



Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

CHARACTERIZATION OF FAMILIES OF CHILDREN ADMITTED IN A BURNING TREATMENT CENTER

CARACTERIZAÇÃO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADURAS

CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE QUEMADURAS

Eysler Gonçalves Maia Brasil¹, Maria Eliane Maciel de Brito², Patrícia Neyva da Costa Pinheiro³

ABSTRACT

Objective: to describe the characteristics of the family nucleus of children hospitalized for burnings. **Method:** exploratory and descriptive study, with qualitative approach, with 16 families of children who were victims of burnings and admitted in the Burning Treatment Center. Data were presented in figures and discussed in accordance with the literature. The study had its research project approved by the Ethics Research Committee of the institution with the Opinion number 03884/08. **Results:** families came from the countryside of state (Ceará), they are characterized as extensive nuclear family; its members had little schooling. The accident happened within the home, in the kitchen; the age group affected was 1-5 years and, as the causal agent, we found the super-heated liquid. **Conclusion:** there is a vulnerability to accidents within the own residence of the child, showing the need to use strategies of Health Education, for that the families can reflect on the occurrence of burnings in children. **Descriptors:** Child; Family; Burnings; Anthropology.

RESUMO

Objetivo: descrever as características do núcleo familiar de crianças internadas por queimaduras. **Método:** estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, com 16 famílias de crianças vítimas de queimadura e internadas no Centro de Tratamento de Queimados. Os dados foram apresentados em figuras e discutidos com a literatura. O estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, parecer de número 03884/08. **Resultados:** as famílias vinham do interior do estado (Ceará), caracterizaram-se como família nuclear extensa; seus membros possuíam baixa escolaridade. O acidente aconteceu dentro do lar, na cozinha; a faixa etária atingida foi de 1 a 5 anos e, como agente causal, encontra-se o líquido superaquecido. **Conclusão:** existe uma situação de vulnerabilidade para acidentes dentro da própria residência da criança, mostrando a necessidade de utilização de estratégias de Educação em Saúde, para que as famílias possam refletir sobre a ocorrência das queimaduras em crianças. **Descritores:** Criança; Família; Queimaduras; Antropologia.

RESUMEN

Objetivos: describir las características del núcleo familiar de los niños hospitalizados por quemaduras. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio de enfoque cualitativo, con 16 familias de los niños hospitalizados en el tratamiento de las víctimas del Centro de Tratamiento de Quemaduras. Análisis de datos se realizó cualitativamente. Los datos fueron presentados en las figuras discutidas en la literatura. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, con el dictamen del número 03884/08. **Resultados:** las familias que vinieron del estado, que se caracteriza como familia nuclear extensa, sus miembros tenían educación. El accidente ocurrió en el hogar, la cocina, el grupo de edad afectado fue el de 1-5 años y como el agente causal es el líquido sobrecalentado. **Conclusión:** existe una vulnerabilidad a los accidentes dentro de la residencia del niño, mostrando la necesidad de utilizar estrategias de educación para la salud, para que las familias reflexionen sobre la incidencia de las quemaduras en los niños. **Descriptores:** Niño; Familia; Las quemaduras; La antropología.

¹Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: eyslerbrasil@ig.com.br;

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: maciel.brito@uol.com.br;

³Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: neyva@ufc.br

INTRODUÇÃO

As queimaduras são lesões graves que têm contribuído, de forma marcante, com o crescimento das estatísticas de acidentes com crianças, devido à imaturidade dos infantes para avaliar o perigo em seu cotidiano. Estudos realizados no Brasil mostram que 50% dos acidentes com crianças menores de 7 anos acontecem dentro do lar, dos quais 48,9% são na cozinha.¹ Na América Latina, estudos epidemiológicos realizados na Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, República Dominicana e Venezuela destacam os acidentes com crianças no ambiente domiciliar, sendo os líquidos super aquecidos os agentes causais mais comuns.²⁻³

No momento do atendimento às crianças queimadas, os profissionais que as recebem estão voltados para o cuidado da lesão, amenizar a dor e as alterações fisiológicas existentes por conta da queimadura; percebendo uma assistência voltada para a cura, esquecendo-se da importância da adesão familiar no tratamento e recuperação da criança.

O dia a dia no serviço de queimados mostra a fragilidade da equipe em conduzir situações que envolvam conflitos familiares, não sendo discutidos valores culturais daquelas famílias nem tabus em relação à queimadura e, principalmente, a criação de estratégias que reintegrem as vítimas às suas famílias e à comunidade.

Durante as internações percebe-se que o núcleo familiar é atingido de forma abrupta, necessitando de apoio e orientação por parte dos profissionais, no sentido de tentar minimizar as limitações impostas pelas condições socioeconômicas e culturais das famílias. A equipe de enfermagem, por estar mais próxima das crianças e sua família, durante a internação, “sente o peso” das alterações pelas quais passam essas pessoas e, nesse cotidiano, identifica o sofrimento, as angústias dos pais, mães e parentes ao verem suas crianças ligadas a aparelhos e submetidas a tratamentos como: curativos sob anestesia, cirurgias, frequentes punções venosas e repetidas sondagens.

Considerada como unidade básica para a saúde, a família assume responsabilidades sobre a saúde de seus membros, trazendo suas crenças, valores, vulnerabilidades e hábitos, principalmente em relação às crianças, para o ambiente hospitalar, no qual o cuidado de enfermagem deve valorizar os conhecimentos adquiridos através da cultura e interações com as redes sociais de apoio.⁴ Reforçando essa assertiva, alguns estudos sobre

queimaduras colocam que os internamentos por queimaduras em crianças provocam alterações familiares desde o momento do acidente até o retorno para casa.⁵⁻⁶

A importância da família junto à criança doente, a qual cada vez mais assume a responsabilidade de cuidar de seus membros, é indiscutível, destacando ainda a necessidade dos profissionais que cuidam dessa criança estarem preparados para: orientar, supervisionar, facilitar e propiciar esses cuidados; sendo o enfermeiro o principal responsável nesse processo de coresponsabilidades.⁷

Os familiares de crianças queimadas demonstram situações de estresse que são caracterizadas por três fases: a indecisão, a intensificação de conflitos preexistentes e o sentimento de culpa, que podem influenciar na evolução clínica da vítima, sendo necessário a integração dos profissionais, a criança e sua família para o sucesso do tratamento.⁸

Nesse sentido, a enfermagem possui características capazes de realizar a promoção integral da saúde das famílias; pois está diretamente envolvida no processo de cuidar dos indivíduos e este perpassa os níveis de complexidade, seja na atenção básica, secundária ou terciária.⁹

Ao exercer o cuidado de média e/ou alta complexidade, o enfermeiro deve compreender a importância de dialogar sobre estratégias e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças, valorizando também o ambiente hospitalar.

A necessidade dos familiares participarem do cuidado das crianças internadas por queimaduras é sempre um desafio para a equipe de enfermagem e família, por ser um momento de dor e culpa, entretanto, nesse momento, abre-se um leque de oportunidades para o processo de ensino-aprendizagem, no sentido de sensibilizar o acompanhante para desenvolver o cuidado de forma diferenciada, além de torná-lo um agente multiplicador na prevenção de novos acidentes com queimaduras.

Este estudo foi recorte de uma pesquisa mais ampla que estudou como a cultura familiar intervém no cuidado de crianças vítimas de queimadura. Considerando o exposto, objetiva-se:

- Descrever as características do núcleo familiar de crianças internadas por queimaduras.
- Caracterizar os tipos de queimaduras sofridos pelas crianças internadas.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Caracteriza-se como pesquisa etnográfica¹⁰ desenvolvida em um Hospital de Urgência e Emergência do Município de Fortaleza-CE, Brasil, que recebe pacientes de todo o estado, com diferentes traumas e situações que necessitam de atendimento de urgência e emergência, a saber: politraumatismos, traumatismos crânio-encefálicos, intoxicações exógenas, queimaduras, dentre outros; sendo referência em atendimento de queimaduras, dispondo de um Centro de Tratamento de Queimados/CTQ, bem como de campo de pesquisa para estudantes de graduação, pós-graduação e profissionais de saúde do Estado.

Fizeram parte do estudo 16 famílias de crianças, vítimas de queimadura, internadas no Centro de Tratamento de Queimados, nos meses de abril e maio de 2008. Eles aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.¹¹

A coleta das informações teve como linha de investigação a etnoenfermagem, utilizando como guia um diário de campo e a entrevista etnográfica, a qual continha as seguintes perguntas norteadoras: como a criança se queimou? Quantas pessoas convivem com a criança? Você gostaria de falar sobre sua família?

Antes de iniciar a entrevista, uma das autoras manteve contatos prévios com a família na unidade de internação, visando

construir vínculos com essas famílias, focalizando criança e acompanhante; as entrevistas foram gravadas, transcritas em seguida e realizadas antes da alta hospitalar da criança. Para preservar a identidade dessas famílias, foram-lhes atribuídas a letra F, seguidas de números de acordo com a ordem cronológica de internação hospitalar no período da pesquisa.

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, conforme preconiza a etnoenfermagem, seguindo as seguintes etapas: coleta de descritos e documentos; agrupamento dos dados armazenados no diário de campo; análise contextual ou padrão; e identificação de temas principais, descobertas de pesquisa, formulações teóricas e recomendações.¹² Os dados foram apresentados em figuras e discutidos com a literatura pertinente ao objeto de estudo.

Foram obedecidas as normas éticas na pesquisa com seres humanos em todas as fases do estudo, embasada pela Resolução n° 196/96.¹¹ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição onde foi realizado o estudo, com o Parecer de número 03884/08.

RESULTADOS

Para facilitar a visualização e compreensão, foram construídos dois quadros; o primeiro mostra as características socioeconômico-demográficas das famílias e o segundo caracteriza os acidentes por queimaduras.

Família	Membros*	Procedência	Renda Familiar (SM)**	Profissão do chefe da família
1	08	Pentecoste	Não sabe informar	Agricultor
2	06	Maracanaú	Não sabe informar	Aposentada
3	04	Fortaleza	Dois	Vigilante
4	06	Fortaleza	Um e meio	Porteiro
5	03	Maranguape	Um	Caseiro
6	08	Fortaleza	Não sabe informar	Faxineira
7	04	Fortaleza	Dois	Pedreiro
8	10	Acarape	Um	Ambulante
9	06	Cascavel	Um e meio	Pedreiro
10	03	Fortaleza	Três	Comerciante
11	12	Acaraú	Um	Agricultor
12	04	Caucaia	Não sabe informar	Desempregado
13	06	Caucaia	Dois	Pedreiro (avô)
14	05	Horizonte	Dois	Operário
15	05	Fortaleza	Cinco	Comerciante
16	03	Sobral	Três	Mecânico

Figura 1. Relação das famílias de crianças internadas no CTQ com o número de membros, procedência, renda familiar e profissão do chefe da família. Fortaleza-CE, abril a maio de 2008. (*) Em número de pessoas. (**) SM= Salário Mínimo (valor da época do estudo de R\$465,00).

A figura 1 mostra que das famílias de crianças internadas no Centro de Tratamento de Queimados no período do estudo, oito possuíam mais de quatro membros, duas com dez (F8) e doze (F11) pessoas. A densidade demográfica por domicílio é igual ou superior a seis pessoas, em oito (50%) dessas famílias. A procedência das famílias era: da Capital,

região metropolitana e do interior do estado do Ceará.

Quanto à renda familiar, os informantes não sabiam informar o valor em Reais e diziam:

É o valor da bolsa escola dos meninos. (F1, F2, F6 e F12)

Vale ressaltar que a maioria referiu renda familiar de até dois salários mínimos. Esses valores podem estar associados às profissões dos chefes das famílias, cuja predominância foi o trabalho informal ou mesmo o desemprego. Destas famílias, somente três (F10, F15 e F16) possuíam renda superior a dois salários mínimos.

Nesta pesquisa, as profissões dos chefes de família são trabalhos que requerem baixa escolaridade, sendo comprovada em algumas falas:

- Não sei lê, nem escrever. (F1)
- Estudei somente o primário. (F8)
- Nunca estudei não. (F10)

Destaca-se a figura masculina como o chefe do lar, sendo o pai ou o avô os únicos provedores da família. Na figura 2, pode-se visualizar que o acidente com queimaduras predominou na residência da criança em 15 das 16 ocorrências; dentro da residência, a cozinha foi o *locus* de todas as queimaduras, tendo apenas um caso ocorrido no quintal da residência (F11). A faixa etária das crianças internadas, em meses, ficou entre 9 e 108 meses, predominando as crianças com idade média de 30 meses e meio, ou seja, três anos.

As crianças estavam na cozinha, próximas, geralmente, do fogão e, no momento do acidente, sempre tinha um membro da família no local, fato que foi revelado nas falas:

- Ele vinha correndo - brincando - aí bateu na mesa e bateu com a cabeça na panela que tava no fogo, aí virou. (F1)
- Ele foi subir no armário próximo ao fogão, bateu e virou a panela de água quente sobre ele, fiquei desesperada. (F6)
- Eu não vi, não sei explicar muito bem, mas acho que a mesa está com a parte de cima solta. (F9)

Neste estudo, a cozinha foi identificada como o local onde as crianças estão mais expostas às queimaduras. As famílias relataram que não tinham noção dos acidentes

aos quais as crianças pequenas estão sujeitas e que costumavam fazer a alimentação ou café com as crianças bem próximas ao fogão.

Algumas mães perceberam os riscos somente após o acidente e consideraram a cozinha como um lugar de perigo para suas crianças.

- Ele puxou a panela do café que estava na mesa. (F3).
- Quando eu estiver no fogão cozinhando, ele não pode ir que é perigoso. (F6)

Os acidentes por líquidos quentes foram os mais comuns, sendo caracterizados como escaldaduras, sendo a água o principal agente térmico, seguido dos alimentos, principalmente o café que é culturalmente muito consumido pela população cearense de todas as regiões do Estado do Ceará.

Nesse tipo de acidente várias partes do corpo são acometidas, o líquido escoa, muitas vezes, no sentido céfalo-caudal e quanto menor o infante maior a gravidade do acidente, em virtude da menor superfície corpórea.

Quanto à extensão, a área corporal queimada das crianças foi superior a 15%, sendo as lesões de segundo grau as mais comuns; levando a uma média de internação de 10 dias e meio.

A figura 2 mostra ainda o papel da mãe na prestação do cuidado à criança. Na maioria dos casos, elas foram os acompanhantes das crianças; permaneceram todo período de internação, com exceção de duas famílias: uma mãe apresentou distúrbio de comportamento e, a avó teve que acompanhar a criança (F1); em outro caso, a mãe adoeceu e o padrasto a substituiu (F9).

Famílias	Local de	Idade (meses)	Agente Causal	SCQ (%)	Profundidade (grau)	Tempo de internação	Informante-chave
	Ocorrência					(em dias)	
1	Cozinha	72	Caldo de Feijão	26	2°	32	Mãe e Avó
2	Cozinha	24	Líquido* Quente	26	1° e 2°	07	Mãe
3	Cozinha	12	Café Quente	11	2°	08	Mãe
4	Cozinha	12	Líquido Quente	14	2°	07	Mãe
5	Cozinha	24	Café Quente	12	2°	20	Mãe
6	Cozinha	72	Líquido Quente	12	2° e 3°	26	Mãe
7	Cozinha	12	Líquido Quente	10	2°	05	Mãe
8	Cozinha	12	Líquido Quente	34	2°	28	Mãe e Padrasto
9	Cozinha	108	Café Quente	15	2°	21	Mãe e Irmã
10	Cozinha	24	Líquido Quente	27	2°	25	Mãe
11	Quintal	60	Fogo	10	3°	25	Mãe
12	Cozinha	12	Café Quente	12	2°	20	Mãe
13	Cozinha	11	Mingau	16	2°	22	Mãe
14	Cozinha	12	Líquido Quente	18	2°	23	Mãe
15	Cozinha	12	Óleo Quente	15	2°	12	Mãe
16	Cozinha (Avó)	9	Café Quente	26	2°	33	Mãe

Figura 2. Caracterização do acidente em crianças vítimas de queimaduras, considerando o local, idade, agente causal, superfície corporal queimada (SCQ), profundidade, tempo de internação e informante-chave. Fortaleza-CE, abril a agosto de 2008. (*) = Líquido Quente = Água.

A presença masculina como cuidador da criança se deu em uma família (F9); o padrasto esteve por alguns dias como acompanhante de sua enteada. Os pais das outras crianças apenas vinham no horário de visita com outros membros da família como: tios, tias e avós.

A diminuição do contato com os amigos deve-se ao fato das famílias, principalmente a figura materna, se dedicarem com mais intensidade aos cuidados com a criança, deixando um pouco de lado suas relações de amizade. Essas mães passam a ter um maior convívio com os profissionais de saúde que estão diretamente ligados aos cuidados com a criança.¹³

DISCUSSÃO

No que se refere ao estudo etnográfico realizado com as famílias de crianças internadas em um Centro de Tratamento de Queimaduras, os achados relacionados ao número de integrantes familiares vão contra as tendências de redução do tamanho das famílias, pois segundo os Indicadores Sociais do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica - IBGE¹³, as organizações familiares brasileiras estão mudando, principalmente devido às transformações culturais ocorridas nos últimos anos, entre elas estão os novos tipos de arranjos familiares e, principalmente, diminuindo seus tamanhos.¹⁴

Observa-se um aglomerado de pessoas, principalmente de crianças, nas famílias estudadas, levando a um maior o risco de acidentes com queimaduras, pois torna-se difícil para o cuidador observar esses infantes e muitas vezes o responsável acaba permitindo que as crianças adentrem na cozinha.²

A ausência de Centro Especializado em Queimaduras e falta de profissionais qualificados favorecem as transferências para a Capital da criança e seu familiar mais próximo. Dados do Instituto Pró-queimados (2010) destacam apenas sete Centros Especializados em queimaduras na região Nordeste, onde todos atendem, nas capitais desses estados, levando a um grande número de atendimentos, principalmente de vítimas vindas do interior.¹⁵

Estudo avaliando indicadores sociais mostrou que unidades familiares que percebem renda insuficiente para suprir suas necessidades (saúde, educação, moradia, etc.) vivem em uma situação vulnerável no

que diz respeito ao bem-estar de seus membros, o que reafirma a concepção de que os determinantes sociais influenciam na distribuição da saúde e da doença em uma sociedade.¹⁶

A desigualdade de rendimento familiar perdura na sociedade brasileira, destacando-se a região Nordeste, e as crianças são as mais afetadas. Os dados do IBGE mostram que, nessa região, 44,1% das crianças vivem em famílias com muito baixo rendimento.¹⁷

Os efeitos do nível de instrução se manifestam das mais diferentes formas e relacionam-se com prevenção de agravos e com promoção em saúde. Segundo o relatório da Comissão Nacional sobre determinantes em saúde, renda e escolaridade estão fortemente associadas a resultados de saúde e expectativa de vida.¹⁸

O tipo de arranjo familiar identificado no estudo pode ser denominado de família nuclear extensa secundária, na qual se tem a família principal (pai/mãe) e outra composta por filho/genro/nora/ neto.¹⁴ Acredita-se que esse contingente seja fruto das agregações; alguns filhos casam ou tem filhos e continuam residindo na mesma casa, caracterizando novas famílias.

Os dados evidenciados (Figura 2) confirmam a realização de estudos epidemiológicos com queimaduras em crianças, na qual mostram que os acidentes na faixa de 1 a 5 anos ocorrem na cozinha e na presença de um adulto, tendo como principal agente causal o líquido super aquecido.^{2,3} Estudos reafirmam ser a cozinha um dos locais mais perigosos para essa faixa etária, pois essas crianças não sabem distinguir o risco de puxar a panela ou o próprio fogão.^{18,19}

Pesquisas sobre etiologia das queimaduras mostram que 70% das queimaduras em crianças são causadas por escaldaduras. Esses tipos de queimaduras costumam ter bom prognóstico e, mesmo que em alguns casos o tempo de internação se prolongue, as sequelas são mais psicológicas que físicas²⁰, indo ao encontro da literatura.

Sendo consenso nos estudos sobre criança queimada que aquelas menores de 10 anos e que apresente mais de 10% do corpo queimado; ou com queimaduras profundas em mais de 5% de área corporal queimada; ou queimaduras em áreas especiais (face, mãos, pés e genitália); ou queimaduras associadas a patologias de base e lesão inalatória devem ser tratadas em centros especializados em queimaduras.²¹

A necessidade de internação está clara pelas características das queimaduras das crianças atendidas no período da realização do estudo. A família da criança deve ter compreensão da gravidade do acidente e das alterações clínicas que são comuns ao trauma térmico, para que possa confortar e colaborar na realização do tratamento. Sendo assim, o enfermeiro deve utilizar a escuta de suas dúvidas, preocupações e anseios como estratégia para que a família torne-se um aliado no processo de cuidado da vítima.

Percebe-se que mesmo com a inserção do sexo feminino no mercado de trabalho, nos dias atuais, a mulher ainda é a maior cuidadora de sua família, seja no desempenho do papel de mãe, irmã ou avó, reforçando a perpetuação histórica e cultural da atribuição dessa responsabilidade a esse gênero. Desse modo, a sociedade coloca o sexo feminino como a responsável pela criação de seus filhos e que a mulher-mãe deve permanecer sempre próxima aos filhos, assumindo o cuidado de suas crianças.²² A participação do pai dentro do processo de hospitalização do filho é pouco comum entre as famílias, devendo-se a isso sua qualidade de provedor financeiro das famílias.²³

CONCLUSÕES

A pesquisa permitiu caracterizar as famílias e crianças atendidas em um centro de referência em queimaduras. Foi possível ainda identificar a situação econômica, social e familiar das crianças, na qual se visualizou uma situação de vulnerabilidade para acidentes dentro de sua própria residência, mostrando a necessidade de utilização de Educação em Saúde, no sentido de que as pessoas possam refletir sobre o próprio comportamento que favorece a ocorrência das queimaduras em crianças que se encontram em total dependência do cuidado de um adulto responsável.

Na sua maioria as crianças são de zonas rurais, sendo necessária a transferência para Fortaleza, revelando a necessidade dos profissionais de saúde acolherem não somente a vítima, mas a família, que traz consigo costumes, dúvidas e medos relacionados ao cuidado de seus filhos.

No estudo, visualiza-se ainda a mulher como cuidadora dessas crianças, reforçando o papel da mãe e avó dentro do cuidado familiar, demonstrando que o pai ainda é o provedor financeiro das famílias.

Em concluso, é importante mencionar sobre a premência de inserir as famílias nos debates sobre os riscos existentes no

ambiente doméstico, considerando que é neste *locus* onde ocorre a maioria desses acidentes. Conclamar a família, a comunidade, a escola, os órgãos governamentais/não governamentais e a sociedade, em geral, para repensar sobre os mecanismos que favorecem a ocorrência e recorrência desses agravos em crianças, significa, simplesmente, cumprir o que está posto em estatutos, leis, planos de atenção a saúde, dentre outros documentos e discursos oficiais.

REFERÊNCIAS

1. Gimenes GA, Alferes FCBA, Dorsa PP, Barros ACP, Gonella HA. Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(1):14-7.
2. 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.
3. Martins CBG, Andrade SM. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise de morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):464-9.
4. Pinho LB, Kantorski LP. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. *Cienc Enferm*. 2004;10(1):67-77.
5. Althoff R, Renck LI. Famílias de crianças que necessitam de cuidados especiais: o impacto sobre a vida familiar. *Fam Saúde Desenv*. 2005;7(3):221-9.
6. Rossi LA, Ferreira E, Costa ECFB, Bergamasco EC, Camargo C. Prevenção de queimaduras: percepção de familiares. *Rev Latino-am Enferm*. 2003;11(1):36-42.
7. Silva FM, Correa I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. *REME Rev Min Enferm*. 2006;10(1):18-23.
8. Varela MCG, Vasconcelos JMB, Santos IBC, Pedrosa IL, Sousa ATO. Processo de cuidar da criança queimada: vivências de familiares. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):723-8.
9. Weirich CF, Tavares JB, Silva. O Cuidado de enfermagem a família: um estudo bibliográfico. *Rev Eletrônica Enferm*. 2004;6(2):172-80.
10. Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites da pesquisa em saúde. *Interface Comum Saúde Educ*. 2008;12(25):363-76.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96.

Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

12. Leininger M, Mcfarland MR. Transcultural Nursing: conceitos, theories, research and practice. 3 ed. New York: Mc Graw-Hill; 2002. 621p.

13. Rigão TVC, Ribeiro KSQS, Germano CFM, Neves PM, Brito GEG. Networks of social support of the families with disabled children. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Dec [cited 2012 Apr 06];5(1):83-90. Available from:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1246>

14. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2006. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.

15. Manual de prevenção de queimaduras [Internet]. São Paulo: Instituto Pró-queimados [update 2010 Jan 13; cited 2010 Apr 12]. Available from:

http://www.proqueimados.com.br/prevencao_manual.asp

16. Kamers M. As novas configurações das famílias e o estatuto simbólico das funções parietais. Estilos Clín. 2006;11(21):108-25.

17. Bosworth-Bousfield C. Child accident prevention trust. In: Bosworth-Bousfield C. Burn Trauma Management & Nursing Care. 2nd ed. London: Wiley; 2002. p. 41-45.

18. Ministério da Saúde (BR). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da comissão nacional sobre os determinantes sociais da saúde (CNDSS). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

19. Viana FP, Resende SM, Tolêdo MC, Silva RC. Aspectos epidemiológicos das crianças com queimaduras internadas no Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia - Goiás. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009;11(4):779-84. Available from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a02.htm>

20. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. An Bras Dermatol. 2005;80(1):9-19.

21. Serra MCVF, Lemos T, Costa DM. Peculiaridades do tratamento inicial da criança queimada. In: Junior EML, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF. Tratado de Queimaduras em Pacientes Agudos. 2^a Ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 147-56.

22. Hayakawa LY, Marcon SS, Waidman MAP. Using the group as support strategy for mothers of children admitted Pediatric Intensive Care Unit: an experience report. Online Braz J Nurs [Internet]. 2009 Nov 08; [cited 2012 Apr 11];8(3):[about 5 screens]. Available from:

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2661>

23. Duro CLM. Concepções de maternidade e de cuidado infantil de mães e profissionais de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(3):398-407.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/04/12

Last received: 2012/11/11

Accepted: 2012/11/12

Publishing: 2012/12/01

Corresponding Address

Eysler Gonçalves Maia Brasil
Rua Eliseu Uchoa Becco, 600
Bairro Água Fria
CEP: 60810-270 – Fortaleza (CE), Brazil