

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS:  
CARACTERIZAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO**

***CHILDREN AND ADOLESCENTS VICTIMS OF BURNS: CHARACTERIZATION  
OF RISK SITUATIONS TO THE DEVELOPMENT***

*Fabiana P. S. de Oliveira*<sup>1</sup>

*Eleonora A. P. Ferreira*<sup>2</sup>

*Shirley S. Carmona*<sup>3</sup>

Oliveira FPS, Ferreira EAP, Carmona SS. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; 19(1): 19-34.

**Resumo:**

No Brasil acontece um milhão de casos de queimadura a cada ano, dos quais 40 mil demandam hospitalização. Ainda que o prognóstico para o tratamento da queimadura tenha melhorado nos últimos anos, ela ainda configura importante causa de mortalidade, além de resultar em morbidade pelo desenvolvimento de seqüelas. Este trabalho objetivou caracterizar a clientela pediátrica vítima de queimadura, atendida no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, PA, no período de um ano, e descrever os contextos em que os acidentes ocorreram, identificando situações de risco ao desenvolvimento do paciente. Participaram 164 acompanhantes de crianças/adolescentes vítimas de queimaduras. Utilizou-se: (a) roteiro de entrevista semi-estruturado com perguntas sobre dados sociodemográficos e questões referentes ao acidente que ocasionou a queimadura, e (b) roteiro de análise de prontuário. Os resultados apontam que a maioria das crianças/adolescentes vítimas de queimaduras era do sexo masculino (68%). A maioria permaneceu hospitalizada por um período igual ou inferior a 10 dias (n=53). O agente causador que apresentou maior frequência foi líquido quente (56,71%), em crianças na faixa de 1 a 4 anos de idade. Os demais incluíam líquido inflamável, eletricidade, cinza e incêndio. Evidenciou-se a falta de conhecimento dos cuidadores acerca de características do desenvolvimento infantil, expondo a criança a condições de risco. Discute-se a possibilidade de programas de prevenção, tanto em nível primário (educação de pais sobre prevenção de acidentes domésticos), quanto em nível secundário e terciário (minimização das seqüelas resultantes da queimadura).

**Palavras-chave:** queimadura; crianças; adolescentes; prevenção; acidentes domésticos.

Estudo parcialmente financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Pará (FAPESPA) processo número 020/2008.

1 Psicóloga, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.

2 Professora no Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.

3 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, bolsista da FAPESPA.

Correspondência para: Eleonora Arnaud Pereira Ferreira. End: BR 316, Km 2, Cond. City Park, Rua A, Casa 5, Atalaia, CEP: 67.013-070, Ananindeua-Pará, Fone: (91) 3235 3902 / (91) 8111 3915.

E-mail: eleonora@ufpa.br

**Abstract:**

In Brazil it happens one million cases of burn every year, of the which 200 thousand is assisted in emergency services and 40 thousand its demands hospitalization. Although the prognostic for the treatment of the burn has gotten better in the last years, it still configures important mortality cause, besides resulting in morbidity for the development of sequels. This work aimed at to characterize the patients pediatric burn victim, assisted in the Metropolitan Hospital of Urgency and Emergency (HMUE) of the metropolitan area of Belém-PA, in one year; and to describe the contexts in that the accidents happened, identifying risk situations to the patient's development. They announced 164 companions of children/adolescents victims of burns. It was used: interview route semi-structured with questions on partner-demographic data and referring subjects to the accident that caused the burn, and route for analysis of the patient's handbook. The results point that most of the children/adolescents victims of burns was of the masculine sex (68%). Most stayed hospitalized by a period to 10 days or less (n=53). The causal agent that presented larger frequency was the category hot liquid (56,71%), in children about 1 to 4 years of age. The contexts in that the accidents happened they made reference to hot liquid, inflammable liquid, electricity, ash and fire. The lack of the caretakers' knowledge was evidenced concerning characteristics of the development of the children/adolescents, exposing the patient to risk conditions. The possibility of prevention programs is discussed, so much in primary level (parents' education about prevention of domestic accidents), as in secondary and tertiary level (minimize of the resulting sequels of the burn).

**Key words:** burn; children; adolescents; prevention; domestic accidents.

**INTRODUÇÃO**

Procurou-se caracterizar a clientela pediátrica vítima de queimadura internada em enfermaria de um hospital de referência na região metropolitana de Belém-PA. Procurou-se também caracterizar, por meio do relato dos acompanhantes, os contextos em que ocorreram os acidentes, a fim de identificar a necessidade de programas de prevenção de acidentes e de acompanhamento psicológico direcionados às crianças/adolescentes vitimizados e a seus familiares.

**Queimadura**

A queimadura se caracteriza por ser uma lesão de um tecido produzida pelo efeito do calor, decorrente de substâncias químicas ou da eletricidade, que pode ser resultado da ação direta ou indireta do calor sobre o organismo humano.<sup>1</sup> De acordo com a quantidade de teci-

do atingido e a profundidade da lesão, a queimadura pode ser de: (a) primeiro grau, quando a pele atingida fica hiperemiada, dolorosa, inchada, e não ocorre formação de bolhas; (b) segundo grau, quando causam lesão profunda, formando bolhas na pele, com base vermelha ou branca, contendo um líquido claro e espesso, dolorosas ao tato e (c) terceiro grau, quando produzem lesão mais profunda, na qual a área queimada perde a sensibilidade ao tato, ocasionalmente formam-se bolhas, e, normalmente, são indolores porque as terminações nervosas da pele são destruídas.<sup>2</sup>

A alta incidência de ocorrência de queimaduras se dá em ambiente doméstico, em contextos que poderiam ser evitados. Dados de uma pesquisa<sup>3</sup> realizada na Unidade de Queimados do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto demonstraram que: 80% dos acidentes dos pacientes lá internados ocorreram em ambien-

te doméstico, atingindo principalmente crianças; 8% ocorreram no trabalho, atingindo adultos do sexo masculino; 7% foram vítimas de tentativas de suicídio; 3% de acidentes automobilísticos, e 2% foram vítimas de agressões.

Nos Estados Unidos, ocorrem dois milhões de queimaduras por ano, das quais, em média, 100.000 necessitam de internação em centros de tratamento de queimados e 5.000 desses pacientes morrem.<sup>4</sup> De acordo com a Sociedade Brasileira de Queimaduras<sup>5</sup>, no Brasil acontece um milhão de casos a cada ano, dos quais 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. Cerca de um milhão de reais por mês é o valor gasto pelo Ministério da Saúde com a internação destes pacientes.<sup>6</sup> As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para acidentes de transporte e homicídios.

Alguns estudos apontam as crianças como as maiores vítimas de queimaduras.<sup>7,8</sup> Dentre as situações que oferecem maiores riscos para acidentes por queimaduras em crianças estão: a manipulação de líquidos superaquecidos, produtos químicos e/ou inflamáveis, metais aquecidos, o uso de fogões improvisados na presença de crianças, manipulação de panelas no fogão, cabo de panela para fora do fogão, tomadas elétricas, bombas festivas e fios desencapados ao alcance de crianças.<sup>7,9</sup>

A literatura aponta que, na maioria dos casos, as queimaduras em crianças acontecem em ambiente doméstico e são provocadas pelo derramamento de líquidos quentes sobre o corpo. Nestes casos, costumam ser mais superficiais, porém mais extensas e tem maior incidência em crianças de seis meses aos dois anos, enquanto que acidentes com chamas são mais freqüentemente observados em crianças a partir da idade pré-escolar.<sup>1,10</sup>

Ainda que o prognóstico para o tratamento da queimadura tenha melhorado nos úl-

timos anos, ela ainda configura importante causa de mortalidade, além de resultar em morbidade pelo desenvolvimento de seqüelas como: (a) a incapacidade funcional, principalmente quando atinge os membros superiores e inferiores; (b) as deformidades, sobretudo da face; (c) as seqüelas de ordem psicossocial, e (c) dependendo da localização, as queimaduras podem ainda causar danos neurológicos, oftalmológicos e geniturinários.<sup>11</sup>

Dependendo da gravidade da situação e a complexidade da queimadura, o tratamento pode traduzir-se em hospitalizações por vezes prolongadas. Com isso, o paciente fica privado de seu convívio familiar e de suas interações sociais, além da dor física causada pelo tratamento. Destaca-se que, entre as lesões pediátricas mais dolorosas e que necessitam de períodos de internação prolongados, está a queimadura, mais do que qualquer outro tipo de lesão.<sup>1</sup>

Procedimentos inerentes ao processo de recuperação, como hidroterapia, limpeza das lesões com remoção do tecido desvitalizado, mudança de compressas e fisioterapia, são reconhecidos como particularmente dolorosos. As mudanças de compressas (curativos) são usualmente dolorosas, mesmo com a utilização de sedativos fortes.<sup>1</sup>

Partindo do pressuposto de que a maioria das queimaduras poderia ser evitada, medidas preventivas ajudariam a diminuir a incidência e dependem de educação e realização de programas efetivos.

Programas de prevenção são os que trazem maior benefício para numerosos problemas de saúde. Programas preventivos têm um impacto maior no controle do problema e nas necessidades dos pacientes, principalmente no caso de crianças. Se intervenções preventivas ocorrem precocemente, os efeitos positivos são maiores que os negativos e evitam que danos sejam estabelecidos. Entretanto, para o sucesso de um programa preventivo é necessário que

este tenha objetivos específicos para cada patologia, conte com profissionais competentes, treinados e sensíveis às necessidades individuais dos pacientes e o envolvimento destes e de seus familiares para aumentar a chance de mudanças comportamentais adequadas.<sup>12</sup>

Wallack e Winkleby<sup>13</sup>, ao definirem prevenção primária, apresentam três aspectos como sendo fundamentais. São eles: (1) promover habilidades e informações que conduzam ao desenvolvimento e manutenção de estilos de vida saudáveis; (2) a prevenção de doenças através da identificação de riscos, e (3) a proteção de saúde que inclui estratégias de responsabilidade de órgãos governamentais.

Todas as dimensões da prevenção primária (redução da incidência de novos casos), assim como a prevenção secundária (redução da prevalência) e a terciária (redução de incapacidades oriundas das doenças) são práticas importantes para promover a qualidade de vida na sociedade além de apresentarem benefícios à população e ao sistema de saúde.<sup>14,15</sup>

Em se tratando de queimadura, o papel da prevenção se destaca como sendo primordial, haja vista que a criança vitimizada não necessariamente possui alguma patologia que acarretaria em uma internação. Frequentemente são crianças sadias que, por alguma falta de supervisão de um adulto, acabam sofrendo um acidente.

Segundo Vale<sup>11</sup>, medidas de prevenção incluem orientação sobre como evitar situações de risco, ensino de prevenção de acidentes no currículo escolar, além de campanhas preventivas voltadas para toda a população.

No tratamento direcionado à criança e ao adolescente, as intervenções realizadas com o cuidador, para que este aprenda novos repertórios comportamentais, têm se mostrado muito eficientes. Entretanto, para que comportamentos preventivos sejam instalados no repertório desta população, é necessária a participação integrada de uma equipe

multiprofissional constante, permanente e capacitada a lidar com as características e exigências específicas desta faixa etária.<sup>12,13</sup>

Muitos profissionais envolvidos em equipes de saúde ainda hoje não conhecem as possibilidades de atuação do psicólogo da saúde na promoção de mudanças comportamentais voltadas à promoção de saúde da criança.<sup>16</sup> Como consequência, não reconhecem a necessidade do psicólogo como membro importante da equipe, principalmente no planejamento de atividades preventivas. Ao mesmo tempo, a natureza complexa da multidisciplinaridade dos sistemas de saúde oferece oportunidades para o psicólogo aplicar seus conhecimentos e assim contribuir com a saúde e bem estar da criança, do adolescente e de seus familiares.

O psicólogo, sendo um especialista em mudanças comportamentais, torna-se o profissional da equipe qualificado para promover a adesão e a comunicação necessárias para o sucesso de um programa de prevenção que atinja o paciente e seus familiares em uma variedade de sistemas de saúde como: hospitais, postos de saúde, clínicas pediátricas, clínica escola, programas de planejamento familiar e demais programas de atenção à saúde.<sup>1,16</sup>

Assim, são objetivos descrever as variáveis que sustentam a efetivação de programa de prevenção, a necessidade de suporte psicológico e caracterizar os contextos em que os acidentes ocorreram.

## MÉTODO

### Participantes

Foi realizado um estudo descritivo, visando a caracterizar a clientela pediátrica vítima de queimadura atendida no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE) da região metropolitana de Belém-PA, no período de um ano. Participaram deste estudo cento e sessenta e quatro cuidadores acompa-

nhantes de crianças/adolescentes vítimas de queimaduras internadas no HMUE. A maioria dos pacientes (n=124 de 164) procedia do interior do Estado do Pará.

Os informantes que permaneceram durante o período de internação e participaram do estudo eram as pessoas que desempenhavam em casa os cuidados fundamentais com a criança/adolescente sendo, portanto, os cuidadores principais. O grau de parentesco mais encontrado entre os acompanhantes da criança/adolescente internada foi a mãe, em cento e vinte entrevistas (73% em 164), seguido da avó/avô (13%), do pai (8%) e da tia (6%). A faixa etária mais frequente dos cuidadores participantes correspondeu às idades entre 26 a 30 anos (n= 57, 35% em 164), seguida da faixa de 21 a 25 anos (23%). A maioria dos acompanhantes entrevistados (n=89, 54% em 164) possuía o ensino fundamental incompleto, seguida do ensino médio incompleto (20%), ensino médio completo (13%), ensino fundamental completo (10%) e sem escolaridade (3%).

### **Local da Coleta de Dados**

A unidade onde o estudo foi realizado é referência, no Norte e Nordeste do Brasil, em atendimento de vítimas de queimaduras e grandes traumas. Os pacientes que se enquadram no perfil de atendimento do hospital são encaminhados de municípios e outros centros de saúde do Estado do Pará, após os primeiros atendimentos. O HMUE conta com 20 leitos em pediatria para demandas diversas e 10 leitos de pediatria no Centro de Tratamento ao Paciente Queimado (CTQ). Entretanto, é comum crianças vítimas de queimaduras ficarem internadas na pediatria devido à alta demanda para os leitos do CTQ.

A equipe de ambas as clínicas é formada por pediatra, cirurgia plástico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeutas.

É obrigatória a presença de um acompanhante durante todo o período de internação da criança, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente.<sup>17</sup> As visitas são realizadas uma vez ao dia no turno da tarde. Na maioria dos casos, os pacientes e acompanhantes oriundos de outros municípios ficam sem receber visitas, devido à dificuldade de transporte e condições financeiras.

### **Materiais e recursos utilizados para a coleta de dados**

Foram utilizados: (1) roteiro de entrevista semi-estruturado que incluía perguntas sobre dados sócio-demográficos e questões referentes ao acidente que ocasionou a queimadura, e (2) roteiro para análise de prontuário do paciente no qual estavam registrados todos os procedimentos realizados com a criança/adolescente, incluindo a intervenção realizada pela psicóloga da equipe.

### **Procedimento de Coleta de Dados**

Todos os acompanhantes de crianças/adolescentes vítimas de queimaduras que estavam internadas em qualquer unidade do HMUE eram solicitados a participar do estudo. Todos foram muito colaborativos e não houve quem se negasse a participar. As pesquisadoras os abordavam e explicavam os objetivos do estudo, pedindo a participação voluntária. Os que concordavam em participar eram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará, Protocolo nº024/2008). Em seguida, o roteiro de entrevista era aplicado na própria enfermaria pelas pesquisadoras. Os dados referentes ao diagnóstico e à evolução clínica, como superfície corpórea queimada, grau da queimadura e tratamento indicado, foram coletados por meio de análise de prontuários. Todos os dados coletados por meio do roteiro

de entrevista e do roteiro de análise do prontuário que continham informações comuns ao protocolo de internação do hospital foram cruzados com o banco de dados do HMUE.

### Análise de Dados

Os resultados foram analisados quantitativa e qualitativamente. As informações obtidas foram armazenadas em um banco de dados no programa Excel. As variáveis foram cruzadas a fim de identificar relações entre elas. Receberam destaque as seguintes variáveis relacionadas às crianças/adolescentes: idade, sexo, tipo de agente causador da queimadura, tempo de internação, extensão e grau de queimadura. Os

dados referentes ao contexto em que ocorreu a queimadura foram transcritos a partir da fala dos cuidadores das crianças. Tais relatos foram analisados descritivamente de acordo com o contexto em que o acidente ocorreu.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sexo, agente causador e faixa etária da criança/adolescente

Observou-se neste estudo que a maioria das crianças/adolescentes hospitalizadas por queimaduras (n = 111, 68% de 164) era do sexo masculino, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1:** Relação entre agente causador, faixa etária e sexo das crianças/adolescentes.

Distribuição por Sexo e Faixa Etária												
Agente Causador	Feminino (idade em anos)				Total	Masculino (idade em anos)				Total	Σ	%
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14		< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14			
Líquido quente	3	19	4	1	27	4	50	9	3	66	93	56,71
Líquido inflamável	0	5	4	6	15	1	9	9	2	21	36	21,95
Chama	1	3	0	0	4	2	5	1	0	8	12	7,32
Eletricidade	1	0	0	0	1	0	0	3	3	6	7	4,27
Cinzas	0	3	0	0	3	0	2	0	0	2	5	3,05
Vapor	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	2	1,22
Incêndio na casa	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	2	1,22
Outros	0	0	0	1	1	2	1	1	2	6	7	4,27
Σ	5	32	8	8	53	9	68	24	10	111	164	100,00
%					32%					68%		

O agente causador que apresentou maior frequência (n=93, 56,71% de 164) foi a categoria líquido quente, a qual corresponde ao derramamento de líquido aquecido sobre o corpo, decorrente de eventos como puxar panela, queda sobre líquido aquecido e colocar alguma parte do corpo, como mãos ou pés, em líquido quente. A faixa etária predominante nesta categoria foi de 1 a 4 anos (n=69 de 93).

Tempo de internação, agente causador, grau de queimadura e extensão corpórea queimada

A tabela 2 mostra que, a maioria das crianças e adolescentes internados permaneceu hospitalizada por um período igual ou inferior a 10 dias, seguido por período de 10 a 20 dias. Entretanto, é possível visualizar que 14 crianças/adolescentes, permaneceram internadas durante um período superior a 60 dias.

**Tabela 2:** Relação entre agente causador e tempo de internação.

Agente causador	Tempo de Internação (dias)							Total	%
	<10	10 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	50 a 60	>60		
Líquido quente	38	32	13	2	4	2	2	93	56,71
Líquido inflamável	9	9	3	5	2	1	7	36	21,95
Chama	1	5	0	2	0	2	2	12	7,32
Outros	3	2	1	0	1	0	0	7	4,27
Eletricidade	1	1	3	0	0	0	2	7	4,27
Cinzas	1	1	2	0	0	0	1	5	3,05
Vapor	0	1	0	1	0	0	0	2	1,22
Casa incendiou	0	0	1	1	0	0	0	2	1,22
$\Sigma$	53	51	23	11	7	5	14	164	100,00

Procurou-se relacionar o tempo de internação com o grau de queimadura (tabela 3). Foi evidenciado que as queimaduras de segundo grau são as que

frequentemente demandam um período maior de internação, principalmente quando ocorrem associadas com a de terceiro grau.

**Tabela 3:** Relação entre tempo de internação e grau da queimadura.

Tempo de Internação (dias)	Grau da Queimadura					Total	%
	1º	2º	3º	1º e 2º	2º e 3º		
<10	8	35	2	3	5	53	32,32
10 a 20	3	34	3	1	10	51	31,10
21 a 30	0	16	2	0	5	23	14,02
31 a 40	0	4	3	1	4	12	7,32
41 a 50	0	3	0	0	3	6	3,66
50 a 60	0	3	0	0	2	5	3,05
>60	0	5	3	0	6	14	8,54
$\Sigma$	9	100	12	5	35	164	100,00

A tabela 4 apresenta a relação entre superfície corpórea queimada (SCQ) e faixa etária das crianças/adolescentes participantes deste estudo. Observa-se que, sete crianças entre 1 e 4 anos de idade tiveram mais de 70% do corpo queimado. Ainda que a maioria das

crianças tivesse apresentado uma área de queimadura entre 10 e 19% (n = 70), eram crianças pré-escolares e muitas vezes necessitavam ficar com restrição de mobilidade no leito, o que poderia afetar seu desenvolvimento físico-motor.

**Tabela 4:** Relação entre superfície corpórea queimada (scq) e faixa etária.

SCQ	Faixa Etária (anos)				Total	%
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14		
< 10%	2	4	1	1	8	4,88
10 – 19%	6	46	10	8	70	42,68
20 – 29%	1	11	6	5	23	14,02
30 – 39%	2	22	8	1	33	20,12
40 – 49%	2	7	4	0	13	7,93
50 – 59%	1	0	1	1	3	1,83
60 – 69%	0	2	0	0	2	1,22
70 – 79%	0	1	0	0	1	0,61
> 70%	0	7	2	2	11	6,71
Σ	14	100	32	18	164	100,00

Na tabela 4, observa-se que não há uma relação entre extensão da queimadura e tempo de internação. Entretanto, essas crianças provavelmente necessitaram ser submetidas a vários procedimentos dolorosos e isolamento social devido ao risco de contaminação. É possível também observar um número significativo de crianças/adolescentes em idade escolar (n=50, sendo 32 com idades entre 5 e 9 anos e 18 com idades entre 10 e 14 anos). Tais crianças tiveram que se ausentar da escola, ou mesmo abandoná-la, para continuar o tratamento, segundo relato dos cuidadores.

#### Contextos em que os acidentes ocorreram

##### (a) Acidentes com líquido quente:

Era comum escutar relatos do tipo “eu estava preparando o almoço e ele não parava de correr perto da panela, até que bateu no fogão e a panela virou em cima dele”. Outros relatavam ter fervido água para esquentar algum tipo de alimento, como cacho de açaí, porco etc, e ter colocado a panela em um fogareiro feito no chão (um hábito comum em cidades

do interior do Estado do Pará), quando a criança se aproximou engatinhando e colocou “acidentalmente” a mão dentro do fogareiro.

Destaca-se o caso de uma criança de menos de um ano, procedente de uma cidade do interior e distante do hospital, que chegou gravemente queimada ao HMUE, no qual o relato dos familiares revelou o seguinte:

*“A avó dele ferveu água para esquentar um porco. Começou a chover e ela tirou a água da capoeira e colocou na varanda da casa. Lá os meninos estavam chutando bola, aí o A. foi chutar e caiu sentado para trás, certo dentro da panela. Ele nem chorou, a gente só viu a pele dele saindo, embrulhou ele na folha de bananeira e correu para o hospital. De lá pra cá, pra esse hospital, demorou mais de 5 horas de viagem e a gente trocava a folha de bananeira porque ela derretia com o calor dele.”*

A mãe de outra criança, que trabalhava com venda de comidas típicas, relatou que, em uma tarde, estava preparando vatapá (comida típica, com caldo quente) em uma panela sobre a boca do fogão, quando a criança abriu a tampa do forno e sentou sobre ela.

Nisso, a panela com o vatapá quente virou sobre a criança.

(b) Acidentes com líquido inflamável:

A categoria líquido inflamável faz referência a líquidos como gasolina, óleo diesel, álcool e perfume. Duas das crianças com 7 anos de idade estavam brincando de bombeiro e se atearam fogo com álcool. Outra criança, de 8 anos, derramou um vidro de perfume em sua blusa. A mãe disse “troca de roupa agora senão tu podes te queimar”. Então, de acordo com o relato da mãe, a criança acendeu um fosfóro para “saber se era verdade”.

O cuidador [mãe] de uma outra criança relatou:

*“Eu estava queimando lixo e joguei gasolina, só que o fogo não aumentava, então, peguei o galão de gasolina pra jogar, nisso o fogo entrou no galão e eu joguei ele [o galão] longe, e aí ele pegou na K. que tava brincando sentada na porta de casa. Quando eu vi a minha filha pegando fogo, eu não sabia o que fazer, só gritava. Ela se agachou quietinha, sem chorar, até que um vizinho enrolou ela num pano e o fogo apagou.”*

Essa criança faleceu após dois meses de internação.

(c) “Tentativa de suicídio”:

Uma criança com 13 anos de idade deu entrada no HMUE com o relato de ter se queimado “intencionalmente” com álcool. Segundo informações obtidas no momento da internação, ela teria se passado álcool “para espantar mosquitos”. Durante o segundo atendimento com a psicóloga, esta criança afirmou ter se jogado álcool por estar com raiva do irmão.

*“Eu fico tentando estudar e ele rasga o meu caderno, me chama de burra, feia. Eu não agüentava mais. Aí, eu peguei a garrafa de álcool e derramei em cima de mim. Ele continuou rindo dizendo que eu não tinha coragem.*

*Foi quando eu risquei um palito de fósforo e comecei a pegar fogo. Ele saiu correndo pedindo ajuda, nem eu acreditava que eu tinha feito aquilo. Aí um vizinho me trouxe [para o HMUE] e avisou a minha mãe.”*

Esta criança recebeu a visita da mãe uma única vez, mesmo tendo ficado internada durante três meses. A mãe justificava a sua ausência pelo trabalho, mas também alegava que “ela [a paciente] não pode ter o meu apoio depois de ter feito essa besteira. Ela sempre quer chamar atenção. Eu que não vou atrapalhar a minha vida para cuidar dela”.

(d) Acidentes com eletricidade:

Quanto à eletricidade, houve o relato de um caso no qual o acompanhante apresentou o seguinte caso: “ele meteu um pedaço de ferro na tomada e ela explodiu, quando vi, a mão dele tava pregada no ferro”.

(e) Queimadura por cinza:

Em cidades localizadas no interior do Estado, é comum fazerem buracos para queimar lixo. De acordo com o relato dos acompanhantes, dentre as cinco crianças queimadas por cinza, duas haviam caído “acidentalmente” nesses buracos. As outras três crianças pisaram em cinzas que caíram do fogão à lenha.

(f) Queimadura por vapor:

Dentre as duas crianças queimadas pelo vapor, o cuidador de uma delas, uma criança de 4 anos de idade, relatou:

*“Eu coloquei a panela no fogo e fui limpar a casa. Aí a panela – de pressão – começou a fazer barulho e ouvi aquela explosão. Quando corri para a cozinha, ela tava lá com o rosto e o peito todo queimado e com uma colher de pau na mão. Depois que ela me contou, que quando a panela fez barulho, ela subiu num banco e bateu com a colher na panela, aí a panela explodiu. Mas foi bom ter acontecido isso, quem sabe ago-*

*ra que ela tá toda malhada, ela aprende que não é pra ir pra cozinha.”*

(g) Queimadura decorrente de incêndio:

As duas crianças vítimas de queimaduras por conta de incêndio na casa estavam sem a presença de um adulto no momento em que aconteceu o acidente. A mãe de uma destas crianças havia ido para a feira e tinha deixado os três filhos dormindo, uma de 5 anos, uma de 3 anos (a vítima de queimadura) e uma de 1 ano e 2 meses de idade. O pai era feirante e trabalhava de madrugada. No relato da mãe:

*“Estava perto da hora dele [o pai] chegar e não tinha leite, como elas [as crianças] estavam dormindo, fui rápido à feira, para comprar leite e pão. Quando tava voltando, vi aquela correria e fumaça saindo da minha casa. Só lembro de ter visto o meu marido carregar ela toda queimada e os outros dois estavam sentados na calçada chorando muito. Depois que ela [a filha mais velha] me contou. Ela disse que acordou com um cheiro estranho e a cozinha tava pegando fogo, aí ela gritou e pegou o menor no colo. A outra ficou com medo e se escondeu atrás da porta, foi então que o meu marido chegou e salvou ela. Ele tá todo queimado aqui no hospital também.”*

A cuidadora [mãe] da outra criança vítima de incêndio relatou:

*“Fui deixar o irmão dele na escola e ele ficou em casa sozinho, ele tá acostumado. Quando tava chegando perto de casa, vi fogo e correria dos vizinhos. Ele tinha se pendurado na cortina, jogado álcool no sofá e tacado fogo. Tava brincando de super-herói.”*

Esta cuidadora, quando questionada sobre os motivos de ter deixado a criança sozinha em casa, se justificou dizendo não ter ninguém que possa ficar com ele, ou então para levar o outro filho à escola. Também enfatizou não saber o que fazer no momento da alta médica, haja vista que a rotina deveria voltar ao

“normal”, isto é, ela continuaria sem contar com uma rede de apoio para cuidar dos filhos.

(h) Outros acidentes relatados:

As queimaduras com chama dizem respeito a acidentes que aconteceram quando a criança passou perto de uma churrasqueira e a chama do fogo aumentou e a atingiu, ou perto de algum fogareiro.

A categoria “outros” inclui acidentes como: *“sempre que ele escutava o barulho da moto, ele vinha engatinhando para me abraçar e nesse dia eu me distraí e ele pegou na descarga da moto”*. Ou como: *“tinha acabado de servir o cozido que estava na panela fervendo, aí ele [a criança] veio e foi carregar a panela para jogar na pia”*.

*Análise de riscos decorrentes da queimadura para o desenvolvimento da criança/adolescente*

A análise dos relatos dos acompanhantes sugere que, além de as crianças/adolescentes terem sido expostas a um episódio extremamente doloroso, isto é, o acidente que ocasionou a queimadura, também estavam expostas a condições de risco para seu desenvolvimento emocional. Tais riscos se relacionavam às seqüelas da queimadura, ao longo tempo de hospitalização, às competências familiares para cuidar destas crianças e à rede de apoio social que as receberia após a alta hospitalar.

Quanto às deformidades decorrentes da queimadura, observaram-se relatos referentes à dificuldade dos familiares em auxiliar a criança no enfrentamento das seqüelas. Uma menina de 8 anos de idade relatou:

*“O vovô mandou o meu irmão fazer fogo para assar um peixe. Aí ele tava querendo ir pra rua pra brincar. Ele já tinha tentado umas duas vezes e não pegava fogo. Aí o amigo dele mandou ele jogar álcool que o fogo pegava mais rápido. Eu avisei que ia estourar e ele foi pra jogar mesmo assim. Só que antes dele jo-*

*gar, a garrafa começou a pegar fogo e ele jogou pra trás, aí pegou em mim.”*

Essa criança ficou quase dois meses internada. A mãe, durante o atendimento com a psicóloga, relatou:

*“Pra senhora ver como é a vida, eu tive nove filhos. Dei sete logo na maternidade, aí fiquei com esses dois pra criar. Aí acontece isso. Uma vizinha minha tinha pedido ela pra criar, porque ela viu em que situação eu tava vivendo. Bem que eu tava pensando em dar ela, pra ela ter oportunidade. Aí aconteceu isso. Me diga, quem vai querer criar uma menina toda marcada? Será que foi castigo isso?”*

Relatos semelhantes a esse aconteceram com mais quatro crianças que, apesar de conseguirem sobreviver, ficaram com seqüelas graves, como falta de falange de dedos e perda do lóbulo de orelha. Durante um atendimento psicológico, o cuidador de uma criança com menos de um ano de idade relatou: *“Na minha família só tem gente perfeita, gente bonita. Em casa não entra gente feia, deformada”*. Este mesmo cuidador não permitiu que outro membro da família viesse visitar a criança no hospital, e quando ele solicitava autorização para telefonar à mãe da criança para dar informações sobre a mesma, ele sempre dizia *“ela está ótima, linda, igual como saiu daí”*.

Observou-se que, se a entrevista fosse realizada no momento da internação da criança, a principal dúvida do cuidador consistia na possibilidade de a criança ficar com seqüelas da queimadura, como cicatrizes irreversíveis. Ainda que a entrevistadora explicasse sobre os riscos de vida que a criança correria, a cicatriz permanecia como sendo a preocupação principal. Houve cuidadores, como o que foi descrito acima, que chegaram a afirmar que não aceitariam em casa a presença de uma criança *“que não fosse perfeita”*. Destaca-se que um número expressivo de

crianças (n = 38, 23% em 164) ficou com lesões no rosto.

Através dos relatos espontâneos ou obtidos por meio de questionamentos, fica evidente a falta de conhecimento dos cuidadores acerca de características do desenvolvimento da criança. A maioria das crianças é cobrada como se tivesse discernimento e competência apropriados para se proteger de acidentes domésticos como os relatados neste estudo. Poucos cuidadores apresentaram relatos referentes à sua responsabilidade de cuidadores e protetores das crianças. Quando isso acontecia, era sempre relacionado a outros problemas familiares como os seguintes exemplos: *“se o pai dela me ajudasse, isso não teria acontecido”*, sugerindo dificuldades relativas ao relacionamento conjugal. Ou então: *“não sei o que me deu na cabeça de deixar ela ir fazer o fogo, só que ela já tem idade de fazer as coisas. Eu, na idade dela, já tomava conta da casa e dos meus irmãos”*, ou *“ela é muito curiosa, o que tinha que ter ido mexer no fogão? Não sabe que lá não é lugar de criança???.”*, demonstrando a dificuldade dos pais em reconhecerem características relacionadas ao desenvolvimento infantil e à necessidade de supervisão e orientação parental.

Também foi possível observar déficits em competências parentais para o cuidado com a saúde da criança, como nos casos apresentados a seguir.

A avó de uma criança de 4 anos vítima de queimadura por álcool relatou:

*“Ele tava tossindo muito, então eu peguei um pano, embebi em álcool e amarrei na garganta dele. Só que ele não pára, aí ele pegou uma vela e foi acender um fósforo, quando vi, ele tava pegando fogo. Não conseguia tirar o pano que tava amarrado nele. Agora não sei o que vou fazer, porque a tosse dele só cura com álcool e aqui tão dizendo que eu não vou poder mais fazer isso.”*

Essa criança ficou com seqüelas funcionais, já que teve queimaduras de segundo e terceiro grau em seu pescoço e rosto.

Outro caso foi o de uma criança de apenas seis meses de idade que deu entrada no hospital após sete dias do acidente por derramamento de líquido quente. A mãe relatou:

*“Ele estava com dificuldades para mamar no peito, aí eu esquentei uma água para fazer leite. Eu tava com ele no colo, não sei bem o que aconteceu, só lembro que a panela virou na gente. Queimou a minha perna e a dele. O pai dele disse que não precisava levar para o hospital, que era frescura. Aí me ensinaram a passar borra de café. Passei todos esses dias só que como ele não melhorou, eu trouxe pra cá. Nunca pensei que isso ia matar o meu filho.”*

Os resultados também sugerem riscos quanto à continuidade dos estudos destas crianças/adolescentes ao retornarem à sua rotina. Quase a totalidade dos acompanhantes das crianças que estavam em idade escolar apresentava relatos semelhantes a este: *“já perdeu o ano escolar, pois eu não vou querer que ela volte pra escola assim, toda marcada; eu não quero que fiquem caçoando dela”*. Outro cuidador afirmou:

*“Lá da escola perguntam como ela está, eu digo que está bem. Mas não quero voltar a morar lá não. Sabe como é povo de interior, adora se meter na vida dos outros. Parece que eu estou vendo, vai ser só eu pisar lá, que a minha casa vai lotar de curioso querendo ver como ela ficou.”*

Outro disse: *“poxa, isso foi acontecer logo agora que ela tá aprendendo a ler!!! Já era.... o que vai ser da minha filha sem estudo?”*.

Um dos casos chamou a atenção para a necessidade de acompanhamento destas crianças após a alta hospitalar. Uma mãe, ao retornar com a criança para consulta médica ambulatorial relatou:

*“Quando ela chegou em casa, até os irmãos se assustaram. Ninguém abraçou ela. Aquilo acabou comigo. Ela foi a viagem inteira dizendo que queria abraçar eles [os irmãos] e chega lá, ela foi recebida assim. No início, [ainda hospitalizada] ela não tinha vergonha de como ela está. Acho que era porque ela via outros piores aqui. Só que quando chegou lá, parece que ela morreu, ela não sai do quarto pra nada e se alguém entra em casa, ela se cobre com lençol mesmo em dia muito quente e fica fingindo que tá dormindo até a pessoa ir embora. Não sei o que vai ser da nossa vida, sofro junto com ela. Se eu pudesse, mudava de lugar com ela.”*

Em todas as entrevistas, a psicóloga questionava sobre que medidas deveriam ser adotadas para evitar que outro acidente ocorresse. Quando questionados, os cuidadores só mencionavam o episódio que ocorreu, evidenciando a falta de repertório de comportamentos preventivos.

No caso de uma criança que se queimou devido à descarga elétrica, em um dos retornos para consulta ambulatorial no HMUE a mãe afirmou

*“Nem lhe conto, agora ele deu de colocar álcool em gel na palma da mão e acende um fósforo. Já disse pra ele que se ele se queimar de novo, eu não volto mais pra cá. Eu vou curar com borra de café, pasta de dente. Eu que não fico mais aqui todo esse tempo que eu fiquei.”*

Neste relato é possível verificar déficits em comportamentos preventivos ao acidente doméstico com a criança, pois, ao invés de a mãe evitar que um novo acidente aconteça com seu filho, ela faz referência ao período de internação como sendo aversivo.

Comumente, escutavam-se relatos de cuidadores preocupados com a situação de hospitalização, com o tempo que necessitam ficar internados até a alta da criança. Como exemplo, destaca-se o caso de uma criança

cujo pai fez o seguinte relato: “*ela estava se embalando de costas na rede, se empurrando no fogão, até que uma hora a varanda da rede prendeu na beira do fogão e a panela que estava em cima acabou virando nela*”. Quando a criança estava com um mês de internação, o pai solicitou a sua alta, pois a mãe da criança havia ficado com os outros seis filhos na cidade onde moram, no interior do Estado, e, possivelmente, estariam passando fome, já que ele era o provedor da família. Depois de algumas intervenções, da análise dos riscos aos quais a criança seria submetida caso saísse de alta médica antes do tempo adequado, o pai decidiu ficar no hospital, porém sob constante vigilância, pois era comum ele dizer que iria “*cortar a mão da criança para que ela não cutucasse as casquinhas da queimadura*”, ou então não dava comida para a criança, deixava a mesma suja e não avisava a equipe.

Observou-se, por meio de relatos dos acompanhantes, que esse longo período de hospitalização pode ocasionar afastamento social da criança e de seu cuidador, em especial em relação à família de origem. Algumas crianças/adolescentes só tinham contado com outro familiar no momento da alta hospitalar.

Dentre os casos estudados, destaca-se o caso de uma criança vítima de queimadura por líquido inflamável (gasolina) que permaneceu durante 120 dias internada. Durante esse período, apenas o pai e a mãe se revezavam no acompanhamento à paciente. Segundo o relato da mãe:

*“Quando eu fiquei grávida dela, eu tinha só 18 anos e foi uma confusão na família. Então, eu decidi cuidar só dela e não trabalhar. O meu marido tinha a mesma idade. Sofremos muito com falta de apoio da nossa família. Parece que eles estão sempre querendo dizer que a gente não está dando conta. Só que a gente não pede ajuda pra nada. Desde que saímos de casa – há seis anos – a*

*gente se vira só. Só que o meu marido perdeu um emprego e achamos melhor eu ir trabalhar. Aí, arrumei essa senhora para tomar conta dela [a criança] e da casa. No segundo dia que fui trabalhar, me ligaram contando o que tinha acontecido. Ela foi fazer um fogo para assar peixe e jogou gasolina. A R.[a criança] tava perto e explodiu tudo nela. Vimos de avião pra cá, eu e minha filha. O pai dela ficou lá, só vai vir depois, quando a gente souber quanto tempo ela vai ficar internada. Ele disse para a nossa família que ele vem pra cá pra Belém para fazer um curso. A gente não quer que saibam o que aconteceu, porque vai ser a chance deles falarem que a gente é irresponsável. Agora, se ela ficar com cicatriz, não vai ter jeito!!!”*

Esta mãe afirmava que não conhecia ninguém em Belém. Entretanto, um dia ela saiu do hospital para comprar um lanche e encontrou uma tia dela no momento em que entrava no HMUE. Nesse dia, ela solicitou a presença da psicóloga, porque ela não admitia contar para a família o que havia acontecido com a filha. Depois da intervenção com a psicóloga, esta mãe permitiu que a tia entrasse para visitar a filha e se mostrou arrependida de estar há quase 90 dias sem ter procurado apoio de alguém.

Por fim, houve alguns casos em que a equipe suspeitava de que a criança havia sido vítima de agressão relacionada ao episódio que ocasionou a queimadura. Entretanto, não foi possível confirmar esta hipótese em nenhum dos casos acompanhados durante o período deste estudo. Mesmo assim, em todos os casos em que houve tal suspeita, a psicóloga intervinha e acionava o Conselho Tutelar do lugar de origem da criança, com o intuito de acompanhar essa família para resguardar a integridade da criança e impedir que novos episódios ocorressem.

A maioria da clientela atendida no serviço de Pediatria do HMUE, no período a que

se refere este estudo, era do sexo masculino, o que corrobora com dados encontrados na literatura.<sup>3</sup>

O agente causador que apresentou maior frequência foi a categoria líquido quente, a qual corresponde ao derramamento de líquido aquecido sobre o corpo. A faixa etária predominante nesta categoria foi de 1 a 4 anos. Estes dados também corroboram com a literatura que aponta que, na maioria dos casos, as queimaduras em crianças são provocadas pelo derramamento de líquidos quentes sobre o corpo e tem maior incidência em crianças que se encontrem na primeira infância.<sup>1,10</sup>

O resultado encontrado neste estudo quanto ao local onde o acidente ocorreu corresponde à literatura pesquisada. Todas as crianças/adolescentes estavam em ambiente doméstico, quer dentro de sua própria residência, quer no quintal ou na casa de um amigo ou vizinho da família.<sup>1,3,10</sup>

A alta incidência de queimaduras de segundo grau encontradas neste estudo corresponde à literatura. Queimaduras de segundo grau são descritas na literatura como sendo as mais dolorosas, representando um agravante para possíveis sequelas psicológicas em crianças e adolescentes.<sup>1,11</sup>

Evidenciou-se neste estudo que a maioria das crianças participantes era proveniente do interior, principalmente nos casos em que o acidente foi provocado por líquidos inflamáveis. Talvez essa maior incidência tenha ocorrido devido à falta de energia elétrica no local onde a criança reside, favorecendo o uso de candieiros a gasolina e também à prática cultural da utilização de álcool para espantar mosquitos e curar doenças (como a tosse).

Desse modo, estudos que revelem dados sobre o local de moradia da criança fornecem à equipe de saúde pistas sobre a qualidade do ambiente no qual o paciente está inserido, indicando quais os riscos para a saúde e integridade física da criança e como essas variáveis

podem estar relacionadas com a situação que ocasionou o acidente.

Todas as crianças/adolescentes que fizeram parte deste estudo, mesmo tendo melhorado o seu estado de saúde, ficaram com marcas em seu corpo, umas mais profundas e extensas, outras menos aparentes. Além disso, todas as crianças/adolescentes foram submetidas a numerosos procedimentos dolorosos, como punção venosa, curativos e fisioterapia, os quais podem deixar conseqüências prejudiciais ao seu desenvolvimento, conforme aponta a literatura.<sup>1</sup>

A falta de informação do cuidador sobre como proceder no momento em que ocorre a queimadura e os riscos de morte que a mesma oferece, também foi evidenciado. Tal dado também destaca a importância de planejamento de atividades preventivas, que informem aos cuidadores sobre as queimaduras e os riscos que as seqüelas da mesma oferecem para o desenvolvimento da criança.<sup>11-13,15,16</sup>

Intervenções na área da saúde que visem à promoção, prevenção e tratamento de doenças estão mais consolidadas, e o psicólogo possui um papel importante neste processo, uma vez que sua intervenção pode contribuir para a diminuição de custos com o tratamento e o aumento da frequência de comportamentos saudáveis e de cuidado e proteção à criança e ao adolescente.<sup>14</sup>

Outro aspecto relevante diz respeito às suspeitas de agressão e de negligência. Isso é uma dificuldade enfrentada diariamente pela equipe de profissionais da enfermagem de pediatria do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE). Ainda que a queimadura tenha sido relatada como associada a um acidente, observou-se que, na maioria dos casos, mesmo em se tratando de pré-escolares, isso somente aconteceu devido à criança estar sem a supervisão adequada de um adulto.

Assim, há necessidade de um efetivo programa de intervenção como estraté-

gia para evitar prejuízos ao desenvolvimento destes pacientes e de seus familiares.

#### AGRADECIMENTOS:

Este estudo foi realizado com o apoio do Hospital Metropolitano de Urgência e

Emergência (HMUE), Pará. Estudo parcialmente financiado por meio de bolsa de mestrado para a terceira autora, concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Pará (FAPESPA).

#### REFERÊNCIAS

1. Bicho D, Pires A. Comportamentos de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. *Análise Psicológica* 2002; 1(10): 115-129.
2. Macedo JLS, Rosa SC, Macedo KCS, Castro C. Fatores de risco da sepse em pacientes queimados. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* 2005; 32 (4): 173-177.
3. Rossi LA, Garcia TR, Chianca TM, Barrufini RCP. Queimaduras: características dos pacientes admitidos em um Hospital Escola de Riberão Preto. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health* 1998; 2 (4): 401-404.
4. Black JM, Matssarin-Jacobs EM, Lukman S. *Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem Psicofisiológica*. 4ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 1996.
5. Sociedade Brasileira de Queimaduras. Disponível no site: <http://www.sbqueimaduras.org.br>. Obtido em 11 de julho de 2006.
6. Brasil, Ministério da Saúde. *Informe Saúde*. Ano VI, 152. 2002.
7. Rossi LA, Ferreira E, Costa ECFB, Bergamasco & Camargo EC. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2003; 11 (1): 36-42.
8. Werneck GL, Reichenheim ME. Pediatrics burns and associated risk factors in Rio de Janeiro. *Burns* 1997; 23: 478-483.
9. Organização Não Governamental Criança Segura. *Casa Segura: conheça os principais perigos no ambiente doméstico*. Disponível no site: <http://www.criancasegura.org.br>. Obtido em 10 de julho de 2006.
10. Costa DM, Abrantes M.M, Lamounier JA, Lemos ATO. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria* 1999; 75 (1). pp. 181-186.
11. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2005; 80 (1): 9-19.
12. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Sybolt D, Morrissey-Kane E, Davino K. What Works in Prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist* 2003; 58 (67): 449-456.
13. Wallack L, Winkleby M. Primary prevention: A new look at basic concepts. *Social Science and Medicine* 1987; 25 (8): 923-930.
14. Johnson SB, Millstein SG. Prevention Opportunities in Health Care Settings. *American Psychologist* 2003; 58(67): 475-481.
15. Casseb MS. Prevenção em diabetes: efeito do treino de automonitoração na

- redução de fatores de risco. Projeto de qualificação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, 2004.
16. Miyazaki MCOS, Domingos NAM, Caballo VE. Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. In: Rangé B, organizador. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre, Rs: ArtMed. 2001.
17. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível no site: <http://www.eca.org.br/eca.htm#texto>. Obtido em 18 de julho de 2006.

*Recebido em: 16/11/2008*

*Modificado em: 20/02/2009*

*Aceito em: 28/03/2009*