

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**Carmen Roberta Baldin Balieiro**

**CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA RELACIONADAS AO  
TRAUMA POR QUEIMADURA EM CRIANÇAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA**

Ribeirão Preto  
2009

Balieiro, C.R.B. **Características da violência doméstica relacionadas ao trauma por queimadura em crianças: revisão integrativa da literatura.** 2009. 121p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

#### ERRATA

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
2	10	Enfermagem Fundamental junto ao Departamento Cirúrgico.	Enfermagem Fundamental
3	12	Enfermagem Fundamental/Departamento Cirúrgico	Enfermagem Fundamental
8	2	queimadura:	queimadura em crianças:
10	2	burns trauma:	burns trauma child:
12	2	quemadura:	quemadura em ninõs:
17	9	liquidos quentes	liquidos superaquecidos

**Carmen Roberta Baldin Balieiro**

**CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA RELACIONADAS AO  
TRAUMA POR QUEIMADURA EM CRIANÇAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental junto ao Departamento Cirúrgico.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lúcia Aparecida Rossi

Ribeirão Preto  
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.

Balieiro, Carmen Roberta Baldin.

Características da violência doméstica relacionadas ao trauma por queimadura em crianças: revisão integrativa da literatura. Carmen Roberta Baldin Balieiro - Ribeirão Preto – São Paulo, 2009.

117 p., il., 30cm.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo – Área de concentração: Enfermagem Fundamental/Departamento Cirúrgico.  
Orientadora: Rossi, Lídia Aparecida

1. Queimaduras. 2. Violência doméstica. 3. Maus-tratos em crianças.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Carmen Roberta Baldin Balieiro

Características da violência doméstica relacionadas ao trauma por queimadura em crianças:  
revisão integrativa da literatura.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem  
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do Título de Mestre em  
Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovada em: 22/06/09

### Banca Examinadora

Prof. Dr. Lídia Aparecida Rossi (Presidenta/Orientadora)

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Nome: JAYME ADRIANO FARINA JUNIOR

Instituição: FERP. USP

Nome: Cristina Maria Galvão

Instituição: FERP-USP

## DEDICATÓRIA

**A Deus,**  
por me fazer existir.

A todos os meus familiares e, em especial, aos meus pais  
**Maria do Carmo e Carlos Roberto,**  
por acreditarem sempre em meus sonhos.

Às minhas filhas, **Nátrita e Betina,** e ao **Mauro,** meu marido, que sempre estiveram  
presentes em cada etapa deste trabalho.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

**À Profª Drª Lídia Aparecida Rossi**

Mais que orientadora, você pôde acolher minhas ideias, direcionar meus saberes e interesses. Penso que você mediou, em todos os instantes, esse processo através da linguagem, e, de alguma forma, essa linguagem representou, por instantes, possibilidades de distanciamento. Para haver aprendizagem é necessário se lançar no mundo linguístico do outro, e sabemos que, mesmo sendo de áreas de conhecimento tão diferentes, conseguimos integrar partes importantes para a realização deste projeto. Para que o conhecimento ocorra fez-se necessário construir relações humanas. Para mim, você foi e sempre será mais que orientadora, é uma educadora com a qual pude aprender o significado de humanidade.

## AGRADECIMENTOS

**À Prof. Dr.ª. Cristina Maria Galvão,**  
pelas valiosas contribuições ao longo dessa trajetória.

**À Prof. Dr.ª. Maria das Graças Bonfim,**  
pelas observações precisas na qualificação.

**À Prof. Dr.ª. Rosana Aparecida Spadoti Dantas,**  
pela amizade e pelo constante incentivo.

**À Prof. Dr.ª. Maria Cecília Puntel (*in memoriam*),**  
pela sabedoria e paciência ao fazer compreender que todas as partes estão relacionadas.

**À Maria Elena Guanilo,**  
pela disponibilidade emocional e pelo seu conhecimento tão precioso que me ajudou a refletir e questionar meu trabalho.

**Ao Mauro,**  
meu marido, pela paciência e pelo estímulo ao meu trabalho.

**As minhas filhas, Nátrita e Betina,**  
pelo amor dedicado.

**À Bia e à Cristina,**  
que me ensinaram reconhecer e respeitar a dor que a violência doméstica causa e que a vida vale ser vivida, a partir do momento em que podemos confiar na experiência do estar com e, dessa maneira, (re)contar, re(criar) a história.

## RESUMO

Balieiro, C.R.B. **Características da violência doméstica relacionadas ao trauma por queimadura: revisão integrativa da literatura.** 2009. 117p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

A violência doméstica em crianças tem sido uma das manifestações mais comuns no setor saúde. Neste estudo, foi ressaltado o trauma por queimaduras como fator a ser considerado como possibilidade de maus-tratos físicos na infância. Em função da baixa produção de estudos de boa qualidade sobre o tema, entende-se que a dificuldade do profissional para identificar e notificar o problema se faz coerente diante do atual cenário científico. O objetivo do presente estudo foi realizar análise crítica das evidências disponíveis na literatura, para identificar as características da violência doméstica, relacionadas ao trauma pela queimadura em crianças, a partir de revisão integrativa. Para o desenvolvimento, foram utilizadas como fonte de levantamento três bases de dados: Pubmed, Cinahl e Lilacs. A amostra foi constituída por 37 estudos. Os resultados obtidos mostraram como características associadas à suspeita de maus-tratos: queimaduras por líquido superaquecido (com maior número de citações), seguida por mecanismo do acidente (escalde por imersão) e as nádegas, as extremidades superiores, inferiores e períneo (como as regiões do corpo mais atingidas). O padrão simétrico das queimaduras foi considerado importante para suspeita de maus-tratos, assim como a idade, associada a incompatibilidade do acidente com a faixa etária da criança. Inconsistência da história e verificação de lesões associadas, como pisaduras e fraturas antigas, representam perfil específico para a criança que sofreu a queimadura por maus-tratos. Em relação aos fatores sociodemográficos, foi identificado que o desemprego e as condições precárias de vida (pobreza) são fatores que representam problema social e potencializam a violência doméstica. Famílias chefiadas por mulheres também representam um perfil nesse processo. Compreende-se que se faz necessário realizar exame detalhado dos eventos que foram identificados como precipitadores da suspeita de maus-tratos. Assim, levar em consideração o mecanismo, o agente térmico, o histórico clínico e social, e realizar o exame físico são procedimentos importantes a serem desenvolvidos pelo profissional da saúde para o processo de identificação de maus-tratos por queimaduras. A existência de mecanismo de proteção à criança já foi concretizado legalmente, o que falta, portanto, é a capacitação de profissionais para esse processo de identificação. Diante desse quadro, entende-se que se faz necessário desenvolver programas de prevenção e de reabilitação junto às famílias e crianças que sofreram esse problema social que, seguramente, atingiu a saúde individual do grupo familiar.

**Palavras-chave:** queimadura, violência doméstica, maus-tratos em crianças

## ABSTRACT

Balieiro, C.R.B. **Characteristics of domestic violence related to burns traumas: an integrative literature review.** 2009. 117p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2009.

Domestic violence against children has been one of the most common manifestations in the health sector. In this study, burns traumas were highlighted as one factor to be taken into account as a possibility of physical maltreatment in childhood. Due to the small number of high-quality studies on the theme, we consider that professionals' difficulties to identify and notify the problem is coherent with the current scientific scenario. This study aimed to critically review evidence available in literature to identify the characteristics of domestic violence related to burn traumas in children, based on an integrative literature review. Three databases were used as sources for the development of this study: Pubmed, Cinahl and Lilacs. The sample consisted of 37 studies. The obtained results showed the following characteristics associated with suspected maltreatment: burns by hot liquid (most frequently mentioned), followed by accident mechanism (scalding by immersion) and buttocks, upper and lower extremities and perineum (as the most affected body parts). The symmetric pattern of the burns was also considered important for suspected maltreatment, as well as age, associated with the incompatibility of the accident with the child's age. Inconsistency of the story and associated lesions, such as bruises and old fractures, represent a specific profile for child burn victims caused by maltreatment. As to sociodemographic factors, it was identified that unemployment and precarious living conditions (poverty) represent a social problem and boost domestic violence. Families headed by women also represent a profile in this process. A detailed investigation is necessary, looking at the events that were identified as precipitators of the maltreatment suspicions. Hence, considering the mechanism, the thermal agent and the clinical and social history, and doing the physical examination are important procedures for health professionals in the identification process of maltreatment caused by burns. Protection mechanisms for children have been legally established, but professionals need to be trained for this investigation process. In view of the above, we consider that prevention and rehabilitation programs need to be developed among families and children victims of this social problem, which has definitely affected the family group's individual health.

Key words: burn, domestic violence, child maltreatment

## RESUMEN

Balieiro, C.R.B. **Características de la violencia doméstica relacionada al trauma por quemadura: revisión integrada de la literatura. 2009.** 117h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2009.

La violencia doméstica en niños ha sido una de las manifestaciones más comunes en el sector de la salud. En ese estudio, fue resaltado el trauma por quemaduras como un factor a ser considerado como posibilidad de malos tratos físicos en la infancia. En función de la baja producción de estudios de buena calidad sobre el tema, entendemos que la dificultad del profesional en identificar y notificar el problema es coherente con el actual escenario científico. La finalidad de este estudio fue llevar a cabo un análisis crítico de las evidencias disponibles en la literatura para identificar las características de la violencia doméstica relacionadas al trauma por quemadura en niños, a partir de una revisión integrada de la literatura. Para el desarrollo de este estudio fueron utilizadas como fuentes de recolecta tres bases de datos: Pubmed, Cinahl y Lilacs. La muestra fue constituida por 37 estudios. Los resultados alcanzados mostraron como características asociadas a la sospecha de malos tratos: quemaduras por líquido supercalentado (con mayor número de citas), seguido por mecanismo del accidente (escaldadura por inmersión) y las nalgas, extremidades superiores, inferiores y perineo (como las regiones del cuerpo más atingidas). El patrón simétrico de las quemaduras fue considerado importante para sospecha de malos tratos, además de la edad asociada a la incompatibilidad del accidente con el rango de edad del niño. Inconsistencia de la historia y verificación de lesiones asociadas, tales como pisaduras y fracturas antiguas, representan un perfil específico para niños víctimas de quemaduras por malos tratos. Con relación a factores socio-demográficos, fue identificado que el desempleo y las condiciones precarias de la vida (pobreza) son factores que representan un problema social y potencializan la violencia doméstica. Familias dirigidas por mujeres también representan un perfil en ese proceso. Se considera que es necesario realizar un examen detallado de los eventos que fueron identificados como precipitadores de la sospecha de malos tratos. Así, llevar en consideración el mecanismo, el agente térmico, el histórico clínico y social, y efectuar el examen físico son procedimientos importantes que el profesional de la salud debe desarrollar en el proceso de identificación de malos tratos por quemaduras. Los mecanismos de protección ya fueron instituidos legalmente, faltando todavía capacitación de los profesionales para ese proceso de identificación. Ante este cuadro, entendemos que es necesario desarrollar programas de prevención y rehabilitación con las familias y niños que sufrieron ese problema social, que por cierto atingió la salud individual del grupo familiar.

Palabras-clave: quemadura, violencia doméstica, malos tratos en niños

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Níveis de evidência.....	47
<b>Quadro 2</b> - Distribuição dos artigos de acordo com número do estudo, autores e ano de publicação, títulos e base de dados.....	65

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1 - Estratégia de busca e resultados .....</b>	<b>64</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Número de estudos de acordo com o delineamento e a força de evidência .....	67
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos agentes causadores de queimaduras em ambiente doméstico, relacionados a maus-tratos em crianças, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência.....	71
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos mecanismos do acidente em ambiente doméstico relacionados a maus-tratos em crianças, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência.....	74
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das características da lesão em ambiente doméstico, relacionadas a maus-tratos em crianças, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência.....	77
<b>Tabela 5</b> - Distribuição das características das crianças que sofreram queimaduras em ambiente doméstico, relacionadas a maus-tratos, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência .....	80
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das características da história clínica, relacionadas a maus-tratos em crianças queimadas, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência .....	84
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das características socioeconômicas e da estrutura familiar relacionadas a maus-tratos em crianças queimadas, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência .....	87

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>25</b>
<b>3 TRAJETÓRIA E REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>27</b>
3.1 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS .....	28
3.1.1 Família e criança.....	28
3.1.2 O ciclo vital da família .....	32
3.1.3 Fase de aquisição .....	32
3.1.4 Violência.....	34
<b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>	<b>44</b>
4.1 A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA .....	45
4.2 REVISÃO INTEGRATIVA.....	47
4.2.1 Primeira etapa - selecionar hipóteses ou questões para a revisão integrativa .....	49
4.2.2 Segunda etapa – amostragem ou busca na literatura .....	50
4.2.3 Terceira etapa - categorização dos estudos.....	50
4.2.4 Quarta etapa - avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	51
4.2.5 Quinta etapa - interpretação dos resultados.....	51
4.2.6 Sexta etapa - síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa .....	51
<b>5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO .....</b>	<b>53</b>
5.1 QUESTÃO NORTEADORA DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	54
5.2 PROCEDIMENTOS PARA BUSCA E SELEÇÃO DOS ARTIGOS .....	54
5.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS .....	54
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	55
5.5 EXTRAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA .....	56

5.6 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA.....	56
5.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	61
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>88</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>115</b>

## ***1 INTRODUÇÃO***

---

À guisa de uma introdução

O presente trabalho aborda a temática da violência doméstica, assunto tão presente no mundo atual. Os efeitos da violência podem ser representados de diversas formas, algumas vezes visíveis e outras invisíveis, identificados pelo enraizamento de valores e crenças sociais, assim como pelos aspectos culturais e econômicos da vida humana.

Investigações recentes indicam que fatores biológicos e outros elementos individuais explicam parte dessa predisposição à agressão, mas compreende-se, também, em outras investigações, que os fatores culturais e familiares interatuam para criar fatores que favoreçam o surgimento da violência.

Quando a violência é utilizada para aplicar pretensos métodos educativos em crianças, essa forma de relacionamento possivelmente está inserida como forma de aprendizagem, o que sugere, em muitas famílias, a representação de ver o outro como um objeto, ou seja, o ato de educar torna-se momentos de (des)humanização e se transforma em coisificação. Assim, o ser humano passa a ser tratado, cuidado, como uma coisa.

A violência doméstica tem sido objeto de estudo principalmente das ciências humanas e sociais, direcionando-a para diversas definições como violência psicológica, sexual, negligência, abandono e maus-tratos físicos. Apesar de haver vários estudos sobre a temática violência por maus-tratos físicos, identifica-se que, no Brasil, existe lacuna considerável sobre maus-tratos físicos causados por queimaduras. Nesta investigação, tratar-se-á da violência doméstica por maus-tratos físicos, causados por queimadura, na infância.

Este estudo tem como foco principal caracterizar a violência doméstica no que se refere ao trauma por queimaduras em crianças. Para tanto, foi necessário delimitar aspectos epidemiológicos como fator relevante na compreensão do tema abordado.

O trauma por queimaduras acontece de forma inesperada e, muitas vezes, com grande potencial avassalador, tanto na vida dos indivíduos que sofreram o acidente quanto dos familiares envolvidos nessa situação, direta ou indiretamente (LEONARDI et al., 1999).

A literatura sobre queimaduras aponta predomínio de trabalhos sobre aspectos relacionados à profundidade e à extensão das queimaduras, contemplando áreas atingidas, sequelas, circunstâncias e local em que ocorreu o acidente (CASSEL et al., 1997; ROSSI et al., 1998b; PETRIDOU et al., 1998; CHESTER et al., 2006).

Estudos epidemiológicos sobre acidentes por queimaduras no Brasil apontam que a maioria ocorre em casa e com prevalência de dois agentes causadores: líquidos quentes (escaldaduras) e chama direta (fogo). Os fatores idade e gênero são relevantes, pois crianças de 0 a 10 anos apresentam maior índice por escaldaduras, e aquelas entre 11 a 18 anos, por chama direta e líquidos inflamáveis como, por exemplo, o álcool. Quanto ao gênero, há significativa predominância de acidentes envolvendo meninos (KLIEMANN et al., 1990a; ROSSI et al., 1998b; COSTA et al., 1999; MACEDO; ROSA, 2000; CAMARGO; XAVIER, 2003; BESSA et al., 2006).

Ao relacionar o agente etiológico com a faixa etária, a escaldadura foi identificada como mais frequente. Esse tipo de agente causador tem sido considerado como sete vezes mais frequente entre crianças de zero a dez anos (MACEDO; ROSA, 2000).

Embora não existam dados sobre a epidemiologia das queimaduras no Brasil, encontra-se na literatura, principalmente nos últimos 10 anos, dados epidemiológicos locais que permitem ter uma ideia dessa realidade. Estudos realizados em diferentes cidades e estados brasileiros mostraram que a queimadura acontece principalmente no ambiente doméstico (KLIEMANN et al., 1990a; KLIEMANN, 1990b; ROSSI et al., 1998a; ROSSI et al., 1998b; COSTA et al., 1999; MACEDO; ROSA, 2000; CAMARGO; XAVIER, 2003;

BESSA et al., 2006), provocada por líquidos quentes, e atingindo principalmente crianças do sexo masculino de zero a 10 anos (KLIEMANN et al., 1990a; ROSSI et al., 1998b; MACEDO; ROSA, 2000; CAMARGO; XAVIER, 2003; BESSA et al., 2006). Entre as mulheres adultas, os principais tipos de acidente acontecem no ambiente doméstico, com maior frequência na cozinha e entre os homens adultos os principais tipos de acidente são os ocupacionais, provocados por líquidos inflamáveis e chama direta, atingindo principalmente pessoas entre 20 e 39 anos (KLIEMANN, 1990b; ROSSI et al., 1998b).

Em estudo epidemiológico realizado com crianças, na França, constatou-se que queimaduras ocorridas em ambiente doméstico ocorrem, predominantemente, no banheiro e na cozinha. Verificou-se que os acidentes ocorridos no banheiro são menos frequentes (13,6%) do que aqueles ocorridos na cozinha (56,2%) (MERCIER; BLOND, 1995). No entanto, acidentes que ocorreram no banheiro apresentaram média de superfície corporal atingida (SCQ) de 15,7%, enquanto que os acidentes que ocorreram na cozinha apresentaram média de superfície atingida de 8,77%, sendo menos graves, apesar de representar maior incidência (MERCIER; BLOND, 1995).

Identificou-se como fator de risco para acidentes domésticos por queimaduras aspectos relacionados à renda familiar, estrutura e composição familiar e nível escolar baixo das mães (CRONIN et al., 1996; WERNECK; REICHENHEIM, 1997; EL-BADAWY; MABROUK, 1998; DELGADO et al., 2002).

Em países de clima frio, como Irlanda, os acidentes por queimaduras aumentam durante os meses mais frios e diminuem no verão (CRONIN et al., 1996), e no Cairo há aumento de 44,27% da incidência de crianças queimadas durante o inverno em relação ao verão e ao outono (EL-BADAWY; MABROUK, 1998).

Pode-se perceber que características sociodemográficas constituem fatores de risco para queimaduras em ambiente doméstico.

Os fatores de risco para queimaduras em crianças, apontados como os mais importantes, tanto no Brasil como em outros países (Egito, Índia, Irlanda, Estados Unidos, Grécia, Espanha, Brasil), mostram ser socioeconômicos, como aqueles relacionados à estrutura familiar e à baixa escolaridade, e aos aspectos climáticos (EL-BADAWY; MABROUK, 1998; SHARMA et al., 2002; CRONIN et al., 1996; CEROVAC; ROBERTS, 2000; PETRIDOU et al., 1998; MORALEZ-FERNANDEZ et al., 1997; WERNECK; REICHENHEIM 1997).

Existe, no entanto, lacuna na literatura relativa ao fato de como discriminar precisamente um acidente doméstico de uma ocorrência não acidental. Alguns estudos apontaram a gravidade do problema e a dificuldade para identificá-los como violência doméstica por maus-tratos.

De acordo com Maguire et al. (2008), a maioria das queimaduras intencionais ocorrem em ambiente doméstico por escaldamento, e a gravidade dessas lesões é observada em uma escala frequente. Realizar o diagnóstico precoce desse tipo de lesão intencional ou não intencional é essencial para colocar em prática uma administração eficiente, para abordar o problema.

Pesquisadores brasileiros contribuíram com estudos para a caracterização dos tipos de acidentes e possíveis relações com maus-tratos de crianças que foram vítimas desse trauma. Tal contribuição alerta sobre o quanto é importante coletar dados da história da vítima, em sintonia com o exame físico, e para o fato de que, se forem observadas inconsistências nos dados, é necessária investigação mais acurada (LEONARDI et al., 1999; SPENCER, 2002).

Algumas lesões necessitam de investigação aprofundada por parte da equipe de saúde, pois podem significar eventos normais cotidianos ou maus-tratos, levando-se em consideração, por exemplo, a idade das crianças (SPENCER, 2002).

Ainda, de acordo com Spencer (2002), existem características de pais e de crianças que potencializam os riscos de acidentes não acidentais. Quanto aos primeiros pode-se citar: pais jovens, pais solteiros, pobre entendimento sobre o desenvolvimento normal da criança, gerando expectativas não realistas de suas capacidades, pais isolados socialmente, com limitação em sua rede de amizades e em seu apoio emocional, história de maus-tratos quando os pais eram crianças. Em relação às crianças, incluem-se as seguintes características: bebês prematuros, especialmente pela dificuldade de estabelecimento de vínculos precoces, gêmeos, com o dado interessante de que, frequentemente, apenas um dos gêmeos sofre os maus-tratos, crianças que resultaram de gravidez não planejada, crianças percebidas pelos pais como tendo dificuldades em sua saúde ou problemas para dormir, e crianças com deficiências que exigem cuidados extensivos, potencializando o risco de estresse emocional e econômico.

As queimaduras representam forma particular de trauma em função de sua dor intensa e de suas cicatrizes e/ou sequelas, e apresentam alto índice de morbidade e mortalidade (CHESTER et al., 2006; SPENCER, 2002). Considera-se, também, a angústia psicológica ocasionada pelo retorno da criança à sua casa, lugar em que sofreu o trauma, acidentalmente ou não (CHESTER et al., 2006).

No estudo de Chester et al. (2006), realizado com 440 prontuários de pacientes pediátricos do Reino Unido, identificou-se que as queimaduras não acidentais (maus-tratos/negligência) em crianças representaram 10% dos acidentes domésticos, ou seja, foram constatados em 45 prontuários casos de maus-tratos e negligência, embora a suspeita fosse maior e envolvesse 133 casos. Quatro casos foram identificados como maus-tratos e,

posteriormente, retirados da família, e 41 foram identificados como negligência, sendo que 48% desses foram encaminhados para o *foster care*. Nesse estudo, acidentes domésticos considerados não acidentais por maus-tratos/ou negligência foram definidos pelas circunstâncias do local e pelo mecanismo da queimadura. Quando houve suspeita, foi acionada a equipe multidisciplinar pelo serviço social, para realizar investigação mais detalhada.

A profundidade e a extensão da queimadura têm sido fatores considerados, por vários autores, como indicativos de maus-tratos (ANDRONICUS et al., 1998; LEONARDI et al., 1999; SPENCER, 2002; CHESTER et al., 2006).

Andronicus et al. (1998) apresentaram uma compilação sobre marcas sugestivas de maus-tratos em queimaduras infantis. Essas marcas incluem histórias clínicas de demora entre acidente e apresentação para tratamento; versões incompatíveis do evento apresentadas por pais e criança; motivo da queimadura atribuído a parentes; histórias sem explicações e sem testemunha; história de acidentes prévios; apresentação para o tratamento por outra pessoa que não os pais; falta de afeto dos pais ou relutância em assumir responsabilidade pelos cuidados da criança após o acidente; crianças menores de oito meses ou maiores de dois anos de idade e evidência clara de maus-tratos. Como complementos dessa compilação da história clínica, apresentaram também características sugestivas de maus-tratos para o exame físico, a saber: acidente incompatível com a idade da criança; história pouco consistente em relação ao acidente; existência de outros acidentes como fraturas ou marcas na pele; queimaduras mais antigas do que a história sugerida; distribuição simétrica das queimaduras como, por exemplo, círculos e formato de meias; queimaduras localizadas no períneo ou nas nádegas; imersão forçada com forma de rosquinha e queimadura grave uniforme; características de queimaduras infligidas como, por exemplo, cigarro e crianças que possuem um grau de tolerância alto de forma passiva (ANDRONICUS et al., 1998).

Definir acidente doméstico é tarefa árdua e delicada, diante da magnitude do problema aqui estudado. Para tanto, fez-se necessário buscar auxílio no dicionário para se traçar a compreensão do fenômeno acidente doméstico. De acordo com Houaiss (2001):

Acidente advém do latim *accidens* e refere-se a um acontecimento casual, fortuito, inesperado, qualquer acontecimento desagradável ou infeliz, que envolva perda, dano, lesão, sofrimento ou morte (p.55).

Doméstico advém do latim *domesticus*; relativo ao lar; à família, à vida particular de uma pessoa, referente à vida interna de um país, ou que se realiza dentro de suas fronteiras, que tem apego ou que se devota às obrigações e deveres do lar, que vive ou pode viver junto ao homem criado na sua casa ( p.1074).

Acidentes domésticos são classificados pelo Ministério da Saúde como “quedas, queimaduras, intoxicações e afogamentos, e violência doméstica por maus-tratos físico, sexual, psicológico, negligência e abandono” (BRASIL, 2000 p.427).

De acordo com a classificação Internacional das doenças (CID), as queimaduras, independentemente do agente e de sua circunstância, são compreendidas como causas externas de morbidade e mortalidade (MELLO JORGE et al., 2007).

No Brasil, dados sobre acidentes por queimaduras têm sido mais bem estudados, principalmente nos últimos dez anos. Isso leva a pensar na gravidade do problema e o quanto precisam ser investigados os possíveis fatores de risco envolvidos nesses acidentes. Esses dados são importantes para identificar as populações mais atingidas e as circunstâncias do acidente, de tal maneira que seja possível o desenvolvimento de programas de prevenção.

Lesões por queimaduras podem resultar em sofrimento prolongado, inaptidão, deformação e prejuízo no desenvolvimento físico, mental e social da vítima (MERCIER; BLOND, 1995; CRONIN et al., 1996), afetando ainda os seus familiares.

Estudo realizado na Irlanda identificou que 50% das vítimas de queimaduras apresentaram inaptidão, temporária ou permanente, com significativas perdas sociais, sendo essas relacionadas aos aspectos profissionais. Consideráveis também são as sequelas físicas como cicatrizes, desfiguramento e trauma psicológico (CRONIN et al., 1996). Esse resultado,

além de identificar fatores relacionados ao risco e à gravidade desse tipo de acidente, confirma resultados epidemiológicos anteriores, apresentando também nova possibilidade de cuidar dessas vítimas por meio da inclusão social ou reabilitação, já que as mesmas sofrem afastamento de suas habilidades sociais, além do trauma psicológico.

Além desses agravos na infância, o trauma por queimadura também atinge a população adulta e idosa, e os fatores de risco são semelhantes àqueles encontrados na infância, pois os acidentes ocorrem em ambientes domésticos (MORALEZ-FERNANDEZ et al., 1997; BRASIL, 2000; CEROVAC; ROBERTS, 2000; WIBBENMEYER et al., 2001; SHARMA et al., 2002).

Pesquisadores do Reino Unido, ao realizarem estudo retrospectivo de oito anos sobre pacientes que sofreram queimaduras por escaldaduras no banheiro, identificaram que crianças menores de quatro anos representaram o maior grupo de todos os pacientes que se queimaram no banho e que, em 85% dos traumas, os pais estavam presentes no momento do acidente, havendo, nesses casos, supervisão inadequada (CEROVAC; ROBERTS, 2000).

De acordo com Crisóstomo, Serra e Gomes (2006), as crianças correspondem quase à metade casuística de acidentes por queimaduras, e os idosos representam 10% dos casos. Com relação ao gênero, observou-se que os homens idosos apresentaram maior incidência por queimaduras, em relação às mulheres idosas (HUYER; CORKUN, 1997; VIDAL-TRECAN et al., 2000; DE-SOUZA et al., 2002).

Em estudo realizado na Índia, com indivíduos adultos, observou-se número significativo de acidentes ocorridos em ambiente doméstico, sendo que 85% das vítimas de queimaduras eram mulheres adultas e recém-casadas (SHARMA et al., 2002). Em Málaga, o risco de acidentes por queimaduras atinge percentual de 65,8% de mulheres em ambiente doméstico, principalmente na cozinha (MORALES-FERNANDEZ et al., 1997). Pode-se refletir que esses dois estudos estejam relacionados à inexperiência para manipular os objetos

culinários, à falta de estrutura no ambiente doméstico como fogões improvisados e panelas mal-adaptadas ou, ainda, a dificuldades com o parceiro.

Diniz et al. (2007), em artigo sobre mulheres queimadas pelo companheiro, afirmam que os maus-tratos contra a mulher possuem importância epidemiológica e social, visto que trazem à tona questões ainda pouco reveladas e que necessitam de maiores reflexões, desvelando a violência no campo das relações familiares e no ambiente doméstico, esse, geralmente, considerado como local seguro.

Ceballos (2005), em sua pesquisa, afirma que a chama direta e líquidos superaquecidos representam um símbolo da violência de algumas queimaduras em crianças, pois são resultantes de aplicações punitivas de forma específica de maus-tratos físicos, existindo em um quadro composto por outras lesões como fraturas, pisaduras e mordidas.

Há convergência, na literatura, sobre o tema de que a maioria dos acidentes com vítimas de queimaduras ocorre em ambiente doméstico, atingindo número significativo de vítimas, principalmente crianças (KLIEMANN et al., 1990a; KLIEMANN, 1990b; MERCIER; BLOND, 1995; CRONIN et al., 1996; WERNECK; REICHENHEIM, 1997; CASSEL et al., 1997; MORALES-FERNÁNDEZ et al., 1997; EL-BADAWY; MABROUK, 1998; PETRIDOU et al., 1998; ROSSI et al., 1998a; ROSSI et al., 1998b; COSTA et al., 1999; MACEDO; ROSA, 2000; CEROVAC; ROBERTS, 2000; BRASIL, 2000; SHARMA et al., 2002; SPENCER, 2002; CAMARGO; XAVIER, 2003; BESSA et al., 2006; CHESTER et al., 2006; CRISÓSTOMO et al., 2006; DINIZ et al., 2007).

Esses estudos epidemiológicos retratam o quanto o acidente doméstico encontra-se presente na vida da criança e de sua família.

***2 OBJETIVO***

---

O objetivo deste estudo foi identificar as características da violência doméstica relacionadas ao trauma pela queimadura, em crianças, a partir de análise crítica das evidências disponíveis e por meio de revisão integrativa da literatura.

### ***3 TRAJETÓRIA E REFERENCIAL TEÓRICO***

---

### 3.1 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS

#### 3.1.1 Família e criança

De acordo com Osório e Zimmerman (1997), família é a unidade básica da interação social, e talvez essa seja a forma mais genérica e sintética de enunciá-la; mas, obviamente, não basta para situá-la como agrupamento humano no contexto histórico-evolutivo do processo civilizatório.

No período medieval, a família era definida por grandes

[...] agrupamentos compostos não apenas por parentes consanguíneos, mas também pelos seus servidores e protegidos. Viviam em grandes casas rurais ou urbanas abertas à visita pública dos amigos, clientes, clérigos e visitantes. Não havia habitações, separação entre vida profissional, vida privada e vida social (MELMAN, 2002 p.39).

Nesse período, havia dificuldade para as pessoas viverem isoladamente, no sentido de possuírem uma vida de intimidade e de privacidade, sendo que os mais favorecidos viviam com aproximadamente umas trinta pessoas em um mesmo espaço, e os menos favorecidos viviam em casas menores e menos habitadas (BALIEIRO; CERVENY, 2004).

Na atualidade, ocorre exatamente o contrário. As relações ligadas a funções de hierarquia não eram bem estabelecidas no período medieval, e todos os membros, independentemente de classe social, contribuíam de alguma maneira nas tarefas, desde o indivíduo mais novo ao mais velho. As crianças, nesse período, eram compreendidas como aprendizes, pois desempenhavam todas as tarefas domésticas, e as mesmas eram enviadas para casa de outras pessoas para que pudessem, de alguma forma, colocar em prática a aprendizagem adquirida no seio familiar. Esse tipo de organização ocorria em todas as classes sociais, pois o aprendizado para a época consistia em servir bem ao senhor da casa em que as crianças haviam sido enviadas. Essa aprendizagem era considerada como uma espécie de estágio, no qual o senhor transmitia à criança seus conhecimentos, suas experiências e os valores humanos que, de alguma forma, possuísse (MELMAN, 2002).

Desde muito cedo a criança se tornava independente de sua família, mesmo que voltasse mais tarde a ela, o que raramente acontecia. Portanto, uma das características principais para esse período era de que a família não se sustentava por sentimento existencial entre pais e filhos, mas era tida como uma realidade moral e social, orientada sempre para a manutenção dos bens (MELMAN, 2002).

Assim, a criança não era vista como nos dias atuais, cultivava-se a ideia de que o serviço doméstico era parte da aprendizagem como forma de educação, e que a criança poderia aprender com a prática, sendo que essa não se limitava somente à aquisição de uma profissão, mesmo porque nessa época não havia limites entre a profissão e a vida particular. Dessa maneira, toda a educação se fazia através da aprendizagem-prática (ARIÈS, 2006).

Essa aprendizagem era um hábito bastante difundido em todas as condições sociais. Não existia lugar para crianças na escola a não ser para os clérigos que pertenciam a uma categoria muito particular e, mesmo assim, a regra fundamental para a época era a aprendizagem dos bons costumes e dos serviços domésticos (ARIÈS, 2006).

Na passagem do período medieval para o moderno, o conceito de família implicou lenta e insidiosa construção de um novo sentimento de família. Essa transformação foi possível porque a família modificou suas relações e atribuições com a criança (MELMAN, 2002).

O lugar onde se construíram relações igualitárias (família do período medieval) passou a ser modificado pelo estabelecimento hierárquico entre as crianças e os adultos (família moderna), desenvolvendo, dessa forma, funções destinadas a tarefas específicas como, por exemplo, a não participação de crianças no trabalho doméstico - assunto esse tão questionado no século XXI (ARIÈS, 2006).

Tal mudança se verificou com a inclusão da criança no processo de aprendizagem escolar, que acabou sendo um veículo de convivência social no mundo infantil, colaborando,

assim, para o rompimento parcial com o mundo dos adultos. Nesse sentido, a criança adquire um novo espaço no campo das relações (ARIÈS, 2006).

Dessa época em diante, a educação passou a ser fornecida, paulatinamente, pela escola, e essa já não pertencia somente aos clérigos. Surgia, dessa forma, um novo sentido de educação, iniciando-se atividade social específica para as crianças. A substituição da aprendizagem doméstica pela escola exprime novo sentido de família e de criança, pois o laço entre a criança e a família se estreita, e novo sentimento emerge nos pais-o de ficar mais perto de seus filhos, algo que não ocorria anteriormente (ARIÈS, 2006).

A presença da criança na escola, a partir do final do século XVII, foi marco importante para a sociedade, e a escolarização se restringiu apenas à camada média da população, permanecendo a nobreza por bom tempo com a aprendizagem antiga, ou seja, em ambiente doméstico (MELMAN, 2002). Foi somente no final do século XVIII e início do século XIX que as meninas passaram a frequentar as escolas. A escola passou a ser um confinamento para as crianças nesse período, com regime disciplinar cada vez mais rigoroso, o que acabou resultando, nos séculos XVIII e XIX, em enclausuramento total, em regime de internato (MELMAN, 2002).

A família foi se fechando cada vez mais nesse período, adquirindo sua privacidade, reformulando, inclusive, o conceito de organização doméstica e desenvolvendo modelo de família nuclear sentimental. Potencializou-se a figura do homem provedor financeiro e da mulher dona de casa com dedicação exclusiva aos cuidados de seus filhos, marcando assim dicotomia na divisão do trabalho (ARIÈS, 2006).

O sentimento de infância encontrou expressão revivida durante a primeira metade de século XIX, sob a influência da mão-de-obra infantil nas indústrias têxteis, havendo dessa forma evasão escolar entre as crianças das camadas populares e retomando o sentimento de “aprendiz”, anteriormente vivido no período medieval (MELMAN, 2002; ARIÈS, 2006).

No final do século XIX e início do século XX, novamente a família foi marcada por grandes mudanças, pois houve transição dos valores morais, sobretudo com a emancipação sexual e econômica da mulher no início do século XX (MELMAN, 2002). Esses novos valores colidem com as forças histórico-culturais citadas anteriormente.

A criança passou novamente por mudança abrupta em suas relações, muito em função da grande mudança estrutural familiar, ou seja, a emancipação da mulher, sendo que, com isso, muitas começaram a trabalhar com suas mães ou, ainda, ficavam em casa cuidando de irmãos e sendo responsáveis pelos afazeres domésticos (ÁRIES, 2006).

A organização e a composição familiar foram radicalmente modificadas no século XX, principalmente nas relações, pois a família do século XX foi marcada pela característica de não ser mais nuclear, posto que o marido e a mulher estão fora de casa trabalhando, e terceiros realizam as tarefas domésticas; a moradia, embora mais fechada, abre-se para as mudanças de parentesco e das representações dessas relações no interior da família (BAIERL, 2004).

O século XX foi marcado por grandes transformações, dentre elas: a maternidade, que passou a ser esvaziada em decorrência da importância das escolas e das profissões especializadas, a legalização do divórcio, os recasamentos, casamentos homossexuais, o aumento do número de pessoas que viviam com parceiros que não eram os pais ou as mães dos próprios filhos e a generalização de casamentos não formalizados legalmente (ROQUE, 2001).

A necessidade de buscar o sentido de realização profissional resultou em uma supersocialização feminina nas camadas médias, marcando os novos padrões de gênero e abandono total da maternidade (ROQUE, 2001).

Como foi observado anteriormente, a família teve, ao longo dos tempos, seu processo de desenvolvimento sócio-histórico.

### 3.1.2 O ciclo vital da família

Ciclo, segundo Cerveny (1997), transporta a ideia de crise, aquilo que é alterado por um período, momento decisivo, de dificuldades, acontecimentos inusitados como acidentes, entre outros. Mas muito do que existe na literatura sobre ciclo vital, individual ou familiar, está baseado na ideia de crise.

Neste estudo, utilizar-se-á a ideia de passagem, relacionada ao efeito de passar, atravessar, transmitir, mudar, o que é, sem dúvida, o que ocorre em uma família em movimento (CERVENY, 1997).

### 3.1.3 Fase de aquisição

A família atualmente se coloca como aquela organização que, ao mesmo tempo em que sofre, também demonstra o impacto das transformações do indivíduo, do coletivo, do privado e do público, assim, se constituindo em redimensionamento individual em seu processo de interação e de contexto mais amplo (CERVENY, 1997).

O desenvolvimento da vida familiar oferece diversas fases e direciona as tarefas evolutivas a serem executadas pelos membros do sistema familiar em cada uma de suas etapas (CERVENY, 1997).

**Fase de aquisição** – denomina-se assim a primeira etapa do ciclo do jovem casal que se forma, na qual a principal preocupação é a aquisição de um modo geral (CERVENY, 1997). Os objetivos dessa fase são:

Encontrar lugar para morar, o emprego que proporcione condições de sobrevivência, os acessórios domésticos que facilitam a vida, o carro, o seguro saúde, e muitas vezes até a complementação educacional. Os filhos pequenos também são parte dessa primeira fase, assim como a busca da creche, escola, esporte, atividades complementares. É uma fase que dura às vezes por muitos anos para alguns casais, que retardam a vinda dos filhos até terem garantido uma estabilidade econômica e/ou emocional que julguem adequadas para o sucesso da parentalidade (CERVENY, 1997, p.13).

As características dessa fase são comuns quando um casal resolve se unir, pois sempre possuem metas a serem alcançadas. A aquisição de um modelo de família inicia-se por essa fase de escolhas, marcada por um eixo propulsor, modelando um núcleo que está se formando.

É a partir da diferenciação emocional que o indivíduo consegue se estabelecer além de sua família de origem, que o processo de construção da identidade de um casal surge. E, assim, a construção do início de uma família é marcada por indicadores importantes, como as características individuais de cada um (CERVENY, 1997).

Para alguns autores, a família se forma e se solidifica com a chegada do primeiro filho (KLAUS; KENNEL, 1993; CARTER; MCGOLDRICK, 1995; CERVENY, 1997; BOWLBY, 2002).

McGoldrick e Carter (1995, p.42) afirmam que a [...] família se torna um grupo de três, o que a transforma em um sistema permanente. Se um casal sem filhos parte não resta nenhum sistema, mas se uma pessoa deixa a nova díade do casal e do filho, o sistema sobrevive”. Trata-se do que ocorre em muitas famílias de estruturas monoparentais, que são sobreviventes de uma díade rompida, ou seja, uma mãe ou um pai que vive sem um cônjuge e com filhos dependentes, crianças ou jovens adultos solteiros. Por se tratar de, na maioria das vezes, mães sozinhas com seus filhos, esse tipo de estrutura familiar tem sido considerado vulnerável e representa alvo importante a ser investigado (WALL; LOBO, 1999).

Casamentos entre homens e/ou mulheres muito jovens também são considerados fatores de risco para a estruturação emocional de uma nova família (MCGOLDRICK, 1995; CERVENY, 1997).

Para um jovem casal se tornar uma família faz-se necessário, então, a chegada do filho e, a partir desse triângulo, que pode ser ou não rompido, o ciclo vital da família continua em movimento. Assim, o bebê cresce e se torna uma criança, o que frequentemente pode acarretar

transtornos familiares, pois existe a necessidade de os pais assumirem novos papéis (CERVENY, 1997).

A fase de aquisição é marcada pela união do jovem casal, chegada do primeiro filho, os filhos em idade pré-escolar, e a chegada, muitas vezes do segundo e/ou terceiro filho. Assim, os pais, independentemente de estarem casados, unidos sobre o mesmo espaço, precisam desenvolver características relacionadas a limites, regras e disciplinas a serem respeitadas, para que a criança desenvolva uma imagem segura de si mesma e do mundo que a cerca e, para que isso ocorra, a criança inexoravelmente necessita da presença do adulto (KLAUS; KENNEL, 1993; CARTER; MCGOLDRICK, 1995; CERVENY, 1997; BOWLBY, 2002).

Nessa fase do ciclo vital, a família está sensível a mudanças uns dos outros, as crianças e os adultos estão em constantes transformações, desenvolvendo novas formas de se vincular e se comunicar entre si. E, para poder realizar o fluxo contínuo desse processo de desenvolvimento, faz-se importante ter desempenhado muito bem essa fase da família (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; CERVENY, 1997; DILORETO, 2004).

### 3.1.4 Violência

Conceituar violência é tarefa muito difícil, pois essa se constitui em diversos cenários no âmbito social, político e cultural, direcionando-se como fenômeno complexo e multifacetário. De acordo com o dicionário de Língua Portuguesa Houaiss (2001), a violência advém do latim *violentia*. E seu significado traduz toda “qualidade do que é violento; ação ou efeito de violentar, de empregar força física (contra alguém ou algo) ou intimidação moral contra (alguém): ato violento, crueldade, força” (HOUAISS, 2001, p.2866).

Pode-se afirmar que a violência sempre fez parte da experiência humana; seus efeitos podem ser vistos sob diversas formas e em todas as partes do mundo. Não se constituindo

fenômeno exclusivo da contemporaneidade, ela sempre existiu ao longo da história da humanidade, podendo-se identificá-la em passagens bíblicas, mitológicas e sócio-históricas.

De acordo com Burke (1995), a violência compreende-se dentro da sociedade que a produz, sendo nutrida constantemente por fatores políticos, econômicos e culturais vividos nas relações cotidianas e sob determinadas circunstâncias. Ao pensar o fenômeno da violência em sua concretude, o autor ressalta que essa pode ser assumida como objeto de reflexão e superação na medida em que a define como relações humanas apreendidas e culturalizadas, ao longo do tempo, tornando-se parte de padrões de relacionamentos adquiridos e absorvidos no decorrer dos anos.

Estudar aspectos que caracterizam a violência implica grande investigação, pois não se pode tratá-la como um conceito abstrato e global, mas sim como instrumento que investiga um fenômeno social específico e, então, deve-se estudá-la dentro do contexto em que ocorre, ou seja, identificando sempre um fato histórico. Ou, ainda, estabelecer relações diretas com condições socioeconômicas e históricas que, de alguma forma norteiam uma determinada sociedade e as requer como formação ideológica ligando-se à análise contextual (ROQUE, 2001).

De acordo com Boulding (1981), a violência pode ser classificada em: violência estrutural, violência cultural, violência de resistência e de delinquência. A **violência estrutural** pode ser definida como aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento (MINAYO, 1994).

A violência se manifesta através da negação do outro em sua pluralidade de convívio social, com direito a ser diferente. Quando não existe espaço para se conversar ou conviver, surgem diversas formas de opressão e de discriminação dos sujeitos.

A violência surge exatamente desse hiato existente entre as relações interpessoais e do cotidiano das mais diferentes instituições que, de alguma forma, exercem poder na sociedade como escola, família, igreja e meios de comunicação (ROQUE, 2001).

Entende-se aqui, a violência como fenômeno desenvolvido nas relações humanas e diretamente ligado à concepção histórica de família, pois, quando se trata de crianças, inevitavelmente remete-se ao âmbito familiar em que essa foi ou está inserida. Para tanto, neste trabalho, estuda-se os dois conceitos, concomitantemente, como forma de produção de conhecimento sócio-histórico, pois se entende que a violência emerge da relação entre duas pessoas (ou instituições), na qual sempre existe uma relação entre opressor e oprimido, compreendendo, portanto, a existência do mais forte e do mais fraco.

O primeiro estudo científico sobre o fenômeno da violência familiar foi realizado na França, em 1860, pelo professor Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris. Foi também o primeiro profissional a conceituar criança maltratada, ao constatar 18 mortes de 32 casos de crianças que haviam sofrido vários tipos de lesões (fraturas diversas, queimaduras, hematomas, equimoses) e averiguando que as informações e justificativas fornecidas pelos pais eram incompatíveis com as características dessas mesmas lesões (GUERRA, 1985). Nessa época, os estudos eram relacionados à preservação da família enquanto um lugar seguro. Tardieu não pôde levar adiante seus estudos, pois seu trabalho procurava mostrar que a família podia ser compreendida como uma ameaça extremamente perigosa para a criança, podendo inclusive levá-la à morte (AZEVEDO; GUERRA, 1993/1994).

Cem anos depois, aproximadamente, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1962, o mesmo tipo de violência foi identificado pelos médicos Silverman e Kempe, que estudaram o fenômeno do maltrato infantil doméstico e que o intitularam de Síndrome da Criança Espancada (FERREIRA, 2002; ALBERTON, 2005).

A partir dos anos 70, países como Estados Unidos e Canadá passam a reconhecer o fenômeno da violência familiar por maus-tratos, formalmente, e, posteriormente, passaram a desenvolver programas nacionais de prevenção primária e secundária (centrais de denúncia), tornando-se público um problema que até então era vivido no âmbito privado da família (MINAYO; SOUZA, 1999). A partir dessa década, inicia-se, de forma sistemática, pesquisas sobre o fenômeno da violência familiar na saúde (MINAYO, 1994).

Definição sobre violência e acidentes encontra-se presente no setor saúde desde a criação da Classificação Internacional das Doenças (CID). Foi em 1975 que a categoria maus-tratos foi nomeada como causas externas na CID. No Brasil, encontra-se em vigor, desde 1996, a versão mais recente, tratando sobre o tema em dois capítulos, XIX e XX. No capítulo XIX,

[...] lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas se referem a traumatismos, queimaduras, envenenamentos ocasionados nas pessoas, por quaisquer tipos de acidentes, homicídios e suicídios, que são, por sua vez, tratados no capítulo XX como causas externas de morbidade e mortalidade (MELLO JORGE et al., 2007, p.38).

Com o advento de estudos sobre a violência familiar, esse tema passou a ser estudado por vários profissionais, médicos, sociólogos, psicólogos, iniciando-se o movimento que resultou em legislações, programas educativos, propostas de tratamento na Europa e nos EUA (FERREIRA, 2002).

Com o novo olhar multidisciplinar, as contribuições teóricas sobre a compreensão do fenômeno da violência se ampliaram, saindo de posição linear para um novo olhar circular, entendendo o fenômeno da violência de diversas formas e, assim, caracterizando o conceito de dano e de intencionalidade do ato.

De acordo com Minayo (2007 p.19)

[...] a violência não advém de distúrbios orgânicos e funcionais, mas é fruto de um problema criado e reproduzido pela ação humana, em seu processo social de construção e de disposição da vida. Por causa dessa "intencionalidade" histórica, as questões da violência devem ser tratadas por meio de intervenções políticas e sociais que contribuam para a construção da convivência, da sociabilidade e da paz.

Atos de agressão praticados pelos pais e/ou responsáveis, que podem ir de uma palmada até o espancamento, ou ainda atos cruéis que podem deixar marcas físicas evidentes ou não, podem provocar fraturas, hematomas, queimaduras, esganaduras, hemorragias internas e até mesmo a morte (GUERRA, 1998; FERREIRA, 2002; ALBERTON, 2005).

A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade na qual a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano (MINAYO, 1994).

Minayo (1994) ressalta que desde tempos imemoriais existe preocupação do ser humano em entender a essência do fenômeno da violência: sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. O nível de conhecimento atingido, seja no âmbito filosófico seja nas ciências humanas, permite inferir alguns elementos consensuais sobre o tema e, ao mesmo tempo, compreender o quanto esse é controverso, em quase todos os seus aspectos (MINAYO, 1994).

A violência é uma questão social, e não objeto próprio do setor saúde, mas tornou-se um tema dessa área de estudo. Segundo Minayo (2004, p.646), esse tema se ampliou em função do

[...] impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; e pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra.

De acordo com o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde de Washington, EUA (2003), a violência, por se constituir em grande ameaça ao desenvolvimento de uma nação, afeta a qualidade de vida e provoca desgaste social. A violência indica atos intencionais aprendidos de causas variadas, que podem e devem ser prevenidos, e deveria ser considerada como prioridade na atenção à saúde.

É necessário maior compromisso dos governos federal, estadual e municipal para a execução de planos e programas intersetoriais e sustentáveis. O setor da saúde desempenha papel fundamental, não só na atenção e reabilitação das vítimas, mas também na implantação de projetos de prevenção e no desenvolvimento de sistemas de informação e impulso à pesquisa das causas e fatores de risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Pode-se entender o fenômeno da violência doméstica como um tipo de violência interpessoal, no qual há abuso de poder disciplinador por parte dos cuidadores, pois existe um processo de objetivação e sujeição da vítima, que deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto de uso (GUERRA, 1998).

Nesse sentido, é importante ressaltar que relações de submissão são caracterizadas por hierarquias, assim, pode-se entender que, nas díades criança-cuidador e adolescente-cuidador, o ato de cuidar caracteriza-se por submissão, e isso em si, torna-se violento.

A violência doméstica pode ocorrer em várias culturas e classes sociais. Em famílias que praticam maus-tratos, pode-se verificar características específicas como ausência do pai, famílias sendo chefiadas por mulheres e famílias de baixa renda (DESLANDES, 1994). Crianças entre zero e seis anos são vítimas frequentes da violência doméstica e, ainda, crianças entre dez e quatorze anos também são acometidas por violência doméstica, mas com maior visibilidade de vários tipos de maus-tratos (DESLANDES, 1994).

Somente no final da década de 80, o governo brasileiro ofereceu maior atenção à questão da violência doméstica, principalmente em relação à criança e ao adolescente, definindo e estabelecendo normas e condutas dos profissionais de saúde. De acordo com a Constituição Federal, n.1 de 5/10/1988, artigos 13 e 245, do Estatuto de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Lei 8069/90 (ECA) (BRASIL, 1994), preconiza-se que:

Artigo 13 - os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1994, p.19-20).

Caberá multa de três a 20 salários mínimos quando

“o médico, professor ou responsável pelo estabelecimento de atenção a saúde e do ensino fundamental não comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, ou que envolva suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente (BRASIL, 1994, p.58).

A Constituição Federal prevê, no artigo 227, capítulo VII – Da família, da criança, do adolescente e do idoso, o seguinte parecer:

Artigo 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2008, p.1).

A identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carregada de muitas incertezas. De acordo com Gonçalves e Ferreira (2002) e Almeida (1998), essa questão não tem sido tratada por profissionais porque os mesmos não dispõem de informações por meio de resultados de pesquisas que permitam diagnosticá-la com um mínimo de acurácia.

Entende-se que o conceito de violência é amplo e complexo e que está relacionada a várias situações socioculturais. Nesta pesquisa, optou-se por utilizar a terminologia de violência na família por maus-tratos (violência intrafamiliar).

Os casos de maus-tratos que chegam aos serviços públicos de saúde representam uma realidade enfrentada atualmente, e cabe aos profissionais buscar instrumentos e esclarecer sobre as suas responsabilidades com essas crianças e adolescentes (DESLANDES, 1994).

A violência ocorre em ambientes domésticos, e quase sempre onde as vítimas residem, caracterizando-se como o uso de força física dos pais ou de um cuidador que assume o papel de família com o objetivo disciplinador. Essa violência pode se manifestar em diferentes modalidades tais como maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológicos, negligência e abandono. Para o profissional poder identificar e definir a natureza da violência

na família (intrafamiliar) é importante conhecer, com mais profundidade, os problemas de maus-tratos na criança.

Neste trabalho, adota-se a definição de violência intrafamiliar por maus-tratos em crianças e será utilizada a definição de criança preconizada pela Lei 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e que considera criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos.

Maus-tratos físicos: corresponde ao emprego de força física no processo disciplinador da criança ou adolescente, seja por meio de ação única ou repetida, não acidental (ou intencional), cometida por um adulto que provoque consequências leves, ou extremas, que levem à morte (GUERRA, 1998).

Deslandes (1994) afirma, em seu estudo, que os maus-tratos físicos são mais prevalentes nos serviços de saúde. Segundo a autora, quando uma criança chega ao hospital com lesões muito graves como, por exemplo, queimaduras ou traumas, ao realizar a investigação clínica, o profissional de saúde, muitas vezes, identifica histórias anteriores de maus-tratos que, até então, não haviam sido notificadas.

Abuso sexual: caracteriza-se por um ato ou jogo sexual, em uma relação hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos que estejam em uma fase do desenvolvimento mais adiantada do que a criança ou o adolescente. A intenção é de estimular sexualmente essa criança ou esse adolescente, utilizando-o para obter alguma satisfação sexual (DESLANDES, 1994). O abuso sexual está intimamente relacionado a maus-tratos psicológicos, e se expressa em relações de poder que tornam crianças e adolescentes submissos aos perpetradores. Essa submissão pode ser ilustrada pelas relações de ameaça e indução, que silenciam e obrigam crianças e adolescentes a realizarem práticas sexuais contra sua vontade. As queimaduras por cigarros, velas, ou, ainda, ateando fogo ao corpo das crianças e adolescentes podem ser representadas por esse tipo de violência.

Maus-tratos psicológicos: ocorre quando o adulto, constantemente, deprecia a criança, bloqueia seus esforços de autoaceitação, causando-lhe grande sofrimento mental e produzindo, dessa forma, um comportamento relacional destrutivo. De acordo com Deslandes (1994), há seis formas mais frequentes que têm sido utilizadas para descrever maus-tratos psicológicos, sendo elas:

**rejeitar** - define-se pelo não-reconhecimento e pela não-legitimidade das necessidades da criança;

**isolar** - define-se pelo afastamento da criança de suas experiências comuns, impedindo-a de ter amigos e levando-a a acreditar que está sozinha no mundo;

**aterrorizar** - são práticas de agressões verbais, fazendo com que a criança fique aterrorizada, com medo e entendendo o mundo como hostil;

**ignorar** - caracteriza-se pela falta de estímulo emocional e intelectual da criança;

**corromper** - define-se pela indução da criança à prostituição, crimes ou ao uso de drogas.

Por último, produzir expectativas irreais ou exigências extremas sobre o empenho escolar, intelectual e esportivo. Essa forma de maus-tratos encontra-se mais em família de classe média ou alta (DESLANDES, 1994).

A negligência consiste na omissão em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente, ou seja, cuidados básicos são omitidos, manifestando-se como “privação de medicamentos, alimentos, ausência de proteção contra inclemências do meio frio, calor” (DESLANDES, 1994 p.17).

A definição de negligência como um tipo específico de violência doméstica exige um esforço que vai além dos meandros conceituais. Esse tipo de violência pode ocupar um espaço silente entre o visível e o invisível, considerando que, em outras formas de violência, o traço físico está sempre presente, enquanto que na negligência é exatamente a ausência desse traço que é fundamental. Essa observação, a ausência daquilo que é essencial, ou seja, o cuidado em

todas as suas dimensões, biológicas, sociais e psicológicas, necessita ser identificada quando é realizada a avaliação desses casos.

Abandono: caracteriza-se como a ausência de um responsável pela criança ou adolescente, podendo ocorrer o abandono parcial (ausência temporária dos pais, expondo os filhos a situações de risco) e o total afastamento do grupo familiar, ficando as crianças sem habitação, desamparadas, expostas a várias formas de perigo (DESLANDES, 1994; GUERRA, 1998).

Os dados apontados mostram a gravidade do problema e a ineficiência dos programas de prevenção, pois os dados de morbidade e mortalidade são crescentes. O foco da presente investigação consiste na elaboração de uma revisão integrativa sobre queimaduras em ambiente doméstico, para identificar os fatores que possam evidenciar aspectos que caracterizam a violência doméstica, bem como os fatores que podem estar associados a ela.

## ***4 REFERENCIAL METODOLÓGICO***

---

#### 4.1 A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

O termo evidência tem sido muito utilizado na área da saúde, especialmente pela medicina (SACKETT et al., 2003).

Na década de 80, o médico britânico Archie Cochrane desenvolveu na medicina a abordagem Prática Baseada em Evidências, que objetiva a utilização de resultados de pesquisas para sustentar a tomada de decisão no cuidado à saúde e, conseqüentemente, melhorar a assistência prestada ao paciente e, do ponto de vista político, a diminuição de custos nos hospitais (JENNINGS; LOAN, 2001).

A medicina baseada em evidências representou um novo paradigma no meio acadêmico, pois apresenta um processo sequencial e rigoroso, sendo definido por quatro etapas, a saber:

I – levantamento do problema e formulação da questão;

II – pesquisa da literatura correspondente;

III – avaliação e interpretação dos trabalhos coletados mediante critérios bem definidos;

IV – utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e elaboração científica (DRUMMOND; SILVA, 1998).

Segundo Galvão, Sawada e Mendes (2003, p.44),

[...] a partir de 1990, o movimento da Prática Baseada em Evidências (PBE) vem sendo discutido com ênfase principalmente no Canadá, Reino Unido e Estados Unidos da América. No Brasil, esse movimento desenvolve-se na medicina, principalmente em universidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul; na enfermagem é um movimento incipiente, e a maioria da literatura disponível encontra-se em língua estrangeira.

A prática baseada em evidências (PBE) [...] envolve a definição de um problema, a busca de uma avaliação crítica das evidências disponíveis e da implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos” (GALVÃO, 2003, p.44).

A PBE é abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, a competência clínica do profissional, o valor e as preferências do paciente dentro do contexto do cuidado. (MELNYK, 2003).

Segundo Sackett et al. (1996), a PBE surge da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos, definindo-a como o uso claro, consciente e explícito para identificar a melhor evidência e direcionar a melhor decisão sobre o cuidar. Essa abordagem contribui para a produção de métodos de revisão de literatura, dentre eles a revisão sistemática e a revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2003).

A PBE tem sido operacionalizada em cinco etapas: 1) construção de questões estruturadas; 2) busca bibliográfica da melhor evidência; 3) avaliação das evidências encontradas quanto aos critérios de validade e poder de generalização; 4) implementação da melhor evidência na prática clínica e 5) avaliação dos resultados (CLOSS; CHEATER, 1999; BHANDARI; GIANNOUDIS, 2006).

Por ser definida e caracterizada como abordagem que enfatiza o uso de pesquisas para evidenciar aspectos importantes, relacionados a um fenômeno específico da saúde, procura, em sua forma, orientar a tomada de decisão clínica, facilitando o cuidado do paciente e auxiliando em sua qualidade de vida (SACKETT et al., 1996).

Neste trabalho iremos trabalhar com sete níveis de evidências classificados e propostos por Melnyk; Fieout-Overholt (2005).

<b>Nível</b>	<b>Força da evidência</b>
Nível I	Evidências obtidas de revisão sistemática e/ou metanálise de ensaios clínicos randomizados e controlados
Nível II	Evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados
Nível III	Evidências provenientes de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
Nível IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso controle bem delineados
Nível V	Evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
Nível VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
Nível VII	Evidências de opinião de autoridades e/ou de especialistas

Fonte: MELNYK, B. M; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence – based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice** Philadelphia: Lippincott Williams Welkins, 2005. Cap. 1 p.3-20.

### **Quadro 1 – Níveis de evidência**

De acordo com Galvão (2006), esse sistema de classificação auxilia na avaliação crítica de resultados de pesquisa e direciona a tomada de decisão do profissional sobre a prática clínica.

## **4.2 REVISÃO INTEGRATIVA**

De acordo com Broome (2000), existem vários tipos de revisões publicadas em periódicos, livros ou manuscritos, que podem variar em objetivos, campo do conhecimento, profundidade do conhecimento, extensão e organização do material. Revisões da literatura podem ter muitas formas, incluindo: (1) sinopses abreviadas da literatura; (2) revisões teóricas e metodológicas; (3) análises críticas; (4) revisões integrativas; e (5) metanálise. Esses vários tipos apresentam alguns aspectos em comum, porém objetivos diferentes. Por exemplo, revisões teóricas, frequentemente, incluem uma análise histórica do estado da ciência, já a metanálise examina a eficácia de intervenção. A metanálise é um caso especial da revisão integrativa, pois determina a eficiência da intervenção estudada.

O enfoque deste trabalho foi baseado na revisão integrativa como forma de conhecimento.

A revisão integrativa é um método de revisão que tem por finalidade sintetizar dados obtidos sobre o conhecimento de um fenômeno em particular, relacionado a um problema na área de saúde, sendo utilizada para uma questão bem delimitada, sistematizada e ordenada, contribuindo para a prática clínica do tema investigado. Esse método permite incluir estudos de diversas metodologias como a pesquisa experimental e não-experimental, e possui potencial para desempenhar papel relevante na prática baseada em evidências (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Ao realizar a revisão da literatura de forma rigorosa e sistemática, produz-se conhecimento específico e especializado, possibilitando, dessa forma, ao profissional da área de saúde acesso rápido a resultados relevantes que fundamentem as condutas profissionais ou as decisões técnicas relacionadas ao seu campo de atuação (ROMAM; FRIEDLANDER, 1998).

A revisão integrativa visa contribuir de forma efetiva para as mudanças nas práticas em saúde, e contribui para a promoção do conhecimento científico e para o oferecimento de melhor cuidado. O objetivo desse método da revisão integrativa consiste em revisar conhecimento já existente, normalmente em grande parte disponível na literatura e, assim, adquirir conhecimento em profundidade de um fenômeno baseado no trabalho de outros pesquisadores (BROOME, 2000).

Segundo Broome (2000), esse processo é especialmente importante no desenvolvimento de conceitos. A construção de conceitos requer o conhecimento de quais trabalhos prévios foram desenvolvidos na área, quais limitações existem na conceituação e quais os métodos que influenciaram para o desenvolvimento do conceito, bem como quais questões permanecem sem resposta. Tal revisão pode auxiliar o indivíduo a entender como outros têm definido o conceito, a desenvolver uma definição pessoal sobre o conceito e a entender como se têm avaliado os fenômenos relacionados.

É essencial que as fontes escolhidas sejam as mais representativas possíveis da parte principal do conhecimento e que o conhecimento usado para adquirir o entendimento seja válido. Isso é especialmente importante quando o pesquisador está interessado em aumentar seu conhecimento acerca de determinado conceito (BROOME, 2000).

Segundo Romam e Friedlander (1998), para o avanço do conhecimento de qualquer ciência são fundamentais o acúmulo e a ampla divulgação entre os usuários dos conhecimentos provenientes de investigações científicas. As autoras ressaltam ainda que, além desses acúmulos referidos ao conhecimento, se deve considerar a importância das revisões de literatura como estratégia para sintetizar os achados científicos; sendo assim, reconhecidas como elementos indispensáveis para as práticas de saúde e, também, como contribuição significativa para a ciência.

Revisões rigorosas e sistemáticas da literatura são decisivas para o desenvolvimento de uma base substancial de conhecimento sobre um conceito. Abordagens do aprendizado e, eventualmente, da contribuição do conhecimento sobre um conceito devem ser tão determinantes como qualquer outro passo na construção do conhecimento e na seleção do processo (BROOME, 2000).

Roman e Friedlander (1998) definem revisão integrativa como método que sintetiza de forma sistemática e ordenada os resultados obtidos em pesquisas sobre um determinado tema, com o objetivo de contribuir para o conhecimento científico de tal maneira que possa permitir aos profissionais da área de estudo maior aprofundamento sobre as questões envolvidas.

O método da revisão integrativa envolve seis etapas, descritas nas seções seguintes.

#### **4.2.1 Primeira etapa - selecionar hipóteses ou questões para a revisão integrativa**

Essa primeira etapa consiste na escolha do tema e na identificação da questão da pesquisa, sendo que a pergunta deve ser clara e objetiva para orientar a busca dos estudos.

Autores como Ganong (1987) Beyea e Nicoll (1998) e Whittemore e Knafl (2005) consideram essa primeira etapa como fio condutor no processo de elaboração de uma revisão integrativa.

#### 4.2.2 Segunda etapa – amostragem ou busca na literatura

Após escolher o tema, inicia-se a busca na literatura, mediante o levantamento de artigos publicados em periódicos, pesquisas em banco de dados, teses, dissertações e ainda consultas à lista de referências bibliográficas. Para se fazer uma busca adequada, o pesquisador deve conhecer várias bases de dados, assim como realizar boas estratégias de busca e possuir questões norteadoras para a mesma como: o estudo revisado representa o universo de estudo deste assunto? A revisão abrange somente pesquisas publicadas? Quais os critérios de inclusão e exclusão a se aplicar na revisão? Quais as bases? O autor sugere que os estudos que participaram da revisão sejam listados de tal maneira que possam permitir uma análise detalhada (GANONG, 1987).

A seleção dos estudos na revisão integrativa é uma tarefa importante, pois é um indicador crítico para avaliar o poder de generalizações e a confiabilidade das conclusões. A omissão desse procedimento pode ser uma ameaça à validade da revisão (GANONG, 1987; SILVEIRA, 2005).

#### 4.2.3 Terceira etapa - categorização dos estudos

Essa etapa consiste na categorização dos dados a serem extraídos, utilizando instrumentos previamente elaborados para agrupar informações-chave (BEYEA; NICOLL, 1998). Assim, categorizando-os em *softwares* bibliográficos ou fichários, facilita-se a avaliação sistemática dos artigos em ordem cronológica e viabiliza-se a evolução histórica do fenômeno estudado (GANONG, 1987; BROOME, 2000). Essa fase é semelhante à coleta de dados de qualquer pesquisa.

#### **4.2.4 Quarta etapa - avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa**

Essa etapa pretende analisar os dados a partir dos critérios de inclusão, ler os estudos de forma crítica em relação aos critérios de qualidade metodológica e utilizar formulários para coletar os dados (GANONG, 1987). Trata-se de etapa análoga à análise de dados de pesquisas convencionais.

Whittemore e Knafl (2005) consideram esse passo uma atividade complexa, pois avaliar a qualidade das pesquisas em uma revisão integrativa exige tempo e conhecimento do pesquisador. Beyea e Nicoll (1998), por sua vez, afirmam que essa etapa é muito importante para a integridade científica da revisão integrativa.

#### **4.2.5 Quinta etapa - interpretação dos resultados**

Nessa etapa, os resultados são interpretados e discutidos, estabelecendo-se relações com teorias ou contestando-as. Realiza-se sugestões e cria-se condições para discutir impacto político ou prático e ainda elaborar recomendações para futuros revisores (GANONG, 1987). Nessa fase, realiza-se a discussão dos dados evidenciados, comparando-os com a teoria.

Após a busca da literatura, a seleção dos artigos e a organização dos dados, dá-se início à interpretação dos dados e discussão dos resultados, viabilizando-se, assim, a apresentação da revisão integrativa (BEYEA; NICOLL, 1998).

#### **4.2.6 Sexta etapa - síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa**

Nessa etapa, realiza-se a síntese do conhecimento, sendo que esse, por sua vez, é comunicado e publicado, tornando acessíveis os resultados.

Para apresentação da revisão será realizada a síntese das evidências obtidas, de forma detalhada e com informações pertinentes, de tal maneira que permita ao leitor avaliar a

adequação dos procedimentos realizados para a revisão integrativa (GANONG, 1997; SILVEIRA, 2005).

Realizar um trabalho científico, de acordo com essas etapas, possibilita o aprofundamento no tema escolhido para o estudo e melhores condições de prestação de serviços ao paciente. A revisão integrativa possibilita identificar falhas e ausências de estudos da área de saúde e cuidados profiláticos.

## ***5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO***

---

## 5.1 QUESTÃO NORTEADORA DA REVISÃO INTEGRATIVA

A pergunta norteadora da presente revisão integrativa é formulada nos seguintes termos: quais são os fatores que caracterizam maus-tratos por queimaduras em crianças ocorridas em ambiente doméstico?

## 5.2 PROCEDIMENTOS PARA BUSCA E SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Para o desenvolvimento da presente revisão integrativa, definiu-se as seguintes etapas: estabelecimento da questão do estudo e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados análise dos resultados discussão e apresentação dos resultados da revisão.

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: PUBMED (*U.S National Library Medicine*); LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*); CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).

## 5.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS

Iniciou-se a busca pela base de dados PUBMED, que se caracteriza por ser serviço oferecido pela *US National Library of Medicine*, permitindo acesso a várias bases de dados. Essa base de dados contém resumos e referências bibliográficas publicados nos Estados Unidos e em outros 70 países, sendo que é atualizada mensalmente. Nessa base, as palavras chaves utilizadas foram: 1) *Burns and Domestic violence*; 2) *Burns and Child abuse*; 3) *Burns and Child abuse and Burns and Domestic violence*. Limitou-se a busca para o período de janeiro de 1997 a dezembro 2007. Na primeira combinação foram encontrados 106 artigos, na segunda, 91, e na terceira, 106 artigos.

Para a busca na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizou-se as seguintes palavras (em pesquisa livre): 1) queimaduras e violência doméstica e 2) queimaduras e maus-tratos infantis. Na primeira combinação: encontrou-se quatro artigos, na segunda, foram encontrados oito artigos, totalizando 12 artigos. Considerando-se os critérios de inclusão foram selecionados apenas quatro artigos.

Para a busca na base de dados CINAHL (*Cumulative index to nursing and allied health literature*), utilizou-se as seguintes palavras: 1) *Burns and Domestic violence*; 2) *Burns and child and abuse*. Na primeira combinação, foram encontrados 11 artigos e na segunda, 39. Observou-se que os 11 artigos encontrados inicialmente estavam contidos nos 39 artigos.

#### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1 Pesquisas aplicadas em seres humanos com as faixas etárias de 0 a 18 anos.

2 Artigos publicados no período de dez anos (de 1997 a 2007) e que apresentem fatores relacionados a acidentes domésticos por queimaduras e violência doméstica.

3 Artigos publicados na íntegra com e sem resumos em português, espanhol e inglês.

Comparando-se as três bases de dados, observou-se que, dos 39 artigos encontrados na base CINAHL, 24 estavam contidos entre os 106 selecionados na base PUBMED, e dos 4 artigos selecionados na base LILACS, 1 artigo estava contido nas bases de dados CINAHL e PUBMED, assim, finalizando-se com 124 artigos.

Considerando-se os critérios de inclusão descritos, foi realizada nova seleção consultando-se resumos e artigos na íntegra. Dos 124 artigos encontrados inicialmente, foram incluídos no estudo 37, sendo que 31 são provenientes da base PUBMED, um da base LILACS e cinco da CINAHL.

Todos os artigos selecionados para amostra deste estudo foram encontrados no Acervo da Biblioteca Central do *Campus* de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (BCCRP-USP) no serviço de Comutação Bibliográfica (COMUT), por meio da BCCRP-SP e pelo portal de periódicos da CAPES.

### **5.5 EXTRAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA**

Após realizar levantamento bibliográfico e estabelecer os critérios de inclusão, construiu-se um banco de dados no programa Excel com informações que viabilizassem a organização dos artigos para a coleta e seleção. Em seguida, foi realizada a leitura dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão deste estudo e, após leitura exaustiva dos artigos, realizou-se a categorização dos artigos selecionados.

### **5.6 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA**

Para a análise e avaliação dos dados, foi utilizado o instrumento proposto por Ursi (2005), modificado por Pompeo (2007) e adaptado para este trabalho (APÊNDICE A), que contempla os seguintes itens:

- I – identificação
- II - introdução e objetivos
- III - características metodológicas
- IV- resultados encontrados
- V - conclusão

Esse instrumento (APÊNDICE A) foi submetido a processo de validação de conteúdo e aparência para avaliar os itens do instrumento e proporcionar melhor compreensão do tema estudado. Essa validação foi realizada por quatro profissionais com experiência em queimaduras e prática baseada em evidência. Dos quatro profissionais, três eram docentes da

Universidade de São Paulo (EERP) e uma era doutoranda da referida instituição. Todos os profissionais contribuíram com modificações na estrutura e composição do instrumento o que melhorou a clareza do instrumento e facilitou a sua compreensão.

Em seguida, foi realizado um pré-teste com dois artigos que atenderam aos critérios de inclusão deste estudo, para identificar a melhor maneira de aplicação do instrumento e, ainda, confirmar a adequação do instrumento.

Para realizar a análise do delineamento dos estudos incluídos nesta revisão integrativa foram utilizados os conceitos descritos por Geri LoBiondo Wood; Judith Haber (2001) e Polit; Beck; Hungler (2004), que podem ser classificados conforme se segue.

**Delineamento experimental** – neste tipo de estudo, o pesquisador utiliza três tipos de propriedades, a manipulação, o controle e a randomização. Na manipulação, o pesquisador realiza intervenção nos participantes do estudo. No controle, introduz um grupo controle para realizar um processo de comparação. Por fim, na randomização, utiliza a distribuição aleatória dos participantes do experimento para os grupos de controle e experimental, buscando a homogeneidade dos participantes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os experimentos são classificados em delineamentos fatoriais, quando os pesquisadores manipulam duas ou mais variáveis simultaneamente. Esse tipo de delineamento permite o teste de hipótese de acordo com suas variáveis e a avaliação, não somente dos efeitos principais, mas também dos efeitos de interação resultantes da combinação do tratamento. O delineamento de medidas repetidas (delineamento cruzado) envolve a exposição dos mesmos sujeitos a mais de uma forma de tratamento. No entanto, esses estudos só são considerados experimentos verdadeiros se a manipulação das sequências das intervenções ocorrer de forma aleatória. Eles mantêm as características de manipulação, randomização e controle (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Ensaio clínico randomizado e controlado consiste em distribuir aleatoriamente indivíduos alocados em dois grupos

(experimental e controle) para posterior comparação dos resultados. No grupo experimental, ficarão os sujeitos que recebem as intervenções a serem testadas. É um método científico rigoroso na avaliação de testes de hipóteses, desde que algumas premissas sejam respeitadas, como a semelhança entre os sujeitos distribuídos nos dois grupos, com exceção daquela variável que está sendo testada. Recomenda-se o uso de grande amostra, geograficamente distribuída por diferentes áreas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

**Delineamento quase-experimental** (grupo controle não equivalente) – esse delineamento envolve a manipulação de uma variável independente, mas as características de randomização ou grupo controle inexistem. Os sujeitos não são designados de forma aleatória, estabelecendo dois ou mais grupos de sujeitos, que serão observados antes e depois do experimento (intervenção). Os dois tipos de delineamento quase-experimentais mais utilizados são o “delineamento de grupo controle não equivalente anterior-posterior” e o “delineamento tempo série”. No primeiro, há dois ou mais grupos de sujeitos observados antes e depois da implementação de uma intervenção. No segundo, ocorre a coleta de dados em vários momentos ao longo de um período de tempo com a inserção de uma intervenção durante esse período, podendo os pesquisadores avaliar os sujeitos antes do tratamento, durante a sua implementação e após seu término.

A vantagem do delineamento quase-experimental é que ele é prático e viável, entretanto, como desvantagem, cita-se a impossibilidade de os pesquisadores fazerem inferências de causa e efeito entre a intervenção e os resultados (GERI LOBIONDO WOOD; JUDITH HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

**Delineamento não-experimental** – é utilizado quando o pesquisador deseja explorar ou descrever um fenômeno sem manipular nenhuma variável. A categoria mais ampla desse tipo de delineamento são os estudos *survey*, também conhecidos como descritivos e exploratórios. Quando o pesquisador está interessado em investigar as relações entre uma

variável e outra, sem se preocupar em determinar a causalidade entre elas, pode se utilizar de estudo descritivo do tipo correlacional. Entretanto, quando deseja explicar a causalidade ou os fatores que determinam a ocorrência de um fenômeno ou condição, sem empregar um delineamento experimental, o pesquisador irá desenvolver um estudo denominado *ex post facto*, indicando que a pesquisa será conduzida após a mudança na variável independente ter ocorrido (GERI LOBIONDO WOOD; JUDITH HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Em estudo de delineamento não-experimental, os fenômenos podem ser categorizados em termos de dimensão temporais, conhecidos como estudos desenvolvimentais. Nesses estudos, os pesquisadores estão interessados não somente na situação existente, mas também entre a relação das variáveis estudadas e nas mudanças que resultam do tempo decorrido. Os tipos de estudo desenvolvimentais são: transversal (os dados são examinados em um determinado ponto do tempo), longitudinal (os dados são examinados em diferentes pontos do tempo), retrospectivo (o pesquisador tenta ligar acontecimentos presentes com os que ocorreram no passado) e prospectivo (o pesquisador procura avaliar as relações entre as variáveis ao longo de um tempo futuro) (GERI LOBIONDO WOOD; JUDITH HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Soares e Siqueira (2002), na área clínica, os estudos de caso e o estudo de uma série de casos são exemplos de estudos descritivos que podem ser encontrados nas revistas científicas. Estudo de caso consiste na descrição cuidadosa e detalhada do diagnóstico e da evolução de um quadro clínico de um pequeno número de sujeitos. O estudo de uma série de casos é realizado quando os pesquisadores usam os dados de arquivos das instituições de saúde para escreverem artigos que nada mais são do que uma apresentação organizada dos resultados de um determinado tratamento, dos sujeitos tratados e da divulgação de outras informações que eles julgaram importantes. Esse tipo de estudo é considerado de boa

qualidade quando for baseado em um conjunto de casos no qual a uniformidade da intervenção e todos os casos incluídos satisfazem o critério objetivo de inclusão.

Em contrapartida, as revisões gerais de literatura são definidas por caracterizar a fonte de busca e critério de seleção de estudos primários, possuem característica qualitativa e não consideram a força de evidência de diferentes tipos de estudo incluídos na revisão (OLIVEIRA; OLIVEIRA; LELES, 2007).

Nos estudos qualitativos, o delineamento para a pesquisa acontece geralmente de forma emergente e se desenvolve de acordo com a tomada de decisão do pesquisador em sua realidade apreendida em campo. Baseia-se a investigação na realidade direta do sujeito. Essa pesquisa tem sido direcionada para diversas áreas do conhecimento e, em cada uma, se desenvolvem métodos para uma investigação específica (POLIT; BECK; HUGLER, 2004).

À medida que o estudo se desenvolve, as decisões do pesquisador sobre como obter os dados, programar a coleta e o tempo de duração da mesma são feitas em campo. O delineamento qualitativo define-se por características distintas, tais como: flexível, utiliza várias estratégias para coleta de dados; busca a visão do todo; exige do pesquisador dedicação e envolvimento, permanecendo por longo período no campo e, ainda, exige trabalho contínuo em busca de análise dos dados obtidos para formular as estratégias e determinar quando o trabalho deve ser encerrado (POLIT; BECK; HUGLER, 2004).

A pesquisa qualitativa é classificada em diferentes tipos de estudos: a fenomenologia, que tem suas raízes na filosofia e na psicologia e que se preocupa diretamente com experiências vividas pelo ser humano; a etnografia, que se concentra em estudar grupos de indivíduos de uma determinada cultura, exigindo trabalho intenso e consumindo tempo, meses ou até anos de trabalho de campo, sendo que suas descrições acerca da cultura estudada são ricas e holísticas; a teoria fundamentada, que estuda os processos e estruturas sociais através da linguagem, cujas raízes advêm da interação simbólica, sendo o principal objetivo,

dessa abordagem, gerar explicações abrangentes dos fenômenos fundamentados na realidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

## **5.7 ANÁLISE DOS DADOS**

Após a coleta dos dados, foi realizada leitura exaustiva dos artigos coletados, buscando identificar as características da violência doméstica relacionadas ao trauma pela queimadura em crianças, apontados pelos autores, como relacionados a maus-tratos.

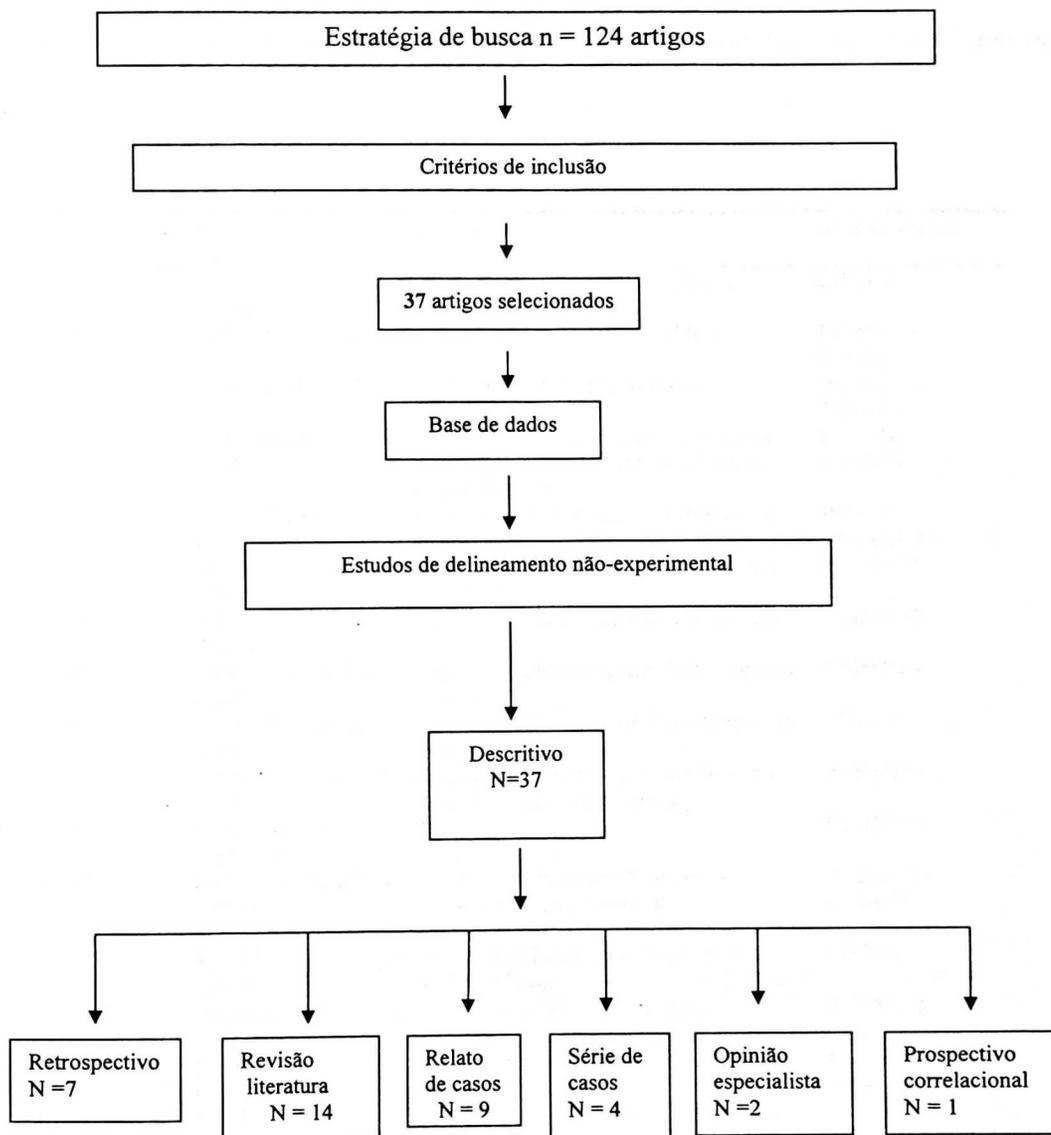
## **6 RESULTADOS**

---

Os artigos selecionados foram organizados em uma pasta em conjunto com o respectivo instrumento. Assim, cada artigo analisado recebeu uma numeração na primeira página. Para identificação dos estudos foi utilizado o referencial teórico-metodológico descrito, considerando-se, sobretudo, o objetivo e a pergunta estabelecida nesta revisão.

Para a análise dos dados coletados, foi utilizada literatura pertinente, de acordo com a fundamentação teórica proposta nesta dissertação.

Considerando-se as estratégias de busca e os critérios de inclusão utilizados neste estudo, será apresentada, esquematicamente (Figura 1), a sequência utilizada para a seleção dos artigos.



**Figura 1-Estratégia de busca e resultados**

Após realizar a busca dos artigos de acordo com o esquema da Figura 1, identificou-se e analisou-se os 37 artigos selecionados.

A seguir, apresenta-se o Quadro 2 que mostra todos os artigos selecionados, de acordo com a seguinte classificação: número do estudo, autores e ano de publicação, títulos, bases de dados.

Nº Estudo	Autores Ano	Títulos	Base de dados
1	LADEBAUCHE (1997)	Childhood trauma: when to suspect abuse.	CINAHL
2	ANDRONICUS et al. (1998)	Non-Accidental Burns in children.	PUBMED/ CINAHL
3	BENNET;GAMELLI (1998)	Profile of an abused burned child.	PUBMED/ CINAHL
4	HULTMAN et al. (1998)	Return to jeopardy: the fate of pediatric burn patients who are victims of abuse and neglect.	PUBMED/ CINAHL
5	LEONARDI et al. (1999)	Child burn: accidental, neglect or abuse. a case report.	PUBMED/ CINAHL/LILACS
6	CHARLES, et al. (1999)	Chemical burn from alkaline batteries a case report.	PUBMED
7	JOHNSON et al. (2000)	Diaper burn: accident, abuse, or neglect.	PUBMED
8	BARBER; SIBERT (2000)	Diagnosing physical child abuse: the way forward.	PUBMED
9	MAYER; BURNS, (2000)	Differential diagnosis of abuse injuries in infants.	CINAHL
10	DAROK;REISCHLE (2001)	Burn injuries caused by a hair-dryer-an unusual. Case of child abuse.	PUBMED
11	STRATMAN; MELSKI (2001)	Scald abuse.	PUBMED
12	DRESSLER; HOZID (2001)	Thermal injury and child abuse: the medical evidence dilemma.	PUBMED/ CINAHL
13	PECK; PRIOLO-KAPEL (2002)	Child abuse by burning: a review of the literature and an algorithm for medical investigations.	PUBMED/ CINAHL
14	TITUS et al. (2003)	Accidental scald burns in sinks.	PUBMED/ CINAHL
15	MUKADAM; GILLES (2003)	Unusual inflict hot oil burns in a 7 year-old.	PUBMED /CINAHL
16	SANTUCCI;HSIÃO (2003)	Advances in clinical forensic medicine.	PUBMED
17	RUTH et al. (2003)	Outcomes related to burns-related child abuse: a case series.	PUBMED
18	SIE et al. (2004)	Scald Burns in the bathroom: Accidental or inflicted?	PUBMED
19	DARIA et al. (2004)	Into Hot Water Head First. Distribution of intentional and Unintentional immersion Burns.	PUBMED /CINAHL

(continua...)

(...continuação)

Nº Estudo	Autores Ano	Títulos	Base de dados
20	SHAWNA et al. (2004)	The cutaneous manifestations and common mimickers of physical child abuse.	PUBMED/ CINAHL
21	HETTIARATCHY; DZIEWUSKI (2004)	ABC of burns pathophysiology and types of burns.	PUBMED/ CINAHL
22	GREENBAUM et al. (2004)	Intentional burn injury: an evidence-based, clinical and forensic review.	PUBMED
23	UPSHAW et al. (2004)	Thermal injury children.	PUBMED
24	SCHLIEVERT, (2004)	Child abuse – or mimic? Is there a medical explanation?	CINAHL
25	MCKAE MCCUTCHEON (2004)	CPD: Assessing for non-accidental burn injuries in children.	CINAHL
26	GREENBAUM et al. (2005)	Burns Injuries Inflicted on Children or the Elderly: A Framework for clinical and forensic assessment.	PUBMED
27	THOMPSON (2005)	Accidental or inflicted? Evaluating cutaneous, skeletal and abdominal trauma in children.	PUBMED
28	HORNOS (2005)	Physical abuse: Recognition and reporting.	CINAHL
29	CEBALLOS (2005)	Aproximación al diagnóstico diferencial de las quemaduras intencionales en los niños.	LILACS
30	HARRINGTON (2005)	Earl's Story.	PUBMED
31	CHESTER et al. (2006)	Non-accidental burns in children-are we neglecting neglect?	PUBMED/ CINAHL
32	YASTI et al. (2006)	A clinical forensic scientist in the burns unit: necessity or not? A prospective clinical study.	PUBMED CINAHL
33	KOS; SHWAYDER, (2006)	Cutaneous manifestations of child abuse.	PUBMED /CINAHL
34	HICKS; STOLFI (2007)	Skeletal surveys in children with burns caused by child abuse.	PUBMED
35	DUBOWITZ; BENNET (2007)	Physical abuse and neglect of children.	PUBMED
36	FARST et al. (2007)	Methamphetamine exposure presenting as caustic ingestions in children.	PUBMED
37	OJO et al. (2007)	Pattern of burns in child abuse.	PUBMED

**Quadro 2-**Distribuição dos artigos de acordo com o número do estudo, autores e ano de publicação, títulos, bases de dados.

Conforme se observa, o indexador que apresentou maior número de trabalhos publicados, de acordo com estratégia de busca realizada, foi a base PUBMED (31 artigos),

seguida pela CINAHL (5 artigos) e LILACS (1 artigo). Dos 37 artigos selecionados para esta revisão, 36 estavam publicados em inglês e um, em espanhol.

O país em que houve maior desenvolvimento de estudo sobre maus-tratos por queimaduras em crianças foram os Estados Unidos (23 artigos), seguido pela Inglaterra (6 artigos), Austrália (2 artigos), Brasil, Áustria, Canadá, Holanda, Turquia e Venezuela (1 estudo de cada).

Neste estudo, contou-se com 37 artigos de delineamento não-experimental, sendo que, desses, 14 são caracterizados como revisão da literatura, sem especificar a metodologia utilizada, dois constituem opiniões de especialistas, sete são retrospectivos, sendo desses um correlacional, um correlacional prospectivo, quatro séries de caso e nove relatos de caso. Na Tabela 1, a seguir, apresenta-se o número de estudos de acordo com o delineamento e a força de evidência.

**Tabela 1** - Número de estudos de acordo com o delineamento e a força de evidência.

<b>Delineamento de pesquisa</b>	<b>Força de evidência</b>	<b>Nº de artigos</b>	<b>(%)</b>
Não-experimental (retrospectivo-correlacional)	VI	1	4,4
Não-experimental (descritivo-retrospectivo)	VI	6	26,1
Não-experimental (estudo de caso)	VI	9	39,1
Não-experimental (séries de caso)	VI	4	17,3
Não-experimental (correlacional-prospectivo)	VI	1	4,4
Opiniões de especialista	VII	2	8,7
Total		23	100

Em relação à força de evidência, 21 estudos foram classificados com nível de evidência seis, com resultados de pesquisas de delineamentos não experimentais descritivos, dois com nível de evidência sete (caracterizado como opiniões de especialistas).

As revisões da literatura não sistemáticas não estão inseridas na classificação hierárquica das forças de evidência proposta por Melnyk; Fineout-Overholt (2005). Sendo

assim, as 14 revisões de literatura incluídas neste estudo não foram classificadas de acordo com os autores.

Os artigos foram analisados em relação aos dados de identificação e conteúdo. A partir da análise do conteúdo, foram identificadas seis categorias relacionadas a maus-tratos por queimaduras em crianças, ocorridas em ambiente doméstico.

As categorias que caracterizaram maus-tratos por queimaduras em crianças ocorridas em ambiente doméstico, identificadas nesta revisão, foram relacionadas a agentes causadores da queimadura, ao mecanismo do acidente, às características da lesão, às características do sujeito, à história clínica, aos fatores socioeconômicos e à estrutura familiar.

### **Categoria 1- Agentes causadores da queimadura**

Nesta categoria, foram incluídos todos os agentes mencionados nos estudos como possíveis causadores de queimaduras intencionais em que houve suspeita de maus-tratos, ou negligência, mostrado a seguir.

**Líquidos superaquecidos** - nessa categoria incluíram-se os agentes mencionados pelos autores como associados à suspeita de maus-tratos, tais como: água de torneira, água do banho e alimentos, incluindo óleo de cozinha (LADEBAUCHE, 1997; HULTMAN et al., 1998; ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; LEONARDI et al., 1999; STRATMAN; MELSKI, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SIE et al., 2004; DARIA et al., 2004; CHESTER et al., 2006; YASTI et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007). Desses 16 estudos, 15 foram classificados com nível de evidência VI, sendo que cinco estudos são de delineamento não-experimental descritivo-retrospectivo (HULTMAN et al., 1998; ANDRONICUS et al., 1998; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007); um é descritivo-retrospectivo-correlacional (BENNET; GAMELLI, 1998); um é descritivo prospectivo

correlacional (YASTI et al., 2006) e quatro são relatos de caso (LEONARDI et al., 1999; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003); e quatro são séries de caso (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003; DARIA et al., 2004) e um é de opinião de especialista com nível de evidência VII (SIE et al., 2004).

**Chamas diretas ou brasas** – nessa categoria foram incluídos os agentes chama direta e/ou cigarro de acordo com os estudos analisados e que associaram esses tipos de agentes à suspeita de maus-tratos (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; JOHNSON et al., 2000; DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003; HARRINGTON, 2005; CHESTER et al., 2006; YASTI et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007). Todos esses dez estudos foram classificados com nível de evidência VI. Sendo que três estudos são de delineamento não-experimental retrospectivo (ANDRONICUS et al., 1998; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007); um é descritivo-retrospectivo-correlacional (BENNET; GAMELLI, 1998); um descritivo-prospectivo-correlacional (YASTI et al., 2006); dois são relatos de caso (JOHNSON et al., 2000; HARRINGTON, 2005); três são séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003).

**Metal superaquecido** – nessa categoria foram incluídos todos os metais mencionados nos estudos, como secador de cabelo, ferro de passar roupa, aquecedor e escumadeiras relacionados pelos autores como suspeita de maus-tratos (DAROK; REISCHLE, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003; RUTH et al., 2003; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007). Todos os sete estudos foram classificados com nível de evidência VI, sendo três deles de delineamento não-experimental retrospectivo (CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007); dois são relatos de casos (DAROK; REISCHLE, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003) e dois são séries de casos (DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003).

**Descarga elétrica** – nessa categoria foi incluído um artigo que identificou esse agente como fator associado à suspeita de queimaduras por maus-tratos, classificado como evidência nível VI, de um delineamento não-experimental descritivo-prospectivo-correlacional (YASTI et al., 2006).

**Produto químico** - nessa categoria foram incluídos os seguintes agentes: água sanitária, cimento e pilha alcalina (CHARLES et al., 1999; DRESSLER; HOZID, 2001; FARST et al., 2007). Os três estudos foram classificados como nível VI de evidência, sendo dois estudos de delineamento não-experimental relato de casos (CHARLES, et al., 1999; FARST et al, 2007) e um de séries de casos (DRESSLER; HOZID, 2001).

Além desses estudos em que houve a suspeita de maus-tratos por queimaduras, outros contemplaram os agentes causadores da queimadura por meio de artigos de revisão, a saber, **líquidos superaquecidos** - 12 artigos de revisão da literatura sem especificar o método de busca (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006; DUBOWITZ; BENNET, 2007) **chama direta ou brasa** - sendo que os sete artigos são de revisão da literatura, portanto, não apresentaram classificação em nível de evidência (MAYER; BURNS, 2000; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006); **metal superaquecido** – esses artigos são de revisão da literatura sem especificar o método de busca (BARBER; SIBERT, 2000; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006); **descarga elétrica** – todos esses quatro artigos são de revisão da literatura sem especificar o método (MAYER; BURNS, 2000; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; HORNOR, 2005);

**produto químico** – esses estudos são de revisão da literatura, portanto, sem classificação de evidência (HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; CEBALLOS, 2005).

Na Tabela 2, estão apresentados os agentes causadores da queimadura, segundo os 23 artigos revisados e que apresentaram algum nível de evidência.

**Tabela 2** – Distribuição dos agentes causadores de queimaduras em ambiente doméstico, relacionados a maus-tratos em crianças, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência.

<b>Agente causador</b>	<b>Artigos que identificaram o agente</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
Líquido superaquecido, água banho, alimentos e óleo	1,2,3,4,5,11,12,14,15,17,18,19, 24,31,32,34,37	17	44,8
Chama direta ou brasa	1,2,3,7,12,17,30,31,32,34,	10	26,3
Metal superaquecido	10,12,15,17,31,34,37	7	18,4
Produto químico	6,12,36,	3	7,9
Descarga elétrica	32	1	2,6
<b>Total</b>		<b>38</b>	<b>100</b>

Nos 23 artigos, encontrou-se que, em um mesmo artigo, havia mais de um agente causador de queimaduras, o que totalizou 38 citações (100%). Identificou-se neste estudo, que o agente líquido superaquecido (água banho, alimento e óleo) representou 44,7% das citações, seguido por chama direta ou brasa (26,3%), metal superaquecido (18,4%), produto químico (7,9%) e descarga elétrica (2,6%).

### **Categoria – mecanismos do acidente**

Nesta categoria foram incluídos os dados, mencionados nos estudos, de como a queimadura ocorreu, apresentados a seguir.

**Imersão** – nessa categoria foram incluídos os estudos que descrevem que a queimadura ocorreu pela imersão de uma parte do corpo em líquido superaquecido, água do banho, torneira e alimento. Esse tipo de mecanismo é caracterizado por queimaduras simétricas com áreas e bordas bem delineadas, aparentando nas extremidades superiores formato de luvas e nas extremidades inferiores formato de meias, com ausência de espirros (LADEBAUCHE, 1997; HULTMAN et al., 1998; ANDRONICUS et al., 1998; DRESSLER; HOZID, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; DARIA et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; SIE et al., 2004; HICKS; STOLFI, 2007). Desses 10 estudos de delineamento não-experimental descritivos, três são retrospectivos (HULTMAN et al., 1998; ANDRONICUS et al., 1998; HICKS; STOLFI, 2007), três são relatos de casos (STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; SCHLIEVERT, 2004), três são casos em séries (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001; DARIA et al., 2004), classificados como evidência VI, e um estudo de opinião de especialista (SIE et al., 2004) com evidência VII.

**Escalde** - nessa categoria foram incluídos os estudos que relataram que o acidente envolveu o contato com o agente de forma inesperada por meio de líquidos superaquecidos na cozinha ou, ainda, no banho, quando a água entra em contato direto com a pele. Essas queimaduras são representadas por lesões que atingem a parte superior do corpo, como face ombro e tórax, e apresentam pouca uniformidade. Os resultados para essa categoria foram obtidos em 13 artigos revisados (LADEBAUCHE, 1997; HULTMAN et al., 1998; ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; LEONARDI et al., 1999; DRESSLER; HOZID, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003; RUTH et al., 2003; TITUS et al., 2003; SIE et al., 2004; CHESTER et al., 2006; YASTI et al., 2006; OJO et al., 2007). Desses 13 estudos de delineamento não-experimental, quatro são descritivos-retrospectivos (HULTMAN et al., 1998; ANDRONICUS et al., 1998; CHESTER et al., 2006; OJO et al., 2007), um descritivo-retrospectivo-correlacional (BENNET; GAMELLI, 1998), um é prospectivo-correlacional

(YASTI et al., 2006), três são relatos de casos (LEONARDI et al., 1999; MUKADAM; GILLES, 2003; TITUS et al., 2003), e três são séries de caso (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003). Esses artigos apresentaram força de evidência VI, e um estudo de opinião de especialista (SIE et al., 2004) classificado como nível VII de evidência.

**Contato (produtos químicos e metal superaquecido)** - nessa categoria, foram incluídos os estudos que identificaram os produtos químicos como agentes causadores da queimadura por contato como, por exemplo, água sanitária, cimento e pilha alcalina, sendo esses resultados obtidos por estudos primários (CHARLES et al., 1999; DRESSLER; HOZID, 2001; FARST et al., 2007). Desses três estudos de delineamento não-experimental descritivo, dois são relatos de casos (CHARLES et al., 1999; FARST et al., 2007) e um de séries de casos (DRESSLER; HOZID, 2001) e metal superaquecido, sendo a queimadura causada por secador de cabelo, ferro de passar roupa, aquecedor, escumadeiras e brasas de cigarro. Todos esses três artigos foram classificados como evidência VI. O metal em contato com a pele deixa marca bem delineada e, frequentemente, com efeito espelho, ou seja, imprime o desenho marcado na pele da criança de acordo com resultados obtidos de estudos primários (DAROK; REISCHLE, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003; RUTH et al., 2003; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007). Desses sete artigos, todos foram classificados com o nível de evidência VI, sendo que três são descritivos-retrospectivos (CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007); dois são relatos de casos (DAROK; REISCHLE, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003), e dois são séries de casos (DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003).

Além desses estudos, em que houve a suspeita de maus-tratos por queimaduras, outros estudos contemplaram os agentes causadores da queimadura por meio de artigos de revisão como imersão (14) (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-

KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006; DUBOWITZ; BENNET, 2007); escalde (14) (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006; DUBOWITZ; BENNET, 2007); produto químico (1) (CEBALLOS, 2005) e metal superaquecido (8) (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006).

Na Tabela 3, esta representada a categoria mecanismo do acidente e os respectivos artigos que a contemplaram.

**Tabela 3** – Distribuição dos mecanismos do acidente em ambiente doméstico relacionados a maus-tratos em crianças, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência

Mecanismo do acidente	Artigos que identificaram o mecanismo	Nº	(%)
<b>Imersão</b>	1,2,4,11,12,14,18,19,24,34	10	23,4
<b>Escalde</b>	1,2,3,4,5,12,14,15,17,18,31,32,37	13	30,2
<b>Contato</b>			
chama direta	1,2,3,7,12,17,30,32,34	9	20,9
metal superaquecido	10,12,15,17,31,34,37	7	16,3
produtos químicos	6,12,36	3	6,9
brasa de cigarro	31	1	2,3
<b>Total</b>		43	100

Nos 23 artigos, encontrou-se que, em um mesmo artigo, havia mais de um mecanismo causador de queimaduras, o que totalizou 43 citações (100%). Observou-se neste estudo, que

o mecanismo do acidente que caracterizou suspeita de maus-tratos é composto por 30,2% para escalde, seguido por imersão, 23,2%, e, por último, mecanismo de contato por chama, 20,9%, seguido por produtos químicos, 6,9% e, 2,3% para brasa de cigarro.

### **Categoria - características da lesão**

Nessa categoria, foram incluídas todas as características das queimaduras, mencionadas nos estudos, que podem levar à suspeita de maus-tratos.

**Localização das queimaduras** – a localização da queimadura pode ser relacionada a maus-tratos quando atinge as regiões de extremidades superiores (mãos, em formato de luvas), inferiores (pés em formato de meias), nádegas, períneo, cabeça, pescoço, face, tronco superior, anterior. Essa localização da queimadura foi mencionada por vários autores como relacionada à suspeita de maus-tratos (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; LEONARDI et al., 1999; CHARLES et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SIE et al., 2004; DARIA et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; HARRINGTON, 2005; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; FARST et al., 2007). Desses 17 artigos, 16 foram classificados com nível de evidência VI. Sendo todos os estudos de delineamento não-experimental, quatro são descritivos-retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007), nove relatos de casos (LEONARDI et al., 1999; CHARLES et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SCHLIEVERT, 2004; HARRINGTON, 2005; FARST et al., 2007), três são séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001; DARIA et al., 2004) e um é de opinião de especialista que foi classificado como nível VII de evidência (SIE et al., 2004).

**Profundidade da queimadura** – a queimadura relacionada a maus-tratos caracteriza-se pela profundidade uniforme e por profundidade de espessura total, de acordo com vários estudos (CHARLES et al., 1999; DRESSLER; HOZID, 2001; SCHLIEVERT, 2004). Em relação a essa característica, todos os estudos foram classificados com força de evidência VI.

**Contorno da queimadura** - uma das características da queimadura que leva à suspeita de maus-tratos é a distribuição simétrica, com a área queimada bem demarcada e ausência de espirros (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; DARIA et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; OJO et al., 2007). Em relação a essa característica, todos os estudos foram classificados com força de evidência VI. Sendo contemplado por nove estudos, quatro são relatos de casos (STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SCHLIEVERT, 2004), dois são séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DARIA et al., 2004), e três são retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; OJO et al., 2007).

**Queimadura em circunferência** – caracterizam-se principalmente por serem circulares, em extremidades superiores e inferiores e, frequentemente, são associadas a maus-tratos (HULTMAN et al., 1998; MUKADAM; GILLES, 2003; SCHIEVERT, 2004). Os estudos que associam queimaduras em circunferência a maus-tratos foram classificados com força de evidência VI. Desses três, um estudo está definido por descritivo-retrospectivo (HULTMAN et al., 1998), e os outros dois são relatos de casos (MUKADAM; GILLES, 2003; SCHIEVERT, 2004).

Foram identificadas também em estudos de revisão da literatura categorias relacionadas a características da lesão como suspeitas de maus-tratos por queimaduras em crianças, a saber: localização das queimaduras (12) (MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004;

HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006), sendo que todos esses mencionaram essa característica como fator importante para suspeita de maus-tratos; contorno da queimadura (12) (BARBER; SIBERT, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006); e queimadura em circunferência (1) (THOMPSON, 2005).

Na Tabela 4, estão apresentados a categoria característica da lesão e os respectivos artigos que a contemplaram.

**Tabela 4** – Distribuição das características da lesão em ambiente doméstico relacionadas a maus-tratos em crianças, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência

<b>Característica da lesão</b>	<b>Artigos que identificaram a característica</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
<b>Localização da queimadura</b>			
Nádegas	1,2,4,7,10,11,14,18,19,31,34	11	21,6
Extremidades (superior e inferior)	1,2,4,14,19,24,31,34,36	9	17,6
Períneo	1,2,4,11,18,19,31,34	8	15,7
Cabeça/pescoço	4,5,12,19,34,36	6	11,8
Tronco	5,7,12,34,36	5	9,8
Contorno da queimadura	1,2,4,11,14,15,19,24,37	9	17,6
Queimadura em circunferência	4,15,24	3	5,9
<b>Total</b>		<b>51</b>	<b>100</b>

Nos 23 artigos, encontrou-se que, em um mesmo artigo, havia mais de uma característica de queimaduras, o que totalizou 51 citações (100%). Identificou-se neste estudo resultados mostrando que a localização das queimaduras relacionadas a suspeitas de maus-tratos compreenderam a nádega (21,5%), seguida por extremidades superiores e inferiores

(17,6%), perineo (15,6%), cabeça/pescoço (11,7%) e, por último, tronco parte superior, anterior (9,8%). Considerou-se também o contorno das queimaduras fator importante para suspeita de maus-tratos, pela distribuição simétrica das queimaduras. Essa característica foi mencionada por 17,6% dos artigos, seguida pela queimadura em circunferência (5,8%).

### **Categoria - característica do sujeito**

Nessa categoria, foram incluídas as características do sujeito (faixa etária, problemas cognitivos e comportamento passivo-evitativo), como fatores que podem levar à suspeita de maus-tratos. Em relação à categoria faixa etária, observou-se que a maior frequência de suspeita de maus-tratos por queimaduras foi de 0 a 3 anos. Crianças em fase pré-verbal apresentam pouca habilidade motora, com excesso de dependência de um adulto e, muitas vezes, nessa fase começam a ser treinadas para tirar fraldas diurnas e noturnas e apresentam dificuldade para se alimentar sozinhas (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; HULTMAN et al., 1998; LEONARDI et al., 1999; CHARLES et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; RUTH et al., 2003; DARIA et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; CHESTER et al., 2006; YASTI et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; FARST et al., 2007; OJO et al., 2007). Todos esses 19 estudos foram classificados com força de evidência VI, sendo que oito como relatos de casos (LEONARDI et al., 1999; CHARLES et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SCHLIEVERT, 2004; FARST et al., 2007), quatro como séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003; DARIA et al., 2004), cinco como retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al.,

2007), um retrospectivo-correlacional (BENNET; GAMELLI, 1998), e prospectivo-correlacional (YASTI et al., 2006).

**Problemas cognitivos** – incluem-se nessa categoria os estudos que citaram as crianças que apresentam dificuldades de desenvolvimento, incluindo desordem do funcionamento cognitivo como autismo, síndrome de Down e comportamentos inadequados para a idade como mais suscetíveis a maus-tratos (JOHNSON et al., 2000; HARRINGTON, 2005). Esses dois estudos são relatos de casos e com classificação VI em relação à força da evidência.

**Comportamento passivo-evitativo** – nessa categoria foram incluídos os estudos que citaram que crianças apáticas, com distanciamento em relação aos familiares ou responsáveis, alto grau de tolerância a situações de desconforto e comportamento regredido estão mais suscetíveis a maus-tratos por queimaduras (LEONARDI et al., 1999; MUKADAM; GILLES, 2003; TITUS et al., 2003). Esses três estudos foram classificados com força de evidência VI, sendo que são de relatos de casos.

Foram identificados também em estudos de revisão como fatores importantes para suspeitas de maus-tratos em crianças queimadas, características do sujeito como idade (14) (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006; DUBOWITZ; BENNET, 2007), problemas cognitivos (2) (HORNOR, 2005; DUBOWITZ; BENNET, 2007) e comportamento passivo-evitativo (1) (DUBOWITZ; BENNET, 2007).

Na Tabela 5, estão representados a categoria identificada por característica do sujeito que sofreu a queimadura e os respectivos artigos que a contemplaram.

**Tabela 5** – Distribuição das características das crianças que sofreram queimaduras em ambiente doméstico, relacionadas a maus-tratos, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência

<b>Característica das crianças</b>	<b>Artigos que identificaram a característica</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
Faixa etária	1,2,3,4,5,6,10,11,12,14,15,17,19,24,31, 32,34,36,37	19	79,2
Comportamento passivo- evitativo	5,14,15	3	12,5
Problemas cognitivos	7,30	2	8,3
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

Nos 23 artigos, encontrou-se que, em um mesmo artigo havia mais de uma característica de queimaduras, o que totalizou 24 citações (100%). Observa-se que a maior frequência de suspeita de maus-tratos por queimaduras relacionadas à característica do sujeito foi a faixa etária (de 0 a 3 anos), preenchendo 79,1% dos artigos em relação a 12,5% para comportamento passivo-evitativo e 8,3% para problemas cognitivos.

### **Categoria - história clínica**

**Demora entre acidente e apresentação da criança para tratamento** - nessa categoria incluiu-se estudos que associaram o tempo acima de 24 horas para procurar atendimento para a criança com suspeita de maus-tratos (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; STRATMAN; MELSKI, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003; DARIA et al., 2004; CHESTER et al., 2006; YASTI et al., 2006; OJO et al., 2007). Todos esses nove estudos foram classificados como força de evidência VI, sendo que dois são séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DARIA et al., 2004), dois são relatos de casos (STRATMAN; MELSKI, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003), quatro são estudos

retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; CHESTER et al., 2006; OJO et al., 2007) e um é prospectivo-correlacional (YASTI et al., 2006).

**Motivo da queimadura atribuído a parentes ou irmãos** - essa categoria inclui os estudos que mencionam as histórias sem explicações e sem testemunha como importantes características para suspeita de maus-tratos em crianças queimadas (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; STRATMAN; MELSKI, 2001; YASTI et al., 2006; OJO et al., 2007). Esses cinco estudos foram classificados com força de evidência VI, sendo um de séries de casos (LADEBAUCHE, 1997), um relato de caso (STRATMAN; MELSKI, 2001), dois são retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; OJO et al., 2007) e um é prospectivo-correlacional (YASTI et al., 2006).

**Acidente incompatível com a idade da criança** – nessa categoria foram incluídos os estudos que mencionaram a incompatibilidade entre as habilidades do desenvolvimento individual da criança com a história e características do acidente, levando-se em conta as habilidades psicomotoras da criança queimada (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; HULTMAN et al., 1998; CHARLES et al., 1999; JOHNSON et al., 2000; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAN; GILLES, 2003; SIE et al., 2004; DARIA et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; HARRINGTON, 2005; YASTI et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; FARST et al., 2007; OJO et al., 2007). Para esses 19 artigos, 18 foram classificados com força de evidência VI, sendo que, desses, nove são relatos de casos (CHARLES et al., 1999; JOHNSON et al., 2000; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAN; GILLES, 2003; SCHLIEVERT, 2004; HARRINGTON, 2005; FARST et al., 2007), quatro são retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007), três são séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001; DARIA et al., 2004); um prospectivo-

correlacional (YASTI et al., 2006); um retrospectivo- correlacional (BENNET; GAMELLI, 1998) e mais um estudo de opinião de especialista que foi classificado com força de evidência VII (SIE et al., 2004).

**Inconsistência da história** — nessa categoria, incluiu-se estudos que mencionaram a história do acidente pouco consistente em relação às características do trauma e a falta de coerência ao narrar à história (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; HULTMAN et al., 1998; CHARLES et al., 1999; LEONARDI et al., 1999; JOHNSON et al., 2000; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SIE et al., 2004; DARIA et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; HARRINGTON, 2005; YASTI et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; FARST et al., 2007; OJO et al., 2007). Desses 20 artigos, 19 são estudos de delineamento não- experimental descritivo, sendo quatro retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007), um retrospectivo- correlacional (BENNET; GAMELLI, 1998), um prospectivo-correlacional (YASTI et al., 2006), três séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001; DARIA et al., 2004) e nove relatos de casos (CHARLES, et al., 1999; LEONARDI et al., 1999; JOHNSON et al., 2000; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SCHLIEVERT, 2004; HARRINGTON, 2005; FARST et al., 2007). Esses estudos foram classificados como evidência VI, e um estudo de opinião de especialista (SIE et al., 2004) foi classificado em nível VII de evidência.

**Lesões associadas** – nessa categoria foram incluídos os estudos que identificaram a existência de queimaduras associadas a outras lesões como fraturas, pisaduras e queimaduras mais antigas como características que levam à suspeita de maus-tratos (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; LEONARDI et al., 1999;

DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; DRESSLER et al., 2001; MUKADAM; GILLES, 2003; DARIA et al., 2004; HICKS; STOLFI, 2007; FARST et al., 2007; OJO et al., 2007). Todos esses 12 estudos foram classificados com força de evidência VI. Desses 12, cinco são relatos de casos (LEONARDI et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003; FARST et al., 2007), três são séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER et al., 2001; DARIA et al., 2004), três são retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007), e um é retrospectivo-correlacional (BENNET; GAMELLI, 1998).

Artigos de revisão da literatura que contemplaram história clínica da queimadura e demora para apresentar a criança para tratamento, foram considerados fator importante no processo de suspeita para maus-tratos (9) (PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; HORNOR, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006; DUBOWITZ; BENNET, 2007). E para o motivo atribuído a irmãos ou parentes (3) (SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004), acidente incompatível com a idade da criança (9) (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SHAWNA et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; DUBOWITZ; BENNET, 2007), inconsistência na história (11) (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; DUBOWITZ; BENNET, 2007), e lesões associadas (10) (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SHAWNA et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; DUBOWITZ; BENNET, 2007).

Na Tabela 6, são mostradas a categoria identificada por história clínica e os respectivos artigos que a contemplaram.

**Tabela 6** - Distribuição das características da história clínica, relacionadas a maus-tratos em crianças queimadas, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência

<b>Características da história clínica</b>	<b>Artigos que identificaram a característica</b>	<b>N<sup>o</sup></b>	<b>(%)</b>
Inconsistência da história	1,2,3,4,5,6,7,10,11,12,14, 15,18,19,24,30,32,34,36,37	20	30,8
Acidente incompatível com a idade da criança	1,2,3,4,6,7,10,11,12,14 15,18,19,24,30,32,34,36,37	19	29,2
Lesões associadas (fraturas, pisaduras e queimaduras antigas)	1,2,3,5,10,11,12,15, 19,34,36,37	12	18,5
Demora entre acidente e apresentação da criança para o tratamento	1,2,4,11,15,19,31,32,37	9	13,8
Motivo da queimadura atribuído a irmãos/parentes	1,2,11,32,37	5	7,7
<b>Total</b>		<b>65</b>	<b>100</b>

Nos 23 artigos, encontrou-se que, em um mesmo artigo, havia mais de uma característica de queimaduras, o que totalizou 65 citações (100%). Observou-se que fatores relacionados à história clínica como incompatibilidade da idade da criança em relação ao acidente, o índice foi de 29,2%. A história inconsistente foi de 30,7%, para 18,4% de lesões associadas, seguida por 13,8% na demora para apresentar a criança para o tratamento e 7,6% para motivo do acidente atribuído a irmãos.

### **Categoria - fatores socioeconômicos e estrutura familiar**

**Pobreza/desemprego** – nessa categoria foram identificados como fatores que podem ser relacionados à suspeita de maus-tratos pais e/ou famílias que estavam desempregadas e que

recebiam algum benefício de assistência do governo (ANDRONICUS et al., 1998; BENNET;GAMELLI, 1998; HULTMAN et al., 1998; LEONARDI et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; DRESSLER et al., 2001; SIE et al., 2004; CHESTER et al., 2006; YASTI et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007). Desses 11 artigos, somente um foi classificado com força de evidência VII de opinião de especialista (SIE et al., 2004), e os outros com força VI, sendo que cinco estudos são retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007) dois são relatos de casos (LEONARDI et al.,1999; DAROK; REISCHLE, 2001), um séries de casos (DRESSLER; HOZID, 2001), um é retrospectivo-correlacional (BENNET;GAMELLI, 1998) e um é prospectivo-correlacional (YASTI et al., 2006).

**Famílias monoparentais** – nessa categoria foram incluídos os estudos que associaram famílias compostas por pais separados, divorciados e solteiros, em que um dos cônjuges assume a educação da criança, caracterizando-se como suspeita de maus-tratos (ANDRONICUS et al., 1998; BENNET;GAMELLI, 1998; HULTMAN et al., 1998; LEONARDI et al., 1999; CHARLES et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; SIE et al., 2004; DARIA et al., 2004; HARRINGTON, 2005; CHESTER et al., 2006; OJO et al., 2007). Desses 13 artigos, somente um foi classificado com força de evidência VII (SIE et al., 2004), e os outros 12 com força VI, sendo que quatro são retrospectivos (ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; CHESTER et al., 2006; OJO et al., 2007), um retrospectivo-correlacional (BENNET;GAMELLI, 1998), dois são séries de casos (DRESSLER; HOZID, 2001; DARIA et al., 2004) e cinco são relatos de casos (LEONARDI et al., 1999; CHARLES et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; HARRINGTON, 2005).

**Fase de aquisição** – essa fase refere-se a famílias que se encontram em desenvolvimento inicial, constituídas por casal com filhos pequenos em fase pré-escolar, características de

estruturas familiares que foram identificadas como fatores importantes para suspeita de maus-tratos em crianças queimadas (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; LEONARDI et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003; FARST et al., 2007). Todos foram classificados com força de evidência VI, sendo que desses sete artigos, quatro são relatos de casos (LEONARDI et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; MUKADAM; GILLES, 2003; FARST et al., 2007) dois são séries de casos (LADEBAUCHE, 1997; DRESSLER; HOZID, 2001) e um retrospectivo (ANDRONICUS et al., 1998).

**Cônjuge com dependência química** – o uso de substâncias químicas, utilização abusiva de drogas ou álcool, por um ou dois cônjuges, também pode ser fator que leva à suspeita de maus-tratos por queimaduras em crianças em ambiente doméstico (LEONARDI et al., 1999; DARIA et al., 2004; CHESTER et al., 2006; FARST et al., 2007). Todos foram classificados com força de evidência VI, e, desses quatro artigos, dois são relatos de casos (LEONARDI et al., 1999; FARST et al., 2007), um séries de casos (DARIA et al., 2004) e um é retrospectivo (CHESTER et al., 2006).

Outros estudos de revisão da literatura identificaram características socioeconômicas e estrutura familiar como fatores importantes para o processo de suspeita de maus-tratos, a saber: pobreza/desemprego (7) (PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; DUBOWITZ; BENNET, 2007), famílias mono parentais (7) (PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; GREENBAUM et al., 2004; GREENBAUM et al., 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; DUBOWITZ; BENNET, 2007), e dependência química (5) (SANTUCCI; HSIAO, 2003; GREENBAUM et al., 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; DUBOWITZ; BENNET, 2007).

Na Tabela 7, representa-se a categoria fatores socioeconômicos e estrutura familiar e os respectivos artigos que a contemplaram.

**Tabela 7** – Distribuição das características socioeconômicas e da estrutura familiar relacionadas a maus-tratos em crianças queimadas, de acordo com os 23 estudos com algum nível de evidência

<b>Características socioeconômicas e da estrutura familiar</b>	<b>Artigos analisados</b>	<b>Total</b>	<b>N%</b>
Famílias monoparentais	2,3,4,5,6,10,11,12,18,19,30,31,37	13	38,2
Pobreza/desemprego	2,3,4,5,10,12,18,31,32,34,37	11	32,4
Fase de aquisição	1,2,5,10,12,15,36	6	17,6
Dependência química do cônjuge	5,19,31,36	4	11,8
<b>Total</b>		<b>34</b>	<b>100</b>

Nos 23 artigos, encontrou-se que em um mesmo artigo, havia mais de uma característica socioeconômica e da estrutura familiar, o que totalizou 34 citações (100%). Observa-se neste estudo, que famílias monoparentais representaram 38,2% dos artigos, o desemprego e famílias pobres foram relacionados a maus-tratos por 32,3% dos artigos, famílias em fase de aquisição por 17,6% e em famílias com dependência química por 11,7%.

## ***7 DISCUSSÃO***

---

O presente estudo objetivou identificar as características da violência doméstica relacionadas ao trauma pela queimadura em crianças, a partir de análise crítica das evidências disponíveis, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Para responder ao objetivo, utilizou-se a seguinte pergunta norteadora: **quais os fatores que caracterizam maus-tratos por queimaduras em crianças, ocorridas em ambiente doméstico?**

Observou-se que existem várias produções de revisão de literatura que caracterizaram alguns aspectos para o processo de identificação de maus-tratos (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWUSKI, 2004; UPSHAW et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOS, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006; DUBOWITZ; BENNET, 2007). Entende-se, aqui, que existe a necessidade de se desenvolver pesquisas mais robustas que contemplem o tema queimaduras por maus-tratos.

Embora se tenha identificado essa ausência de estudos de boa qualidade, pode-se ressaltar algumas características comuns relacionadas a maus-tratos por queimaduras. É importante destacar que, embora tais características tenham sido apresentadas e discutidas neste estudo, separadamente, a suspeita e a confirmação de maus-tratos depende da identificação de um conjunto de fatores.

A maioria dos estudos, conforme observados nos resultados, foi realizada em países desenvolvidos como Estados Unidos (23) e países europeus (12), sendo somente dois na América Latina. Observa-se que parece haver maior preocupação com as investigações sobre maus-tratos por queimaduras em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento. É possível que isso se deva à falta de notificação e de investigação nas Unidades de Queimados ou ao fato de que, em muitos países em desenvolvimento, não há, ou há poucas, Unidades Especializadas em Tratamento de Queimaduras e, assim, não são levantadas

suspeitas sobre maus-tratos, a não ser que denúncias sejam realizadas. A literatura tem mostrado que grande parte dos acidentes atingem crianças e ocorrem em ambiente doméstico (KLIEMANN et al., 1990; ROSSI et al., 1998b; MACEDO; ROSA, 2000; CAMARGO; XAVIER, 2003; BESSA et al., 2006) e que grande parte dos acidentes ocorre em países em desenvolvimento, como Angola, Índia e Egito (ADAMO et al., 1995; EL-BADAWY et al., 1998; DELGADO et al., 2002). Outro aspecto a ser destacado é o fato de a queimadura estar associada, em estudos epidemiológicos, aos níveis baixos de instrução dos responsáveis e de renda familiar (CRONIN et al., 1996; WERNECK; REICHENHEIM, 1997; EL-BADAWY; MABROUK, 1998; DELGADO et al., 2002).

Como foi observado nesta revisão integrativa, a pobreza e o desemprego foram apontados como associados à suspeita de maus-tratos em 11 artigos (ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; HULTMAN et al., 1998; LEONARDI et al., 1999; DAROK; REISCHLE, 2001; DRESSLER et al., 2001; SIE et al., 2004; CHESTER et al., 2006; YASTI et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007). Autores como Feldman et al (1998), Smith (2000) e George; Ebrahim (2003) também consideraram, em seus estudos, que maus-tratos por queimaduras ocorrem com maior frequência em famílias pobres com baixo nível de instrução.

Ainda, de acordo com o observado neste estudo de revisão integrativa, os líquidos superaquecidos foram mencionados como associados a maus-tratos em 44,7% dos artigos (LADEBAUCHE, 1997; HULTMAN et al., 1998; ANDRONICUS et al., 1998; BENNET; GAMELLI, 1998; LEONARDI et al., 1999; STRATMAN; MELSKI, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; RUTH et al., 2003; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SIE et al., 2004; DARIA et al., 2004; CHESTER et al., 2006; YASTI et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; OJO et al., 2007).

Os artigos de revisão da literatura também mencionam que os líquidos superaquecidos representam fator de risco para suspeitas de maus-tratos (BARBER; SIBERT, 2000; MAYER; BURNS, 2000; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWUSKI, 2004; UPSHAW et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOS, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006; DUBOWITZ; BENNET, 2007). Além desses estudos, também identificou-se, em outras revisões da literatura, que o escalde por líquido superaquecidos representou agente importante a ser investigado como possibilidade de maus-tratos (FELDMAN et al., 1998; HADDADIN; AMYREH, 2001).

Em relação ao mecanismo do acidente, verificou-se que o escalde por imersão foi o mecanismo mais comum, tendo como agente associado líquidos superaquecidos. Resultado semelhante foi identificado em estudos de revisão sistemática, evidenciando que escaldes por imersão são mecanismos que podem representar queimadura intencional (MAGUIRE et al., 2008).

Os agentes relacionados à chama direta ou brasa e metal superaquecido foram representados nos artigos analisados de forma mais objetiva, pois esses agentes reproduzem na pele exatamente o formato do objeto em contato com a pele, o que facilita o processo de suspeita de maus-tratos.

Agentes relacionados à descarga elétrica e produto químico foram artigos que relataram casos clínicos e com evidência clara de negligência dos pais que eram usuários de drogas.

Identificou-se, também, que características relacionadas à localização da queimadura e contorno da queimadura foram fatores importantes para se identificar suspeitas relacionadas a maus-tratos. Os locais do corpo em que houve maior incidência de suspeitas para maus-tratos foram nádegas, períneo e regiões de extremidades inferiores – (pés, em formato de meias) e

superiores – (mãos, em formato de luvas). (LADEBAUCHE, 1997; ANDRONICUS et al., 1998; HULTMAN et al., 1998; LEONARDI et al., 1999; CHARLES et al., 1999; JOHNSON et al., 2000; DAROK; REISCHLE, 2001; DRESSLER; HOZID, 2001; STRATMAN; MELSKI, 2001; TITUS et al., 2003; MUKADAM; GILLES, 2003; SIE et al., 2004; DARIA et al., 2004; SCHLIEVERT, 2004; HARRINGTON, 2005; CHESTER et al., 2006; HICKS; STOLFI, 2007; FARST et al., 2007; MAGUIRE et al., 2008). Também destacam-se os elementos associados ao contorno da queimadura, distribuição simétrica com a área bem demarcada e ausência de espirros (CHARLES et al., 1999; BARBER; SIBERT, 2000; DRESSLER; HOZID, 2001; PECK; PRIOLO-KAPEL, 2002; SPENCER, 2002; SANTUCCI; HSIAO, 2003; SHAWNA et al., 2004; HETTIARATCHY; DZIEWULSKI, 2004; GREENBAUM et al., 2004; UPSHAW et al., 2004; MCKAE; MCCUTCHEON, 2004; GREENBAUM et al., 2005; THOMPSON, 2005; HORNOR, 2005; CEBALLOS, 2005; KOS; SHWAYDER, 2006; HICKS; STOLFI, 2007; MAGUIRE et al., 2008).

As extremidades superiores e inferiores podem ser consideradas escaldes intencionais, pois a criança pode ter sido segurada e mantida por alguns segundos em água quente, em contraste com as queimaduras acidentais que são representadas pela ausência de marcas de espirros, em que a criança não se debate. Feldman et al. (1998) consideram que as marcas de espirro ocorrem quando a temperatura da água, for superior a 50°C. É importante destacar que, dependendo da temperatura da água, poucos segundos de imersão são suficientes para causar queimaduras profundas.

Observa-se, neste estudo, que a idade foi característica importante para identificar ou suspeitar de maus-tratos por queimaduras. Maguire et al. (2008) identificaram que a idade, sexo e área corporal não são sugestivos para maus-tratos, mas salientaram que, quando crianças pequenas sofrem queimaduras por escaldamento, deve-se considerar as circunstâncias do acidente, bem como a fase do desenvolvimento em que a criança se

encontra, como características que levam à suspeita de maus-tratos. Spencer (2002) ressalta que crianças que foram acometidas pela queimadura, normalmente são menores de três anos e não conseguem se defender.

Neste estudo, o comportamento passivo da criança foi apontado como característica que pode levar à suspeita de maus-tratos por três estudos (LEONARDI et al., 1999; MUKADAM; GILLES, 2003; TITUS et al., 2003). Na revisão sistemática, realizada por Maguire et al. (2008), enfocando apenas as queimaduras por escaldadura, foram encontrados sete estudos que também apontam essa característica da criança como associada à suspeita de maus-tratos (PHILLIPS; PICKRELL, 1974; AYOUB; PFEIFER, 1979; DEITCH; STAATS, 1982; HASHIMOTO et al., 1995; SHERIDAN, 1996; LEONARDI et al., 1999; TITUS et al., 2003).

Em relação à história clínica, evidenciou-se que a inconsistência da história, acidente incompatível com a idade da criança e lesões associadas foram fatores importantes para serem considerados como suspeita de maus-tratos (ANDRONICUS et al., 1998; DRESSLER; HOZID, 2001; DARIA et al., 2004). Resultado semelhante foi identificado em revisão sistemática de Maguire et al. (2008) e nos estudos de revisão de Spencer (2002) e Sheridan (2002).

Neste estudo, em 38,2% dos artigos houve relação com a estrutura familiar monoparental como característica importante para se suspeitar de maus-tratos, associadas à pobreza e ao desemprego. Em relação a essa característica, o estudo de Maguire et al. (2008) não mencionou a estrutura familiar e pobreza/desemprego, mas observou que a maioria das crianças com suspeitas de maus-tratos já havia passado pelo serviço social, o que leva a hipótese de que houve histórico anterior de violência doméstica.

Entende-se que, quando a família passa por dificuldades econômicas (sociais), essas podem ser transportadas para as relações conjugais, acarretando conflitos familiares e estresse psicossocial, podendo refletir nas relações de afeto com a criança. Essa característica

também foi identificada em estudo epidemiológico realizado no Brasil (WERNECK; REICHENHEIM, 1997). Famílias que estavam passando por crises de separação conjugal ou, ainda, algum dos pais preso, também apresentaram estresse psicossocial e suspeitas para maus-tratos (FELDMAN et al., 1998).

As características relacionadas a fatores sociais (pobreza e estrutura familiar) representam fatores de risco para queimaduras em crianças (EL-BADAWY; MABROUK, 1998; SHARMA et al., 2002; CRONIN et al., 1996; CEROVAC; ROBERTS, 2000; PETRIDOU et al., 1998; MORALEZ-FERNANDEZ et al., 1997; WERNECK; REICHENHEIM, 1997).

Alguns estudos associaram famílias monoparentais a uma situação que contribui para suspeita de maus-tratos (FELDMAN et al., 1998; SPENCER, 2002; GEORGE; EBRAHIM, 2003). Em estudo retrospectivo, realizado no hospital pediátrico de Akron identificou-se que as crianças que sofreram maus-tratos por queimaduras pertenciam a famílias monoparentais em 71% das admissões (EVASOVICH et al., 1998).

Ao se compreender essa composição familiar como possível precipitador de estresse, pode-se remeter historicamente ao processo constituinte de estrutura familiar social. A família tem passado nos últimos tempos por nova configuração social e, em conjunto com esse fenômeno, as funções dos membros de uma família também foram modificadas ao longo desse processo.

Com a emancipação sexual feminina do século XX, o papel da mulher foi marcado por sobrecarga social, ao assumir simetria em suas relações conjugais, o que modificou, conseqüentemente, as hierarquias adquiridas ao longo dos tempos. A mulher saiu de um lugar de suposta proteção, compreendido como ambiente doméstico e foi em busca de outro significado-o de se tornar independente. Os novos hábitos, crenças e ideias transformaram um local considerado seguro e afetuoso (ambiente doméstico), em relações de igualdade, competição e de relações (des)afetuosas (GRANDESSO, 2008)

Nesse período, houve diminuição do número de casamentos, definição e aumento de uniões estáveis de casais homossexuais, queda da fecundidade e diminuição do número de filhos, aumento de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, aumento da incidência de gravidez na adolescência e crescente número de separações e divórcios (GRANDESSO, 2008).

Esse movimento ocorreu em todas as classes sociais e econômicas e, conseqüentemente, essa mudança paradigmática doméstica familiar propiciou ambiente ofensivo na vida inicial (fase de aquisição) da família (BERGMAN, 1996).

O contexto ofensivo pode existir quando um dos pais utiliza da relação com a criança para atingir seu parceiro, quando existe tensão conjugal em que o conflito não pode ser expresso. Assim, em muitos casos, a criança, na tentativa de se proteger desse ambiente ofensivo, retrai-se emocional e fisicamente e, então, esse é um dos primeiros passos para se tornar uma vítima (BERGMAN, 1996). Pode-se relacionar essa característica de proteção desenvolvida pela criança com a categoria de característica da criança com comportamento passivo-evitativo nos resultados.

A maioria dos acidentes com crianças ocorrem em ambiente doméstico e quase sempre por negligência. Nesse sentido, se faz necessário desenvolver legislação rígida para investigação dos casos de suspeitas, sendo que deveriam fazer pelo menos uma sessão de aconselhamento familiar, pois os autores compreendem que queimaduras por negligência podem ser evitadas ou prevenidas (GEORGE; EBRAHIM, 2003).

Hudson e Kaplan (2006) ressaltam que o cuidado deve estar centrado na família, e não somente na criança.

Os profissionais da saúde devem receber treinamentos para que identifiquem maus-tratos por queimaduras (GEORGE; EBRAHIM, 2003). Mesmo que o Ministério da Saúde tenha apresentado evolução da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por

acidentes e violências pela Portaria 1968/2001, que “trata da notificação obrigatória pelos profissionais de saúde das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos em crianças e adolescentes”, e que tenha legitimado a situação atual para o tema, compreende-se que essas ações não são suficientes, pois correspondem ao aumento da burocratização do problema (MINAYO, 2007).

A identificação desses casos nos serviços de saúde ainda gera muitas incertezas, pois os profissionais da saúde no Brasil não dispõem de informações de resultados científicos que permitam identificá-la (ALMEIDA, 1998; GONÇALVES; FERREIRA, 2002). No Brasil, identificou-se dois artigos que contemplaram o tema da violência doméstica por maus-tratos por queimaduras (LEONARDI et al., 1999; CAMARGO; XAVIER, 2003). A legislação nos Estados Unidos e na Europa sobre maus-tratos preconiza a notificação desses a um organismo social ligado à lei. Embora disponham de equipe multidisciplinar treinada para realizar a identificação desse fenômeno, e possuam legislação mais antiga para tratar do tema maus-tratos, também encontram dificuldades para executar essas notificações (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). A legislação sobre maus-tratos no Brasil adotou como parâmetro o modelo norte-americano no que diz respeito à obrigatoriedade de se notificar, quando houver suspeita, ou confirmação, com um diferencial, o de não possuir equipe técnica adequada, o que favorece a subnotificação pelo profissional de saúde de situações relacionadas a maus-tratos (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). Muitas vezes, os profissionais não possuem treinamento adequado para que possam estar atentos às características de maus-tratos por queimaduras.

É possível que a dificuldade de identificação desses casos resulte na baixa produção científica nessa área. Essa dificuldade de identificação traduz o quanto o fenômeno maus-tratos por queimaduras precisa ser investigado.

De acordo com Ramos-Gomez et al. (1998), o profissional da saúde necessita ter conhecimento mínimo para saber identificar e/ou suspeitar, e assim notificar maus-tratos físicos de acordo com as leis locais (estaduais), encorajando-os a realizar suas obrigações legais com relação a esse problema de saúde pública. Neste estudo é ressaltada a importância de se ampliar o currículo e inserir a violência doméstica na área da saúde, como disciplina de graduação. Ramos-Gomez et al. (1998) fizeram essa recomendação para a formação de odontólogos.

A criança, quando queimada pode chegar por diversos serviços de saúde: clínica dermatológica pediátrica, unidades básicas de saúde, sala de trauma, emergências e, diretamente, à própria unidade de queimaduras. Cada uma dessas áreas médicas tem diferentes níveis de experiência e, portanto, entendimento claro das características que distinguem uma queimadura acidental de uma intencional facilitaria o encaminhamento apropriado para a avaliação do serviço de proteção à criança quando necessário (MAGUIRE et al., 2008).

Outro aspecto que pode ainda dificultar a identificação das características de maus-tratos por queimaduras é o fato de que 23 estudos encontrados nesta revisão eram de delineamento não-experimental descritivo e 14 eram artigos de revisão da literatura. Assim, embora essa seja uma revisão integrativa e, portanto, não suficientemente abrangente, uma revisão sistemática sobre escaldadura e maus-tratos mostrou que poucos são os estudos sobre a temática que possuem nível de evidência forte (MAGUIRE et al., 2008).

Entende-se, aqui, que a violência não é um tema próprio do setor saúde, mas sim intersetorial. Contudo, tornou-se importante preocupação da área da saúde em função de seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos que foram acometidos pela violência (MINAYO, 2004).

## ***8 CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, pôde-se observar que o líquido superaquecido foi o agente que representou o maior grupo de artigos para suspeita e/ou confirmação de maus-tratos. O mecanismo do acidente por escalde por imersão foi também mais citado, e as partes do corpo mais contempladas por queimaduras são: nádegas, extremidades superiores e inferiores, seguidas por períneo. O padrão simétrico das queimaduras também foi considerado importante para se identificar ou suspeitar de maus-tratos.

Identificou-se, nesses estudos, que a idade representa importante característica que pode levar a maus tratos, e que esse resultado está associado também a outros fatores identificados como importantes para suspeita ou confirmação de maus-tratos.

Fatores como incompatibilidade do acidente com a idade da criança, inconsistência da história e lesões associadas são fatores importantes que, associados, representam um perfil específico para criança que sofreu a queimadura por maus-tratos.

Em relação a fatores sociodemográficos, pôde-se identificar que o desemprego e condições precárias (pobreza) são elementos que representam problema social e potencializam a violência doméstica. Famílias chefiadas por mulheres também representam um perfil no processo de identificação de maus-tratos por queimaduras.

Compreende-se que, para se identificar maus-tratos por queimadura, faz-se necessário realizar um exame detalhado dos eventos que foram identificados aqui como fatores precedentes ao diagnóstico claro. Assim, levar em consideração o mecanismo, agente térmico, histórico clínico, social, e realizar o exame físico são fatores importantes para serem desenvolvidos pelo profissional da saúde para o processo de identificação de maus-tratos por queimaduras.

Em função da baixa produção de estudos de boa qualidade, para se estudar maus-tratos por queimaduras, entende-se que a dificuldade do profissional em identificar e notificar se faz coerente diante do atual cenário científico.

A existência de mecanismo de proteção à criança já foi instituída legalmente, o que falta é a capacitação dos profissionais para esse processo de identificação.

Neste estudo, identificou-se que, para se caracterizar maus-tratos por queimaduras em crianças, se faz necessário compreender não somente as partes isoladas relacionadas ao local do corpo, agente, mecanismo, característica do sujeito, história clínica e estrutura familiar, havendo também a necessidade de saber integrar essas partes em uma totalidade que componha cenário mais próximo da realidade. A ampliação do contexto se faz necessária quando o profissional de saúde está em busca de evidências concretas para a realização de um processo de intervenção social e familiar.

Embora os estudos mencionem aspectos relacionados a maus-tratos na infância, o mesmo não foi realizado de forma exaustiva, os quadros de maus-tratos não são todos típicos e, às vezes, é importante dar crédito à suspeita profissional, pois, infelizmente, nem todas as crianças vivem uma vida segura em seus lares. Em algumas situações, pode parecer mais fácil não tomar conhecimento, mas muitas lesões que ocorrem em crianças não são de origens acidentais, e o reconhecimento e a intervenção são habilidades vitais para qualquer profissional da saúde.

Mais que realizar com precisão os aspectos que caracterizam os maus-tratos, é preciso entender que o médico, o enfermeiro, o psicólogo e o assistente social representam, em alguns casos, a diferença essencial na vida de uma criança, em duas vias possíveis, a positiva ou a negativa.

Diante desse quadro, entende-se que se faz necessário desenvolver programas de prevenção e de reabilitação a essas famílias e crianças que sofreram esse problema social que atingiu a saúde individual do grupo familiar.

## ***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

---

ADAMO, C; ESPOSITO, G; LISSIA, M; VONELLA, M; ZAGARIA, N; SCUDERI, N. Epidemiological data on burn injuries in Angola: a retrospective study of 7230 patients. **Burns.**,v. 21, n. 7, p. 536-538, 1995.

ALBERTON, M. S. Violação da infância crimes abomináveis, humilham, machucam, torturam e matam. In: ALBERTON, M. S. **Violência doméstica física**. Porto Alegre: Editora AGE, 2005. cap. 5, p.107 – 121.

ALMEIDA, E. C. **Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra**.1998. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

ANDRONICUS, M.; OATES, R. K.; PEAT, J.; SPALDING, S.; MARTIN, H. Non-accidental burns in children. **Burns.**, v. 24, p. 552-558, 1998.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro. Editora: LTC, 2006. Capítulo, 1 p. 1-99 e capítulo, 3 p. 131-193.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **O olhar instrumentalizado, transdisciplinar**. Guia prático para identificar o fenômeno/Modulo 3º do telecurso de especialização em violência doméstica contra criança e adolescentes. São Paulo: LACRI/IPUSP/USP, 1993/1994.

BAIREL, L. F. **Medo Social**. São Paulo: Cortez, 2004. Capítulo, p.2, p51-68.

BARBER, M. A; SIBERT, J. R. Diasgnosing physical child abuse the way forward. **Post graduate medical journal.**, v.76, p.743-749, 2000.

BENNET, B; GAMELLI, R. Profile of an abused burned child. **Journal of burn care and rehabilitation.**,v.19, p. 87-94, 1998.

BERGMAN, J.S. **Pescando Barracudas**. A pragmática da Terapia Sistêmica Breve. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. Capítulo, 5 p.85-98.

BESSA, D. F.; FERREIRO, A. L. S.; BARROS, S. E. B.; MENDONÇA, M. C.; BESSA, I. F.; ALVES, M. A.; MOREIRA, A. M. Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no hospital regional de urgência e emergência de Campina Grande. **Revista brasileira ciência saúde.**, v. 1,n. 10, p. 73-80, 2006.

BEYEA, S.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. *AORN j.*, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BHANDARI, M.; GIANNOUDIS, P. V. Evidence-based medicine: what it is and what it is not. *Injury*, v. 37, n. 4, p. 302-306, 2006.

BOULDING, E. Las mujeres y La violència social. In: **La violència y sus causas**. Paris. UNESCO, 1981.

BOWBY, J. Apego. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Capítulo 11 p. 219-325.

BRASIL. Legislação Federal. Constituição Federal n.1 05/10/1988. Título VIII Da Ordem Social. Capítulo VII. Artigo 227. **Diário Oficial das Leis**, s. d. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-3-8-1988-10-05-1-8#ant>> Acesso em: 02 fev. 2008.

BRASIL. Legislação Federal. Constituição Federal n.1 05/10/1988. Título IX Das Disposições Constitucionais Gerais. Artigo 245. **Diário Oficial das Leis**, s. d. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-3-8-1988-10-05-1-9#seg>>. Acesso em: 02 fev. 2008.

BRASIL. Lei Nº. 8069/90, de 20 de novembro de 1989. **Estatuto da criança e do adolescente**. Distribuição aos conselhos dos direitos da criança e do adolescente e entidades classistas. Edição março, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 427 – 430, 2000.

BROOME, M. A. Integrative Literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations techniques and applications**. Philadelphia: W. B Saunders, 2000. Chap 13, p. 231-250.

BURKE, P. **Violência social e civilização**. São Paulo. Braudel papers, 1995.

CAMARGO, C.L.; XAVIER, E.A. Lesions caused by burns: the violence to children and adolescents. **Brazilian Journal of Nursing**,v. 2, n.1, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn201camargoetal.htm> > Acesso em:02 abr. 2008.

CASSELL, O. C. S.; HUBBLE, M.; MILLING, M. A. P.; DICKSON, W. A. Baby walkers-still a major cause of infant burns. **Burns.**, v. 23, n. 5, p. 451-453, 1997.

CEBALLOS, L.G. Aproximación al diagnostic diferencial de las quemaduras intencionales en lo niños. **Gac Méd Caracas.**, v. 113, n. 4, p. 556-558, 2005.

CEROVAC, S.; ROBERTS, A. H. N. Burns sustained by hot bath and shower water. **Burns.**, v. 26, n. 3, p. 251-259, 2000.

CERVENY, C;BERTHOUD,C.B. Família e ciclo vital:nossa realidade em pesquisa.São Paulo:Casa do psicólogo,1997. Cap,1 p.19-47.

CERVENY, O. M. C. Família e... In: BALIEIRO, C. R. B.; CERVENY, O. M. C. **Família e doença**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004. Capítulo, 8 p. 147-162.

CHARLES, L; WINEK; WAGDY, W; WAHBA; HUSTON, R. Chemical burn from alkaline batteries a case report. **Forensic Science International.**, v. 100,p. 101-104, 1999.

CHESTER, D. L.; JOSE, R. M.; ALLAYMENT, E.; KING, H.; MOMENT, N. S. Non-accidental burns in children- Are we neglecting neglect? **Burns.**, v. 32, n. 2, p. 222-228, 2006.

CLOSS, S. J.; CHEATER, F. M. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. **J. adv. nurs.**, v. 30, n. 1, p. 907-938, 1999.

COOK, D.J; MULROW, C. D; HAINES, B. Systematic Reviews:synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann Intern Med.**; v.1, n. 126 p.376-80, 1997.

COSTA, D. M., ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; LEMOS, A. T. O. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. **Jornal de pediatria.**, v. 3, n.75, p. 181-186, 1999.

CRISÓSTOMO, M. R.; SERRA, M. C. V. F.; GOMES, D. R. Epidemiologia das queimaduras. In: SERRA, M. C.; MACIEL, E. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. Capítulo 5, p. 31-36.

CRONIN, K. J.; BUTLER, P. E. M.; MCHUGH, M.; EDWARDS, G. 1 year prospective study of burns in a Irish paediatric burns unit. **Burns.**, v. 22, n. 3, p. 221-224, 1996.

DARIA, S; SUGAR, N. F; KENNETH, W; FELDMAN; STEPHEN, C. B; COLONEL, S. A. B; ORNSTEIN, A. Into hot water head first. **Pediatric emergency care.**, v. 20, n. 5, p. 302-310, 2004.

DAROK, M; REISCHLE, S. Burn injuries caused by a hair – dryer an unusual case of child abuse. **Forensic Science International.**, v. 115, p. 143 – 146, 2001.

DELGADO, J.; RAMÍREZ-CARDICH, M. E.; GILMAN, R. H.; LAVARELLO, R.; DAHODWALA, N.; BAZÁN, A.; RODRIGUEZ, V.; CAMA, R. I.; TOVAR, M.; LESCANO, A. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. **Injury prevention.**, v. 8, p. 38-41, 2002.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência: um desafio para os profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

DE-SOUZA, D. A.; MANÇO, A. R. X.; MARCHESAN, W. G.; GREENE, L. J. Epidemiological data of patients hospitalized with burns and other traumas in some cities in the southeast of Brazil from 1991 to 1997. **Burns.**, v. 28, n. 2, p. 107-114, 2002.

DILORETO, O. Origem e modo de construção das moléstias da mente (psicopatogenese): a psicopatogenese que pode estar contidas nas relações familiares. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DINIZ, N. M. F.; LOPES, R. L. M.; RODRIGUES, A. D.; FREITAS, D. S. Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n.3, p. 321-325, 2007.

DRESSLER, D.P; HOZID, J.L. Thermal injury and child abuse: the medical evidence dilemma. **Journal of burn care and rehabilitation.**, v. 22, n. 2, p. 179 – 185, 2001.

DRUMMOND, J. P.; SILVA, E. **Medicina baseada em evidências: um novo paradigma assistencial e pedagógico.** São Paulo (SP): Atheneu, 1998.

DUBOWITZ, H; BENNET, S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet.*, v.369, n.2, p.1891-1899, 2007.

EBRAHIM, M. K; GEORGE, A. Infant scald burns: a case of negligence? **Burns.**, v. 29, p. 95, 2003.

EI-BADAWY, A.; MABROUK, A. R. Epidemiology of childhood burns in the burn unit of Ain Shams University in Cairo, Egypt. **Burns.**, v. 24, n.8, p. 728-732, 1998.

EVASOVICH, M; KLEIN, R; MUAKKASSA, F; WEEKLEY, R. The economic effect of child abuse in the burn unit. **Burns.**, v.24, p. 642-645, 1998.

FARST, K; DUNCAN,J; MOSS,M; RAY,R.M; KOKOSKA,E;JAMES,L.P. Methamphetamine exposure presenting as caustic ingestions in children. **Annals of emergency medicine.**, v.49, n.3, p.341-343, 2007.

FELDAMN, K. W; SCVHALLER, R.T; FELDMAN, J.A; MCMILLON, M. Tap water scald burn in children. **Injury prevention.**, v. 4, p. 238-242, 1998.

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica contra a criança e o adolescente. In: Silva L. M. P. da. **Violência doméstica/Intrafamiliar contra crianças e adolescentes: nossa realidade.** Recife: EDUPE, 2002. cap. I, p. 17-43.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória.** 2002. 114 f. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidencia. **Acta paulista de enfermagem.**, v.19 , n.2, 2006.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca de melhores evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GANONG, L. H. Integrative review of nursing research. **Res. nurs. health**, v. 10, n. 1, p. 11, 1987.

GONÇALVES, M. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.

GRANDESSO, A. M. Viver em Família – Que tipo de futuro nós terapeutas familiares podemos ajudar a construir? In: MACEDO ROSA MARIA. **Terapia familiar no Brasil na última década.** São Paulo: Editora Roca, 2008. Capítulo 2 p.6-16.

GREENBAUM, R.A; DONNE, J; WILSON, D; DUNN, K. W. Intentional burn injury: an evidence-based, clinical and forensic review. **Burns.**, v.30, p. 628-642, 2004.

GREENBAUM,R.A; HORTON, J. B; WILLIAMS, C J; SHAH, M; DUNN, K. W. Burn injuries inflicted on children or the elderly: A framework for clinical and forensic assessment. **Plastic and reconstructive surgery.**, v.118, n.2, p. 46-58, 2005.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada.** 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

GUERRA, V.N.A. **A violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas.** 2 ed. São Paulo: Editora Cortez, 1985.

HADDADIN, K. J; AMAYREH, W. M. Non-accidental pediatric burns in Jordan. **Annals of Burns and fire disasters.**, v. 14, n. 2, p. 1-5, 2001.

HETTIARATCHY, S; DZIEWULSKI, P. ABC of burns: pathophysiology and types of burns. **BMJ.**, v.328, p.1427-1429, 2004.

HICKS, R.A; STOLFI, A. Skeletal surveys in children with burns caused by child abuse. **Pediatric emergency care.**, v.23, n.5, p.308-313, 2007.

HILTMAN, S; DIANE PRIOLO; BRUCE, A; CAIRNS; GRANT, E.J; PETERSON, H.D; MEYER, A.A. Return to jeopardy: the fate of pediatric burn patients who are victims of abuse and neglect. **Journal of burn care and rehabilitation.**, v. 19, n. 4, p. 367- 376, 1998.

HORNOR, G. Physical abuse: Recognition and reporting. **Journal of pediatric health care.**, v.19, n.1, p.4-11, 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

HUDSON, M; KAPLAN, M.S.W. Clinical response to child abuse. **Pediatric clinics.**, v. 53,p.27-39, 2006.

HUYER, D. W.; CORKUM, S. H. Reducing the incidence of tap-water scalds: strategies for physicians. **Can. Med. Assoc.**, v.156, n. 6, p.841-844, 1997.

JENNINGS, B. M.; LOAN, L. A. Misconceptions among nurses about evidence-based practice. **J. nurs. scholarsh.**, v. 33, n. 2, p. 121-127, 2001.

JOHNSON, F. J; RESMIYE, O; GULLBERG, L. Diaper burn: Accident, abuse, or neglect. **Pediatric emergency care.**v.16, n. 3, p. 173-175, 2000.

KLIEMANN, J. D. Estudo epidemiológico dos adultos internados por queimaduras no Hospital de Pronto Socorro. **Revista H.P S.**, v. 1, n.36, p. 32-36, 1990.

KLIEMANN, J. D.; LEHUGEUR, D. S.; FRANCHE, G. L. S.; SEARA, S. C. Acidentes por queimaduras em crianças: estudo epidemiológico. **Revista H.P S.**, v. 1, n.36, p.36-41, 1990.

KOS, L; SHWAYDER, T. Cutaneous Manifestations of child abuse. **Pediatric dermatology.**, v.23, n.4, p. 311-320, 2006.

LADEBAUCHE, P. Childhood trauma: when to suspect abuse. **RN.**,v.60, n.9, p.38-43, 1997.

LEONARDI, D. F.; VEDOVATO, J. M.; WERLANG, P. M.; TORRES, O. M. Child burn: accident, neglect or abuse. A case report. **Burns.**, v. 25, n.1, p. 69-71, 1999.

LIMA, M. S; SOARES, B.G.O; BACALTCHUK. Psiquiatria baseada em evidência. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 3, n. 22, p. 142-146, 2000.

LOBIONDO-WOOD, G; HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2001. Cap. 8, p.111-120.

MACEDO, J. L. S., ROSA, S. C. Epidemiological survey of patients admitted to the Burns unit of Hospital Regional da Asa Norte, Brasília. **Revista Brasileira Médica.**, v. 3, n. 37, p. 87-92, 2000.

MAGUIRE, S; MOYNIHAN, S; MANN, M; POTOKAR, T; KEMP, A. M. Asystematic review of the features that indicate intentional scalds in children. **Burns.**, v. 34, p. 1072-1081, 2008.

MAYERS, B.W; BURNS, P. Differential diagnosis of abuse injuries in infants and young children. **The nurse practitioner**, v. 25, n. 10, p. 15-37, 2000.

MCGOLDRICK, M; CARTER, B. As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995. Capítulo 2, p. 40-58.

MCRAE, S; MCCUTCHEON, H. CPD: Assessing for non-accidental burn injuries in children. **Collegian.**, v.11, n1, p. 40-41, 2004.

MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S.; TONO, V. L. Causas externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para sua prevenção. **Revista Saúde**, v. 1, n.1, p.36 – 47, 2007.

MELMAN, J. Família e Doença Mental. **Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras. Coleção Ensaio Transversais, 2002.

MELNYK, B. M; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence – based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005. Cap. 1 p. 3-20.

MELNYK, B.M. Finding and appraising systematic reviews of clinical interventions: critical skills for evidence-based practice. **Pediatric Nurs.** 2003 Mar-Apr; 29 (2):147-9.

MERCIER, C.; BLOND, M. H. Epidemiological survey of childhood burn injuries in France. **Burns.**, v. 22, n. 1, p. 29-34, 1995.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. In: MINAYO, M. C. **Trajatória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007. cap. 1, p. 13-29.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva.**, v. 4, n. 1, p. 7- 23 , 1999.

MORALES-FERNÁNDEZ, E.; GÁLVES-ALCARAZ, L.; FERNANDEZ-CREHUET-NAVAJAS, J.; GOMES-GRACIA, E.; SALINAS-MATINEZ, J. M. Epidemiology of burns in Málaga, Spain. **Burns.**, v. 23, n. 4, p. 323-332, 1997.

MUKADAM, S; GILLES, E.E. Unusual inflict hot oil burns in a 7 years – old. **Burns.**, v.29, p.83 – 86, 2003.

OJO, P; PALMER,J;GARVEY,R; ATWEH, N; FIDLER, P. Pattern of Burns in child abuse. **The American surgeon.**, v.73, n.3, p.253-255, 2007.

OLIVEIRA, G.J; OLIVEIRA, E.S; LELES, C.R.Tipos de delineamento de pesquisa de estudos. **Revista Odonto Ciência.**, v22, n. 55, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Repercussão da saúde das populações americanas.** In: CONSELHO DIRETOR, 44., SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL, 55., 2003, Washington, D. C., 2003. 20 p.

OSÓRIO, L. C.; ZIMERMAN, D. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PECK, M.D; PRIOLO-KAPEL, D. Child abuse by burning:a review of the literature and an algorithm for medical investigations. **The journal of trauma.**, v.53, p. 1013 – 1022, 2002.

PETRIDOU, E.; TRICHOPOULOS, D.; MERA, E.; PAPADATOS, Y.; PAPAZOGLU, K.; MARANTOS, A.; SKONDRAS, C. Risk factors for childhood burn injuries: a case-control study from Greece. **Burns.**, v. 24, n.2, p. 123-128, 1998.

PHILIPS, P. S; PICKRELL, E; MORSE, T. S Intenyional burning a severe form of child abuse. **J Am College Emerg Physicians.**, v. 3, p. 388-390, 1974.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap.8, p164-197 e cap.9, p.200-219.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura.** 2007.184 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ROMAM, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.109-112, 1998.

ROQUE, E. M. S. T. **A violência na família contra criança e adolescentes e a percepção dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis - SP.** 2001. 226 f. Dissertação de (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ROSSI, L. A.; BRAGA, E. C. F.; BARRUFFINI, R de C. de P.; GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev. panam. salud pública.**, v. 4, n. 6, p. 401-404, 1998.

ROSSI, L. A.; BRAGA, E. C. F.; BARRUFFINI, R. de C. de P.; CARVALHO, E. C. Childhood burn injuries circumstances of occurrences and their preventio in Ribeirão Preto, Brazil. **Burns.**, v. 24, n.5, p. 416-419, 1998.

RUTH, G.D; SMITH, R; BRONSON, M; DAVIS, T. A; WILCOX, R.M.Outcomes related to burn-related child abuse: a case series. **Journal of Burn Care Rehabilitation.**, v.24, n.5, p.317-321, 2003.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M. C.; MUIR GRAY, J. A.; HAYNES, R. B.; RICHARDSON, W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **Br. med. j.**, v. 312, n. 7023, p. 71-72, 1996 January.

SANTUCCI, K.A; ALLEN, L; HSIÃO. Advances in clinical forensic. **Current Opinion in Pediatrics.**, v. 15, p. 304 – 308, 2003.

SCHLIEVERT, R. Child abuse-or mimic? **Consultant.**, v. 44, n.8, p.1160-1161, 2004.

SHARMA, B. R.; HARISH, D.; SHARMA, V.; VIJ, K. Kitchen accidents vis-à-vis dowry deaths. **Burns.**, v. 28, n. 3, p. 250-253, 2002.

SHAWNA, S. M; JEANNE, S. F. The cutaneous manifestations and common mimickers of physical child abuse. **Journal of pediatric health care.**, v.18, n.3, p.123-129, 2004.

SIE, S. D; ANNEMARIE, M. C; VAN ROSSUM;OUDESLUYS-MUPHY,A.M; AMY, L. B; STARLING, S. Scald burns in the bathroom:accidental or inflicted? **Official journal of the American academy of pediatrics.**, v.113, p. 173-174, 2004.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências.** 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVERMAN, R. Scald or psedoscald? **Archives dermatology.**,v.138, p.1615-1616, 2002.

SMITH, M. L. Pediatric Burns: management of thermal, electrical, and chemical Burns and burn-like dermatologic conditions. **Annals pediatric.**, v. 29, n. 6, p. 367-378, 2000.

SOARES, J.F; SIQUEIRA, A. L. Introdução a estatística médica. **Organização da pesquisa médica.** Belo Horizonte: COOPMED, 2002. Cap. 2, p.14-32.

SPENCER, D. Paediatric trauma:when it is not na accident. **Accid. emerg. nurs.**, v. 10, n. 3, p. 143-148, 2002.

STRATMAN, E; MELSKI, J. Scald abuse. **Archives dermatology.**, v. 138, p.318-320, 2001.

THOMPSON, S. Accidental or inflicted?Evaluating cutaneous, skeletal and abdominal trauma in children. **Pediatric annals.**, v.34, n. 5, p. 372-381, 2005.

TITUS, M. O; BAXTER, L. A; STARLING, P.S. Accidental sald Burns in sinks. **Official journal of the American academy of pediatrics.**, v. 111, p. 191 – 194, 2003.

UPSHAW, J. E; SMITH, C; TAGGE, E; EVANS, J. Thermal injury in children. **Journal of the South Carolina Medical.**, v.100, n. 12, p. 342-246, 2004.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIDAL-TRECAN, G.; TCHERNY-LESSENDT, S.; GROSSIN, C.; DEVAUX, S.; PAGES, M.; LAGUERRE, J.; WASSERMANN, D. Differences between burns in rural and urban areas: implications for prevention. **Burns.**, v. 26, n.4, p. 351-358, 2000.

WALL, K; LOBO, C. Famílias monoparentais em Portugal. **Análise Social.**, v.150, p. 123-145, 1999.

WERNECK, G. L.; REICHENHEIM, M. E. Paediatric burns and associated risk factors in Rio de Janeiro, Brazil. **Burns.**, v. 23, n. 6, p. 478-483, 1997.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

YASTI, A.C; TUMER, A.R; ATLI, M; TUTUNCU,T; DERINOZ, A; KAMA, N.A. A clinical forensic scientist in the burns unit: Necessity or not?A prospective clinical study. **Burns.**, v. 32, p. 77-82, 2006.

*APÊNDICE*

---

## APÊNDICE A

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

## IDENTIFICAÇÃO

Título da publicação:  
Título do periódico:  
Base de dados:  
Autores:  
Local de trabalho:  
Graduação:  
País de origem dos autores:  
Ano de publicação:

Instituição sede de estudo  
 Hospital  
 Universidade  
 Centro de pesquisa  
 Outras Instituições  
 Pesquisa Multicêntrica  
 Não Identifica Local

Tipo de publicação                      **Material Científico**  
 Livro texto  
 Dissertação/Tese  
 Artigo de Periódico  
 Proceeding/Anais  
 Outros

**Revista Científica**

Publicação em enfermagem especializada em tema específico  
Qual:

## II-INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

## Introdução

- Define o objeto de investigação  
 Justifica a relevância do estudo  
 Apresenta revisão de literatura relacionada ao tema do estudo  
 Quadro teórico representa o conteúdo do estudo

## Objetivo:

Descrever:

Questão de investigação:

Hipótese:

- autor define claramente o objetivo do estudo

### III-CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS

#### Estudos com dados primários

Delineamento do estudo

Abordagem Quantitativa

Delineamento experimental

(delineamento fatorial; delineamento de medidas repetidas ensaios clínicos)

Delineamento quase-experimental

(delineamento de grupo-controle não equivalente; delineamento temporário)

Delineamento não-experimental

(pesquisa correlacional; pesquisa descritiva)

Abordagem Qualitativa

Etnografia

Fenomenologia

Teoria fundamentada

Outras

Abordagem Mista

Qualitativa & Quantitativo

#### Estudos com dados secundários

Revisão Sistemática

Revisão Integrativa

Revisão da Literatura

Autor define claramente o delineamento do estudo

#### Amostra

Seleção

Randômica

Conveniência

Outra

Tamanho (n): inicial \_\_\_\_\_ final \_\_\_\_\_

#### Dados

sociodemográficos

Características: idade: \_\_\_\_\_; Sexo:  M  F;

Escolaridade:

1º grau  2º grau  3º grau

Renda familiar:

#### Características

do acidente

Local do acidente:

Agente:

Profundidade:

Descrever:

#### Técnica para coleta dos dados

Descrever:

entrevista semiestruturada

- retrospectivo  
 prospectivo  
 o instrumento de coleta de dados foi descrito  
 o instrumento foi submetido à validação  
Variável independente (intervenção): \_\_\_\_\_  
Variável dependente: \_\_\_\_\_  
Grupo controle:  sim  não

Duração do estudo: \_\_\_\_\_

Análise dos dados  análise descritiva  análise estatística

Descrever:

os dados apresentaram diferença estatisticamente significativa

#### IV-RESULTADOS

**Resultados** Identificação de violência doméstica  sim  não  não especificado  
 **violência física** \_\_\_\_\_  
 **violência sexual** \_\_\_\_\_  
 **violência psicológica** \_\_\_\_\_  
 **negligência** \_\_\_\_\_  
 **abandono** \_\_\_\_\_  
 **outros** \_\_\_\_\_

Faixa etária mais acometida:

Característica do sujeito:

Característica da queimadura mais freqüente:

Dados sociodemográficos relacionados:

#### V-CONCLUSÕES

Descrever: