais complexa e importante, compostas de tecido conjuntivo, onde existem diversas moléculas, células de defesa e fibras, e sua principal função é de revestimento, força e elasticidade da pele (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

O tecido subcutâneo é a camada situada logo abaixo da pele, uma combinação de tecido fibroso, elástico e gorduroso. Sua espessura varia de acordo com a região do corpo e de indivíduo para indivíduo (HESS, 2002).

2.1.1 QUEIMADURAS

A queimadura é toda e qualquer lesão produzida pela ação curta ou prolongada de temperaturas extremas no tecido de revestimento, presente na pele, podendo atingir mucosas, músculos, vasos sanguíneos, nervos e ossos. As queimaduras podem ser superficiais ou profundas e estão classificadas de acordo com a gravidade, pelo grau da lesão e pela extensão da área atingida; São geralmente provocadas por agentes físicos e químicos (VALE, 2007).

Dos acidentes mais frequentes que acontecem na infância, as queimaduras são a terceira causa de morte resultante de trauma em crianças. Dois terços dos acidentes com queimaduras acontecem dentro do domicílio e, muitas vezes, na presença de um adulto (NOBREGA; GODY, 2011).

Diretrizes internacionais estão conseguindo diminuir os índices de mortalidade e de morbidade, dando maior oportunidade a recuperação de pacientes com superfície corporal queimada (SCQ) cada vez maior, mas a prevenção continua sendo a principal forma de diminuir a morbimortalidade (NOBREGA; GODOY, 2011).

As queimaduras podem ocorrer através de várias formas tais como as térmicas, químicas, elétricas e por irradiação. As lesões fatais são preponderantemente associadas à inalação, decorrentes de acidentes com chamas e também de descargas elétricas de alta tensão (NOBREGA; GODY, 2011).

Os acidentes por queimaduras térmicas são provocadas por calor, líquidos quentes, objetos aquecidos ou vapor, e quando não fatais, pode causar danos físicos e emocionais a longo prazo. As queimaduras químicas são aquelas causadas por ácidos e bases, que podem ser graves e necessitam de um correto atendimento pré-hospitalar, pois o manejo inadequado pode agravar as lesões. As queimaduras por eletricidade geralmente resultam em lesões internas, pois devido ao trajeto da corrente elétrica através do organismo, essas lesões são bastante extensas, enquanto que nas áreas de entrada e saída da corrente elétrica na superfície cutânea elas apresentam-se pequenas. As queimaduras por radiação são aquelas causadas por raios ultravioletas (UV), por raios-x ou radiações ionizantes. São muito comuns entre os indivíduos de cor branca, predispostos ou não habituados à exposição de raios solares, que frequentam praias sob sol forte ou agricultores e pescadores que trabalham expostos ao sol (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade de acometimento tecidual, sendo este um dos critérios mais utilizados clinicamente, ou quanto a profundidade desta lesão, e aí chamadas de queimaduras de primeiro, segundo ou terceiro grau (ESCOBAR; GRISI; VALENTE, 2009).

As queimaduras de primeiro grau atingem camadas mais externas da pele, a epiderme, tornando a pele seca, avermelhada ou rosada, dolorosa. Este tipo de queimadura não provoca alterações hemodinâmicas ou clínicas expressivas, visto a ausência de vascularização epitelial (ESCOBAR; GRISI; VALENTE, 2009).

As de segundo grau atingem a epiderme, a derme, como também parte dos anexos cutâneos. Clinicamente, adiciona-se aos sinais e sintomas das queimaduras de primeiro grau, a presença de vesículas ou bolhas, superficiais ou profundas (ESCOBAR; GRISI; VALENTE, 2009).

Já nas queimaduras de terceiro grau, elas são profundas atingindo todas as camadas da pele, fibras musculares e tecidos ósseos subjacentes. Não apresentam sintomatologia dolorosa, havendo perda dos anexos epidérmicos e das terminações nervosas epidérmicas e dérmicas. (ESCOBAR; GRISI; VALENTE, 2009).

Alguns autores consideram a carbonização como lesão de quarto grau. Dependendo da evolução clínica, a queimadura pode agravar-se, passando de um grau para outro, daí a importância da reavaliação do paciente com 48 a 72 horas (NOBREGA; GODOY, 2011).

A gravidade da queimadura é em parte avaliada pela superfície corporal queimada (SCQ). Este índice também é usado para a avaliação do prognóstico, para o cálculo das necessidades calóricas e para a estimativa de volume necessário para a hidratação destes pacientes nos primeiros dias após a queimadura. Desta forma, é fundamental calcular quanto da superfície corpórea (SC) da criança foi atingida pela queimadura, considerando apenas lesões de segundo e terceiro graus.

Alguns fatores vão influenciar no prognóstico das crianças que sofreram queimaduras, pois estão intimamente relacionados com a maior ou menor gravidade da lesão de uma queimadura, porém de uma maneira geral, crianças menores de 2,5 anos têm pior prognóstico (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

Um fator indireto importante para esse prognóstico, é a extensão e intensidade da lesão causada pela queimadura nas vias aéreas, pois mesmo em pacientes com superfície corporal queimada de pequena ou média intensidade, a mortalidade é de 90 a 100% (NOBREGA; GODY, 2011).

Nobrega (2011), classifica as queimaduras em leves, moderadas e graves. As queimaduras leves, na sua maioria, não necessitam de internação hospitalar, mesmo aquelas classificadas como de 1º grau com qualquer extensão; as de 2º grau com percentual de área corpórea queimada menor que 10% e as de 3º grau com uma área corpórea queimada menor que 2%, também seguem a mesma conduta.

Já as queimaduras moderadas terão indicações para o internamento quando estiverem associadas à elas fatores como pele seca, avermelhada ou rosada, dolorosa e principalmente presença de vesículas ou bolhas, com a classificação de 2º grau com 10% a 20% de superfície corpórea queimada (SCQ); as de 3º grau apresentando de 3% a 10% de SCQ.

As queimaduras graves sempre terão indicação de internação hospitalar, como nos de 2º grau que excederem 20% de SCQ e na de 3º grau que excederem 10% SCQ (NOBREGA; GODY, 2011).

2.1.2 Diagnóstico quanto à complexidade das queimaduras

A avaliação da porcentagem da superfície corporal total afetada por queimaduras tem por base a complexidade no diagnóstico das queimaduras. A avaliação da extensão da queimadura, em conjunto com a profundidade, a eventual lesão inalatória, o politrauma e outros fatores determinam a gravidade do paciente (LIMA; ARAÚJO; PRADO, 2011).

Baseado nessas evidências, Gomes (2001), sistematiza o diagnóstico em Pequeno Queimado ou Queimado de Pequena Gravidade, Médio queimado ou queimado de média gravidade e Grande queimado ou queimado de grande gravidade.

O Pequeno queimado ou queimado de pequena gravidade, é o paciente que apresente queimaduras de primeiro grau em qualquer extensão e com qualquer idade; queimaduras de segundo grau com área corporal atingida até 5% em crianças menores de 12 anos e queimaduras de segundo grau com área corporal atingida até 10% em maiores de 12 anos.

O Médio queimado ou queimado de média gravidade, é o que apresenta queimaduras de segundo grau com área corporal atingida entre 5% a 15% em menores de 12 anos, ou queimaduras de segundo grau com área corporal atingida entre 10% a 20% em maiores de 12 anos. Também entram nessa classificação pacientes com queimaduras que não envolvam face ou mão ou períneo ou pé, de terceiro grau com até 5% da área corporal atingida em crianças até 12 anos, e queimaduras que não envolvam face ou mão ou períneo ou pé, terceiro grau com até 10% da área corporal atingida em maiores de 12 anos.

O Grande queimado ou queimado de grande gravidade é o paciente que apresenta queimaduras de segundo grau com área corporal atingida maior do que 15% em menores de 12 anos, queimaduras de terceiro grau com área corporal atingida maior do que 5% em menores de 12 anos, queimaduras de segundo ou terceiro grau atingindo o períneo, em qualquer idade, e as queimaduras por corrente elétrica.

Nas grandes queimaduras, além da resposta local, há também uma reação sistêmica do organismo, em consequência da liberação de mediadores pelo tecido

lesado, trazendo consequências imediatas, ao organismo afetado, como hipovolemia com hemoconcentração e intenso desequilíbrio hidroeletrolítico, os quais se não atendidos em tempo hábil, levam a deficiência circulatória generalizada com consequente estado de choque, insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória, cardíaca e parada cardiorrespiratória (SUCENA, 1982).

O processo de reparação tecidual do queimado dependerá de vários fatores como à extensão local e a profundidade da lesão. A queimadura também afeta o sistema imunológico da criança, o que acarreta repercussões sistêmicas importantes, com consequências sobre o quadro clínico geral da mesma (REVISTA BRASILEIRA DE QUEIMADURA, 2009).

2.1.3 Atendimento à criança queimada

Os procedimentos realizados no atendimento de queimados são muito importantes, mas só têm valor quando aplicadas imediatamente após o acidente e não necessariamente por profissionais de saúde. Deve-se fazer um resfriamento da área queimada, que pode ser feito com toalha limpa embebida em água colocada sobre a pele afetada, havendo bloqueio da onda de calor que continua agindo no tecido queimado por alguns minutos. Em alguns casos, pode-se colocar diretamente sob água corrente. Este procedimento não está indicado em queimaduras extensas, pelo risco de hipotermia. Não colocar nenhuma substância sobre a queimadura, pois pode haver piora da lesão ou até contaminação da mesma. Após este primeiro momento, o paciente deve ser levado ao hospital, para a avaliação adequada (LIMA; ARAUJO; PRADO, 2011).

Nas crianças queimadas deverão também ser utilizados esses mesmos procedimentos citados anteriormente, antes das mesmas serem encaminhadas ao hospital para o atendimento adequado.

O atendimento hospitalar a uma criança queimada deve ser rápido e eficaz; para isso, deve-se fazer uma anamnese breve destacando as condições em que ocorreu a queimadura, mecanismo da lesão, tempo entre o acidente e o atendimento, condições associadas (traumas), tratamento prévio realizado e doenças preexistentes. Pensar em lesão por inalação quando ocorrer em ambiente fechado. É importante saber também se a vacinação contra o tétano está atualizada (LIMA; ARAUJO; PRADO, 2011).

Como qualquer outro acidente, devemos realizar o ABC do suporte de vida no exame físico, ou seja, a verificação se as vias aéreas estão pérvias (A); oferecer uma ventilação adequada (B) e avaliar a necessidade de um acesso venoso quando a superfície corpórea queimada for maior que 15 a 20% (C). No momento da avaliação do suporte ventilatório observar a presença de insuficiência respiratória; esta pode ser decorrente de lesão direta das vias aéreas ou quando há queimaduras extensas e profundas da face, devido ao grande edema deformante das estruturas anatômicas que leva à insuficiência respiratória incipiente. Quanto ao acesso venoso, estando a superfície corporal queimada, maior que 15 a 20%, puncionar uma veia de grosso calibre, de preferência em área não queimada. Quando a área queimada for superior a 25% da superfície corporal, está indicada a colocação de cateter em veia central, que permite rápida infusão e utilização de hipertônicas (NOBREGA; GODOY, 2011).

Após as medidas de suporte de vida, avaliar a gravidade de queimadura, para assim estabelecer o tratamento. Este tratamento inicial e emergencial pode e deve ser feito em policlínicas, hospitais de pequeno e médio portes, mesmo que não sejam de referência para queimados, pois a demora no transporte sem os devidos cuidados prévios pode ser responsável por muitas mortes (NOBREGA; GODOY, 2011).

2.1.4 Prevenção das queimaduras com crianças em ambiente domiciliar

A prevenção é o método mais importante para diminuir o número de acidentes e mortes relacionados às queimaduras em crianças. A divulgação de medidas preventivas e orientação da população por meio de campanhas educacionais é fundamental e de responsabilidade do poder público e dos profissionais. (TAKEJIMA, Milka., et. al., 2011).

No Brasil, até o ano de 2001 não se fazia uma campanha de prevenção de modo bem estruturado de âmbito federal, havendo assim pouco investimento por parte do governo em campanhas visando à prevenção deste tipo de acidente. (NETTO, 1998).

Prevenir esses acidentes torna-se um desafio para os órgãos e profissionais que estão envolvidos no acompanhamento do crescer e desenvolver das crianças,

existindo a necessidade urgente de orientação educacional para a população e comunidade específicas como as escolas, grupos formais e informais na faixa infanto-juvenil, visando a despertar mudanças comportamentais, que possam contribuir para uma redução dos acidentes para todas as idades, principalmente crianças (SOUSA; RODRIGUES; BARROSO, 2000).

De acordo com Sousa; Rodrigues; Barroso (2000), as recomendações para a prevenção das queimaduras no ambiente domiciliar, devem ser observadas pelos pais e/ou responsáveis pela criança, tais como: os eletrodomésticos, fósforos e isqueiros devem ser manipulados somente por adultos; não deixar crianças pequenas entrarem na cozinha, mas caso haja necessidade, elas precisam ser supervisionadas; ao manusear líquidos quentes, o adulto não poderá estar com a criança no colo; as crianças pequenas não devem cozinhar ou transportar líquidos quentes; a temperatura da água deve ser sempre verificada antes do banho; a criança não deve ficar desacompanhada no banheiro, na piscina ou na banheira e após o banho a toalha a ser usada deve ser de tamanho adequada para a criança; as travessas com alimentos quentes devem ser colocadas no centro da mesa.

O enfermeiro é de grande importância na prevenção dos acidentes com crianças queimadas, seja no cuidado domiciliar, através de palestras educativas para o público específico, nas condutas de enfermagem inseridas nos programas de atenção à saúde da criança e adolescente, como também, nos atendimentos e tratamentos hospitalares. Portanto, na prática da enfermagem, a abordagem preventiva deve ser enfatizada, pois a educação e saúde têm que ser buscadas no cotidiano e entremear com todas as nossas ações, fortalecendo o cuidado, para com o indivíduo, família e sociedade (WAKSMAN; GIKAS, 2003).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão de literatura, que segundo Martins (2007) é uma estratégia que procura explicitar e discutir assuntos ou problemas com base em referências já apresentadas.

Para atingir o objetivo proposto foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), BDENF (Base de dados de Enfermagem), Medline e Pubmed disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde – BIREME, como também em livros, teses, dissertações e artigos científicos, através dos seguintes descritores: queimaduras, crianças, Enfermagem; assistência; prevenção.

Foi utilizado um recente temporal de 6 anos, ou seja, periódicos científicos produzidos de 2008 à 2014, onde através da leitura e análise dos textos pesquisados, foram selecionados aqueles que atendam ao objetivo proposto.

Neste levantamento, foram encontrados 12 periódicos e dentre esses 8 foram utilizados na apresentação e discussão dos resultados, por atenderem mais particularmente a proposta desse estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Procurando-me aprofundar nesse assunto iniciei esse estudo com análise de 12 artigos, das quais 8 apontaram da prevalência dos acidentes com crianças em ambiente domiciliar, que decorre do grande tempo que se passa no ambiente doméstico, sendo maior proporção em menores de sete anos, com predomínio do sexo masculino, o que pode ser justificado pelos diferentes comportamentos de cada sexo e por fatores culturais, que determinam maior liberdade aos meninos e, em contrapartida, maior vigilância sobre as meninas. (ARAGÃO et al., 2012; PEDRO, 2013; NASCIMENTO et al., 2009; BISCEGLI et al., 2014; GREGOLETTI et al., 2008).

Outros diversos fatores influenciam na ocorrência de acidentes por queimaduras no ambiente domiciliar com crianças, tais como idade, gênero, desvantagem socioeconômica, tipo e tamanho da família, nível educacional e idade maternos, local de residência e falta de atenção (KENARICK et al., 2013 apud PEDRO, 2013).

Portanto, a queimadura pelo calor, em consequência do contato da criança com água fervente e utensílios domésticos aquecidos que ocorreram na cozinha do domicílio, foi o mais identificado. Esta situação provavelmente tenha ocorrido por ser durante o preparo das refeições, e pelo fácil acesso das mesmas a esse ambiente com à falta de vigilância dessas crianças pelos pais e/ou responsável (NASCIMENTO, 2009; ARAGÃO, 2012).

Este fato foi confirmado no trabalho de ARAGÃO (2012), onde o mesmo cita que o agente térmico foi responsável pelas queimaduras em quase 90% dos casos, com destaque para os líquidos aquecidos.

Segundo relatos de Nascimento et al.(2009), Pedro (2013) e Aragão et al.(2012), às medidas preventivas teve destaque através de modificações ambientais e hábitos e com às atitudes dos pais e/ou responsáveis para com a criança. Quanto a essas medidas, foram focalizados os cuidados com o fogão, panela e alimentos quentes, produtos químicos e inflamáveis, fósforo e isqueiro, tomadas e ferro de passar roupa. Portanto, tal como os riscos identificados, as ações preventivas foram

focadas na cozinha, que atribuíram ao fato da facilidade que as crianças têm a acesso aos ambientes de riscos.

Por isso, é de suma importância que os profissionais de saúde revelem aos pais que a possibilidade desse tipo de acidente é uma realidade muito próxima para as crianças e que alertar para esta consciência é o primeiro passo para que se possa pensar em praticar medidas preventivas no ambiente domiciliar para assim desenvolver estratégias de promoção e prevenção à saúde. No entanto, o papel do enfermeiro nesse processo de prevenção de queimaduras em crianças no ambiente domiciliar é orientar os familiares junto à criança quanto aos riscos destes eventos (Pedro, 2013).

No entanto, o processo de prevenção de queimaduras em crianças no domicílio é obrigação/dever do profissional da saúde, ficando evidente a atuação do enfermeiro nas ações educativas, devendo iniciar nas consultas de pré-natal, ou durante todo o processo de puericultura em qualquer instituição de saúde, ou seja, desde o atendimento básico até uma possível hospitalização. Necessita também do envolvimento de diversos setores públicos, bem como da conscientização da comunidade, pois somente com a junção de todos é que será possível produzir uma mudança cultural de hábitos da população.

Sendo assim, os resultados deste estudo reforçam a necessidade da implementação de programas educativos, visando à prevenção de queimaduras em crianças no ambiente domiciliar. É preciso considerar, ainda, que um acidente desse tipo pode envolver outros fatores, além daqueles categorizados neste estudo.

5 CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo consistiu em citar as medidas preventivas que devem ser tomadas nos casos de queimadura em crianças em ambiente domiciliar. Sendo assim, durante o desenvolvimento do trabalho percebi que as queimaduras em crianças no domicílio configuram-se um grave problema de saúde pública, e que as medidas preventivas devem ser tomadas pelos profissionais de saúde junto com os pais e/ou responsáveis.

Conforme minha pesquisa avançada, pude compreender que prevenir os acidentes com crianças vítimas de queimaduras no próprio domicílio é uma questão de informação e de atenção dos pais e dos profissionais de saúde. Em virtude disso, a enfermagem pode elaborar e direcionar ações e estratégias para a prevenção da queimadura em crianças no ambiente domiciliar ao iniciar as consultas de pré-natal, ou durante todo o processo de puericultura em qualquer instituição de saúde, ou seja, desde o atendimento básico até uma possível hospitalização.

Por fim, o aprofundamento desses estudos sobre suas características e magnitude, torna esse assunto um foco para profissionais da saúde encontrarem formas e medidas preventivas para que venham colaborar no combate a crianças vítimas desses acidentes no próprio domicílio, para que, assim, alcance resultado eficaz, não deixando de ter uma visão holística e humanizada.

REFERÊNCIAS

BISCEGLI, Terezinha Soares; BENATI, Larissa Delázari; FARIA, Rafaela Sperandio; BOEIRO, Taís Romano; CID, Felipe Biscegli; GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira. **Perfil de Crianças e Adolescentes Internados em Unidade de Tratamento de Queimados do Interior do Estado de São Paulo**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – **Normas e Manuais Técnicos** – Queimados. Brasília: Secretária de Atenção Básica, 2011.

ESCOBAR, Ana Maria Ulhôa; GISSI, Sandra Josefina Ferraz Ellero; VALENTE, Maria Helena. **A promoção da Saúde na Infância**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2009, p. 634-642.

FILOCOMO, F.R.R. et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 10. n.1, 2002.

GOMES, Roberto Dino; SERRA, Maria Cristina. **Condutas Atuais em Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

HESS, Cathy Thomas. **Tratamento de Feridas e Úlceras**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.

LEVENE, S. **Prevenção de Acidentes na Infância**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992, p. 140-1.

LIMA, Eduardo Jorge da Fonseca; ARAUJO, Carla Adriane Fonseca Leal; PRADO, Helga Virginia de Melo. **Emergências Pediátricas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBokk, 2011, p. 737-750.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção, Cuiabá, **Revista Reben**, 2013.

NETTO, B. A., B.,A. E. **Primeiros Socorros e Prevenção Por Acidentes e Violência**. São Paulo. Editora LTD: 1998. Disponível em: <<http://www.saudevidaonline.com.br>. Acesso em: 01 de maio de 2014.

NOBREGA, Adriana Karla Corrêa Barros Manguiera; GODOY, Maria do Carmo Lyra. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: MedBokk, 2011.

PASCHOAL, Sandra Regina Gimenez; PEREIRA, Débora Moraes; NASCIMENTO Edinalva Neves. **Efeito de Ação Educativa Sobre o Conhecimento de Familiares a Respeito de Queimaduras Infantis em Ambiente Doméstico**, São Paulo, Revista Latino-ame Enfermagem, 2009.

PEDRO, Iara Cristina da Silva. **Sentidos e Significados da Prevenção de Queimaduras no Ambiente Doméstico, Atribuídos por Famílias de Crianças Vítimas de Queimaduras: Um estudo etnográfico**. Ribeirão Preto, 2013.

SOUSA, Luiza Jane Eyre Xavier; RODRIGUES, Ana Kelve de Castro; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. **A Família Vivenciando o Acidente Doméstico – Relato de**

uma experiência. **Rev. Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeiro Preto, v. 8 n.1, p. 83-89, janeiro 2000.

SCHIOZER Wandir. Editorial. **Rev Bras Queimaduras**. 2009, 41-41.

SUCENA, Raul Couto. Et al. **Fisiopatologia e Tratamento das Queimaduras**. Livraria Roca, São Paulo, 1982.

WAKSMAN, Renata Dejtiar; GIKAS, Regina Maria Catucci. **Segurança na Infância a Adolescência**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 41-44.