



# Perfil sociodemográfico e etiológico de pacientes internados em um centro de referência para tratamento de queimados em Mato Grosso do Sul

## *Demographic and etiologic profiles of patients hospitalized in a reference center for burn treatment in Mato Grosso do Sul*

TERESINHA DE JESUS ABREU DE SOUZA <sup>1\*</sup>

PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS <sup>2</sup>

### ■ RESUMO

**Introdução:** O presente estudo abordou a questão da hospitalização de 13 pacientes, crianças e adolescentes, enfocando especificamente o paciente queimado internado em um Centro de Tratamento de Queimaduras. O objetivo foi o de observar e analisar a percepção dos envolvidos no processo de tratamento, para compreender a relação desse paciente com a dor, com o processo de tratamento, com a qualidade de vida no ambiente hospitalar e com sua autoimagem. Levantar informações que revelem a importância de um trabalho profilático do trauma térmico.

**Método:** Para atender os objetivos da pesquisa, foi utilizado o método de investigação de Estudo de Caso com abordagem qualitativa. **Resultados:** Os resultados apontaram uma maioria dos pacientes do sexo masculino. O agente etiológico predominante foi o etanol. Os acidentes causaram queimaduras de gravidades diversas, sendo 1 de 1º e 2º graus, 7 de 2º e 3º graus e 5 de 3º grau. O tempo de internação variou de 15 a 75 dias. As idades dos pacientes variaram entre 1 ano e oito meses a 18 anos. Quanto à escolarização, com exceção do paciente mais novo, todos frequentavam a rede de ensino. Quanto ao nível socioeconômico, a maioria tem uma renda familiar de até dois salários mínimos, que não são suficientes. De modo geral, encontra-se apenas uma pessoa trabalhando, por família. **Conclusões:** Os resultados pesquisados demonstram a necessidade de orientação aos pais, com programas educativos e campanhas de prevenção.

**Descritores:** Queimaduras; Dor; Hospitalização; Qualidade de vida; Prevenção de acidentes; Criança; Adolescente.

Instituição: Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande, MS, Brasil.

Artigo submetido: 05/12/2014.  
Artigo aceito: 22/04/2015.

DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0169

<sup>1</sup> Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

#### ■ ABSTRACT

**Introduction:** The present study addressed the issue of hospitalization in 13 patients, children and adolescents, specifically focusing on burn patients admitted to a center for burn treatment. The objective of this study was to observe and analyze the perception of those involved in the treatment process in order to understand the relationship of the patient with pain and the treatment process with the quality of life in the hospital environment and with their self-image, and to collect information on the importance of prophylactic treatment on thermal trauma. **Methods:** To meet the objectives of the research, we used the case study method with a qualitative approach. **Results:** The results showed that most of the patients were male. The predominant etiologic agent was ethanol. The accidents caused burns of various severities, first- and second-degree burns in 1 patient, second- and third-degree burns in 7 patients, and third-degree burns in 5 patients. The length of hospitalization ranged from 15 to 75 days. The ages of the patients ranged from 1 year 8 months to 18 years. As to education, with the exception of the youngest patient, all attended the school network. Regarding socioeconomic level, most had a family income of up to 2 minimum wages, which was not sufficient. In general, only one person worked per family. **Conclusions:** The results demonstrate the need to provide guidance to parents, with educational programs and campaigns.

**Keywords:** Burns; Pain; Hospitalization; Quality of life; Accident prevention; Child; Adolescent.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos 16 anos, atuando com crianças e adolescentes no atendimento psicopedagógico do Centro de Tratamento de Queimados, procurou-se perceber o paciente vítima de trauma térmico em seus instantes de existência, no seu modo de vida, como transparece em suas falas, expressando suas emoções, afetividades, desejos e aspirações.

Durante as atividades psicopedagógicas relacionadas ao referencial curricular, valorizaram-se conteúdos escolares, pintura, dramatização, musicalização, jogos recreativos e de raciocínio, no computador.

Percebe-se o entrelaçamento de fatores psicológicos e somáticos que são responsáveis por diversos problemas. O sujeito que tem seu corpo queimado precisa voltar a moldá-lo precisa encontrar (reencontrar) o seu eu corpóreo, sua identidade; permitir que aflore de dentro deste ser uma gama de emoções, sentimentos, aspirações e desejos que favoreçam seu desenvolvimento cognitivo.

A equipe médica, por entender a relevância deste trabalho como contribuição para uma boa qualidade de vida do paciente, inseriu no Protocolo de Atendimento do Centro de Tratamento de

Queimados deste hospital a atuação do profissional da Psicopedagogia.

O presente estudo abordou a questão da hospitalização infanto-juvenil, enfocando especificamente o paciente queimado internado no Centro de Tratamento de Queimados.

Vendo o corpo como lugar de aprendizagem, de emoção, de descoberta da alegria, prazer, sentimento, afetividade e criatividade, a pesquisa partiu de uma perspectiva existencial, valorizando a cultura que o paciente traz e os relatos de casos vivenciados por ele.

No que se refere ao trauma térmico, este é o dano causado pela exposição do corpo humano à violência de variações térmicas extremas, produtos químicos, eletricidade ou agentes similares. É a principal causa de morte entre as pessoas de 0 a 35 anos nos Estados Unidos da América.

As lesões por queimaduras são ocorrências traumáticas que atingem cerca de 1% da população daquele país anualmente, sendo a metade delas crianças e adolescentes<sup>1</sup>.

Elas constituem, de acordo com dados do *National Burn Information Exchange*, a terceira causa de morte acidental em todas as faixas etárias e cerca de 70.000 pessoas são hospitalizadas a cada ano, com ferimentos graves causados por trauma térmico<sup>2</sup>.

No Brasil, as estatísticas de saúde não possuem dados globais sobre traumas térmicos que possam aquilatar o número de acidentes e de internações hospitalares<sup>3</sup>.

De acordo com dados da *International Society for Burn Injuries*, as queimaduras foram responsáveis por cerca de 322.000 mortes em 2002, sendo o maior contingente de mortos encontrados nas faixas etárias de crianças de até 5 anos e idosos de mais de 70 anos. Embora a própria Sociedade observe que estes sejam números somente de casos informados, não representando, deste modo, a realidade mundial<sup>2</sup>.

Por esses dados, para uma população brasileira estimada em 200.000.000 de pessoas, embora não se tenha ainda estatísticas nacionais de saúde confiáveis, pode-se inferir que o número de pacientes queimados no Brasil atinja atualmente a ordem dos 2.000.000 (1% do total) de indivíduos a cada ano, sendo 1.000.000 (50% do total) somente de crianças e adolescentes<sup>4</sup>.

Desse universo, pode-se estimar ainda que o número de “grandes queimados” - aqueles com mais de um sétimo da superfície corpórea atingida e que necessitam de internação - seja cerca de 600.000 pessoas (60% do total de casos), incluindo-se neste universo a impressionante estimativa de 300.000 crianças e adolescentes com graves queimaduras anualmente<sup>5</sup>.

Além disto, em estudos epidemiológicos, de acordo com o *French National Health Statistics and Research Institute*, a taxa de mortalidade de vítimas de queimaduras é alta e aumenta segundo a idade do paciente: entre as crianças e adolescentes, é maior o índice de mortes ocorridas. As circunstâncias dos acidentes são geradas por falta de cuidado e de informações sobre a prevenção<sup>6</sup>.

Dados coletados de diversos centros hospitalares e fornecidos pela Sociedade Americana de Queimaduras revelam uma estimativa de 500.000 casos de lesões por ano recebendo tratamento médico nos EUA, sendo 40.000 internações e mortalidade aproximada de 4.000 pacientes, em sua maioria vítimas de acidentes residenciais. No Brasil, apesar da inexistência de um efetivo sistema centralizador de informações, estima-se que esses valores sejam ainda maiores.

Considera-se que trauma térmico é o de mais longo tratamento e de mais difícil recuperação, demandando da sociedade um maior custo material e humano. Sua prevenção, entretanto, é a que desperta a menor atenção, seja da mídia, das entidades governamentais ou mesmo do organismo social, exceto nos momentos de grandes comoções nacionais<sup>7</sup>.

O trauma térmico é uma doença da sociedade, do contexto econômico e sociocultural que a facilita e, por vezes, até mesmo a promove. A cura para uma doença deste tipo passa necessariamente pela atuação dos

administradores e políticos, mas é de responsabilidade de toda a sociedade<sup>8</sup>.

Sendo assim, vítimas de queimaduras convivem com sequelas que podem diminuir sua autoimagem e qualidade de vida, como queimaduras faciais. Esses indivíduos são excluídos social e profissionalmente, solicitando ao cirurgião plástico procedimentos cirúrgicos que melhorem a qualidade da pele, para melhoria da aparência.

A prevenção dos traumas, mormente por queimaduras em crianças e adolescentes, é uma questão de toda a sociedade. Uma questão que envolve o poder público, com atos que vão desde as campanhas publicitárias até o aumento quantitativo e qualitativo das equipes de atendimento, passando pelo aumento das verbas específicas para o atendimento a este tipo de doença; os profissionais da área de saúde, por meio de campanhas de esclarecimento junto aos órgãos de comunicação e junto às famílias atingidas; os profissionais da área de educação, pela inclusão das preocupações com o tema em seus currículos escolares.

## OBJETIVOS

Pesquisar o perfil sociodemográfico e etiológico de pacientes internados em um Centro de Tratamento de Queimados. Observar e analisar a percepção dos envolvidos no processo de tratamento. Compreender a relação do paciente com a dor, com o processo de tratamento, com a qualidade de vida no ambiente hospitalar e com sua autoimagem. Levantar informações que revelem a importância de um trabalho profilático para prevenção do trauma térmico.

## MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital de referência, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, realizada no período de agosto de 2012 a setembro de 2013, entre os pacientes internados em um Centro de Tratamento de Queimados.

Vale ressaltar que a pesquisa atendeu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, previstas na Resolução nº 466, de 12/12/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. A mesma obteve o registro na Plataforma Brasil e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). A seguir, a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética do Hospital, de acordo com a legislação em vigor.

Foram pesquisados 13 pacientes internados de ambos os gêneros, crianças e adolescentes entre 1 ano e 8 meses a 18 anos procedentes do estado de Mato Grosso do Sul. Foram excluídos desta pesquisa indivíduos de etnia indígena.

Após convite e aceite para fazerem parte deste estudo, os responsáveis por crianças e adolescentes internados assinaram uma Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram o Questionário Básico do Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), adaptado pela pesquisadora, o qual contém informações sobre dados de identificação da família dos pacientes, tais como sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, número de filhos, local de moradia, renda e outras relevantes para esta pesquisa.

Outro instrumento foi o Documento de Protocolo do Sujeito, que apontou dados como nome, idade, escolaridade, data do trauma, tipo da queimadura, grau da queimadura, tempo de internação, etiologia e prognóstico médico sobre a recuperação.

Também foi utilizada a entrevista não estruturada (aberta) que pretendeu obter informações acerca da percepção dos pacientes e de seus responsáveis durante o tratamento.

O método de pesquisa elencado foi o de Estudo de Caso. O Estudo de Caso baseia-se em uma investigação empírica, planejamento, coleta de dados e análise dos mesmos. A pesquisa de campo atendeu às necessidades do estudo por ter como objetivo descrever, registrar, analisar, interpretar e correlacionar fatos. Este tipo de pesquisa é chamado de Estudo de Caso formal, que tem por objetivo tomar decisões e propor ações transformadoras<sup>9</sup>. No contexto desta pesquisa, o Estudo de Caso relacionou o que é comum em cada caso, embora cada um tenha características específicas.

## RESULTADOS

Dos 13 sujeitos da pesquisa, nove eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Entre crianças e adolescentes do sexo masculino, as idades variavam de um 1 e 8 meses a 18 anos. Em relação ao sexo feminino, as idades ficaram entre 6 e 18 anos.

A maioria dos sujeitos estava matriculada na Rede Regular de Ensino, sendo que um no Centro de Educação Infantil (CEINF). Dos sete pacientes do sexo masculino, apenas um estava na segunda fase do ensino fundamental.

Dois sujeitos do sexo feminino estavam na primeira fase do ensino fundamental, um na segunda fase e ainda um terceiro frequentava a universidade.

Apenas um sujeito do sexo masculino estava fora da rede escolar.

Em relação ao agente etiológico, apenas um sujeito se queimou por brasa. Por etanol, encontraram-se quatro; por eletricidade, dois; por álcool a 46°, dois; por gasolina,

dois; querosene, dois. Observou-se que sete pacientes apresentaram queimaduras de 2º e 3º graus, sendo cinco com 3º grau e apenas um com 1º e 2º graus combinados.

O tempo de internação foi registrado em um paciente, com 15 dias, e outro com 20 dias; seguido de dois, por 25 dias; um, por 32 dias; um, por 35 dias; um por 43 dias; dois por 45 dias; três pacientes com 60 dias e um com 75 dias.

Quanto ao nível socioeconômico dos familiares responsáveis financeiramente pelos pacientes, foram encontrados apenas dois familiares do sexo masculino com emprego registrado; duas mães como diaristas e oito responsáveis do sexo masculino como profissionais autônomos.

Os proventos não são suficientes para sete das famílias e apenas quatro responderam sim. Cinco responsáveis pelos pacientes moram em Campo Grande e sete são oriundos de municípios do interior.

Quatro famílias moram em casa própria. Outras quatro moram em domicílio alugado, duas em casa emprestada, uma família em assentamento e uma delas mora com os avós.

Quanto ao quesito religião, sete famílias responderam ser católicas e cinco informaram frequentar igreja evangélica.

Quanto ao estado civil, duas famílias dependem apenas da mãe, quatro vivem em regime de casamento civil e seis em união estável.

Todos os responsáveis são escolarizados até a primeira fase do primeiro grau.

As 11 residências têm o lixo coletado, somente uma o queima. Seis casas têm sistema de esgoto e seis usam fossa asséptica. Todas as 12 residências possuem banheiro. Quanto à existência de energia elétrica, uma apenas não a possui.

## DISCUSSÃO

A queimadura é considerada uma patologia de risco, tendo sido incluída na lista de doenças que apresentam um alto índice de morbidade e mortalidade.

São poucas as patologias reconhecidas como penosas, estando o paciente queimado incluído neste grupo<sup>10</sup>. Foi mencionado que a situação de um paciente considerado “grande queimado” é extremamente estressante, causando uma série de riscos à sua saúde mental. Muitas vezes, as queimaduras ocorrem por falta de cuidado e conhecimento por parte de quem lida com ambientes e ou produtos perigosos<sup>11</sup>.

Os indivíduos do sexo masculino se apresentaram como maioria, não se podendo, entretanto, apresentar conclusões definitivas sobre estas observações, uma vez que os dados apresentados foram frutos de uma única pesquisa.

Na literatura pesquisada foram observados resultados semelhantes nos quais crianças do sexo masculino acima de 5 anos são as mais atingidas por esta injúria<sup>11</sup>. Diante da situação socioeconômica precária da grande parte da população de nosso país, encontramos crianças tendo fácil acesso a materiais perigosos armazenados pelos cantos da casa, facilitando, assim, a grande incidência de casos ocorridos por queimaduras.

Em relação ao sexo masculino ser em maior quantidade que o feminino, nesta pesquisa, isto é comum em estudos realizados no Brasil e em vários outros países<sup>12,13</sup>.

Este fato se atribui de que os meninos têm brincadeiras de maior risco e, por isso, uma maior predisposição aos agentes causadores das queimaduras<sup>14</sup>.

Observou-se que o número de pacientes do sexo feminino foi muito menor e está de acordo com os estudos de outros pesquisadores<sup>3,15</sup>.

Adolescentes de ambos os sexos se depararam com a dificuldade de retorno ao convívio social, projetando um futuro como de “morte social”, pois são jovens preocupadas com seu narcisismo<sup>16</sup>.

Em relação à procedência, o maior número de pacientes encaminhados veio de outras localidades do estado e considerados “grandes queimados” ou com queimaduras de maior complexidade.

Em relação ao agente causal, os resultados encontrados conferem a importância de uma análise da etiologia das queimaduras para conscientização de que a prevenção é a melhor atitude.

Neste estudo, em primeiro lugar veio a queimadura por álcool combustível, considerando-o como referência de agente causal em alguns estudos<sup>17</sup>.

Anteriormente, o álcool líquido a 46° usado pela população no dia-a-dia para limpeza de uso doméstico ou acender o fogo, hoje está sendo usado em seu lugar o etanol que, segundo os familiares, é mais forte para clarear as roupas e fazer bife na chapa. Em relação aos quatro pacientes que se queimaram por chama, a família armazenava e fazia uso de etanol para estas práticas domésticas.

A Resolução RDC, nº 465, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2002, determinou a substituição do álcool líquido a 46° pelo tipo em gel. As queimaduras por álcool caíram em torno de 60% em vários hospitais do país.

Nos casos de área da lesão atingida, a maioria dos pacientes apresentou queimaduras de braços, pernas, pés, genitais, abdômen e rosto.

Quanto ao grau de queimaduras, observou-se que sete pacientes tiveram queimaduras de 2º e 3º graus no mesmo indivíduo, seguido de cinco pacientes com 3º grau e um apenas com 1º e 2º graus combinados.

A maioria dos tipos de queimaduras, 2º e 3º graus, corrobora com alguns estudos feitos<sup>18</sup>. A avaliação histológica obtida por biópsia nas primeiras 48 horas ao acidente previu que lesões poderiam se recuperar em duas semanas, com 75% de positividade<sup>19</sup>. Este estudo contribui com uma melhor qualidade de vida do paciente durante a hospitalização, possibilitando diminuição de sua ansiedade.

Foi observado, também, que como uma queimadura de segundo grau superficial pode se tornar profunda, ou até mesmo evoluir para queimadura de terceiro grau, torna-se importante uma reavaliação decorridas 72 horas da lesão<sup>19</sup>.

Quanto ao tempo de internação, apenas um paciente ficou 15 dias internado; dois, por 25 dias; um, por 20 dias; um, por 32 dias e outro por 35 dias; um paciente 43 e dois por 45; três por 60 e outro 75 dias.

Com o passar do tempo, o paciente adquire domínio e segurança sobre sua hospitalização<sup>20</sup>. O paciente que se sente como cidadão hospitalizado (dono de seus direitos), percebe-se com boa qualidade de vida<sup>21</sup>. O próprio processo de internação prolongada leva o paciente a se sentir mais disposto, com mais vitalidade<sup>21</sup>.

A longa hospitalização leva o indivíduo a dispor de mais tempo para refletir sobre a própria existência, ajudando-o a organizar planos e a manter a confiança na recuperação<sup>22</sup>.

Quanto ao nível socioeconômico dos familiares desses pacientes, a maioria tem uma renda familiar de até dois salários mínimos, já que são profissionais autônomos. Sendo assim, os proventos não são suficientes, por terem sob sua dependência, na maioria das vezes, seis a oito pessoas. Alguns chefes de família recebem benefícios por terem algum tipo de bolsa do governo federal. De modo geral, encontra-se apenas uma pessoa trabalhando por família.

Foram encontrados dois familiares com emprego registrado; duas mães diaristas e nove responsáveis autônomos. Apenas dois familiares com emprego registrado.

Em relação à habitação, quatro moram de aluguel, quatro em casa própria, duas em domicílio emprestado, uma família em assentamento e uma delas mora junto com os avós, não tendo despesas com aluguel.

Quanto ao estado civil, duas famílias dependem apenas da mãe, já que os pais são separados. Quatro famílias vivem em regime de casamento civil e seis em união estável.

Todos os responsáveis são escolarizados até a primeira fase do primeiro grau.

Em relação ao atendimento das instituições filantrópicas, elas têm como regra admitir pessoas de baixa renda e pouca escolaridade<sup>23</sup>.

O lixo das residências é coletado, em geral, sendo que apenas o de uma casa é queimado. Quanto ao sistema de esgoto, seis residências o possuem e seis delas têm o sistema de fossa. Todas as casas possuem banheiro interno, 11 têm energia elétrica e uma não a possui.

As informações sobre religião (sete se disseram católicos e cinco, evangélicos) evidenciaram ser de suma importância para pacientes e familiares a dimensão espiritual, considerando o fato da qualidade de vida durante a hospitalização do indivíduo ser influenciada pela sua bagagem de crenças e valores<sup>24</sup>.

A qualidade de vida é um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis de saúde, trabalho, lazer, família e até mesmo no desenvolvimento espiritual<sup>23</sup>.

Os prognósticos médicos de boa recuperação parecem influenciar a qualidade de vida dos pesquisados. Em pesquisas sobre as implicações psicológicas em pacientes internados, a autopercepção de bem ou mal-estar parece contribuir na evolução biológica da enfermidade, podendo constituir-se em cofator terapêutico, concluindo que o papel da psicologia parece ter contribuído para melhor qualidade de vida dos pacientes hospitalizados<sup>25</sup>.

A percepção que o paciente tem de sua boa qualidade de vida durante a hospitalização o tem levado a reduzir, ele mesmo, o tempo de tratamento, o tempo de internação, com cicatrizações mais rápidas e redução de problemas colaterais<sup>25</sup>.

A cada momento, o campo perceptivo do sujeito-paciente é preenchido por reflexões, agindo na mudança da estrutura de sua consciência e o levando a reconhecer o mundo como campo de pensamentos e percepções<sup>26</sup>.

O que sensibiliza a equipe do Centro de Tratamento de Queimaduras, ao longo de todo o trabalho, é sentir a carga emocional que acompanha a relação da criança e do adolescente hospitalizados vítimas que sofreram trauma térmico. Somos literalmente impregnados pelas emoções de alegria e tristeza, de frustração e realização, de desânimo e entusiasmo que surgem em resposta às diferentes propostas. Tal experiência nos permite viver papéis múltiplos, polidimensionados, mais seguros do prazer e do afeto em poder ajudar.

Acredita-se que o trabalho atento, decidido e amigo pode ajudar, senão muito, o suficiente para suavizar de algum modo essas horas sofridas da vida de uma criança ou adolescente que, por algum motivo, acaba por ter que passar pela grave experiência de ser internado em um Centro de Tratamento de Queimados.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou o etanol como causa principal das queimaduras por chama. A população mais

atingida tem origem em famílias moradoras do interior do estado, cujos responsáveis têm pouca escolarização.

Verificou-se a importância da educação populacional continuada, a fim de garantir um conhecimento que evite a utilização displicente de produtos inflamáveis nos domicílios.

Constatou-se que o trauma térmico é um problema muito mais sociocultural do que propriamente médico.

Por isso, a importância de um trabalho profilático na prevenção das queimaduras por ser um problema de saúde pública.

Sugere-se a participação efetiva da mídia, instituições governamentais, escolares, ONGs e outros.

## REFERÊNCIAS

1. Compton's Interactive Encyclopedia. New York: Compton's New Media; 1994.
2. Black JM, Matassarini-Jacobson E, Lukman S. Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
3. Rossi LA, Ferreira E, Costa ECFB, Bergamasco EC, Camargo C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003;11(1):36-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100006>
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000 [Acesso 18 Jan 2004]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/educacao/tabela\\_brasil.htm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/educacao/tabela_brasil.htm)
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Acesso 7 Jan 2012]. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/download/questionarios/censo2010\\_basico.pdf](http://www.censo2010.ibge.gov.br/download/questionarios/censo2010_basico.pdf)
6. Mercier C, Blond MH. Epidemiological survey of childhood burn injuries in France. *Burns*. 1996;22(1):29-34. PMID: 8719313 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0305-4179\(95\)00073-9](http://dx.doi.org/10.1016/0305-4179(95)00073-9)
7. Serra AC, Phebo LB. Prevenção de Queimaduras. In: Gomes DR, Serra MC, Pellon MA, eds. Tratamento de Queimaduras: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p.92-5.
8. Birolini D. Entrevista publicada pela Revista Veja. 25 Nov 1998 [Acesso em 30 Jan 2005]. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/25nov.htm>
9. Moon SM, Trepper TS. Case study research. In: Sprenkle DH, Moon SM. Research methods in family therapy. New York: Guilford Press; 1996. p.393-410.
10. Firmino J. Contribuições da psicologia ao paciente queimado. In: Gomes DR, Serra MC, Pellon MA, eds. Tratamento de queimaduras: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter. 1997. p.201-9.
11. Maciel E, Serra MC. Tratado de queimaduras. Belo Horizonte: Atheneu; 2004.
12. Costa DM, Abrantes NM, Lamounier JA, Lemos ATO. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *J. Pediatr*. 1999;75(3):181-6.
13. Hemedi M, Maher A, Mabrouk A. Epidemiology of burns admitted to Ain Shams University Burns Unit, Cairo, Egypt. *Burns*. 2003;29(4):353-8.
14. Costa DM, Lemos ATO, Lamounier JA, Cruvinel MGC, Pereira MVC. Estudo retrospectivo de queimaduras na infância e adolescência. *Rev Med Minas Gerais*. 1994;4(2):102-4.
15. Castellano AGD, Moreira H, Zago RJ, Milicovsky FS. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de queimadura ocular pelo agente químico cal no Serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *Arq Bras Oftalmol*. 2002;65(3):311-4.

16. Anzieu D. O eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1989.
17. Gomes DR, Pellon MA, Serra MC, Freitas JB, Molinaro A, Cabral MD. Sobrevida de paciente com lesão térmica maciça: um novo enfoque terapêutico. *Rev Bras Cir.* 1994;84(4):176-183.
18. Cruvinel SS, Queiroz DM, Recife FED, Markus J. Epidemiologia de pacientes queimados atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no período de 2000-2001. *Biosci J.* 2005;21(1):9-13.
19. Leonardi DF. Avaliação histológica em queimaduras de profundidade indeterminada, como fator preditivo do tempo de cicatrização. [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
20. Medina A. Distúrbios de consciência. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1984.
21. Gomes ILV. Direitos do cidadão hospitalizado: conhecimento e prática dos enfermeiros [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2000. 102p.
22. Assis R. Qualidade de vida do doente falcêmico [Dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2004. 98p.
23. Ramos WM. A qualidade de vida no trabalho de médicos e enfermeiros: um estudo de caso em hospital público de Belo Horizonte [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1995. 112p.
24. Barrón-Rivera AJ, Torreblanca-Roldán FL, Sánchez-Casanova LI, Martínez-Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública Méx.* 1999;40(6):503-9.
25. Nucci NAG. Qualidade de vida e câncer: um estado compreensivo [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia, Universidade do Estado de São Paulo; 2003. 225p.
26. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da Percepção. São Paulo: Martins Fontes; 2011.

---

**\*Autor correspondente:****Teresinha de Jesus Abreu de Souza**

Rua da Coroa, 29, Vila Carlota, Campo Grande, MS, Brasil

CEP 79051-580

E-mail: tekajesus@yahoo.com.br