

**QUEIMADURAS TÉRMICAS EM GESTANTES: ABORDAGEM
MULTIDISCIPLINAR E DESAFIOS NO MANEJO DERMATOLÓGICO,
CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

**THERMAL BURNS IN PREGNANT WOMEN: MULTIDISCIPLINARY
APPROACH AND CHALLENGES IN DERMATOLOGICAL, SURGICAL AND
OBSTETRIC MANAGEMENT**

**QUEMADURAS TÉRMICAS EN MUJERES EMBARAZADAS: ABORDAJE
MULTIDISCIPLINARIO Y RETOS EN EL MANEJO DERMATOLÓGICO,
QUIRÚRGICO Y OBSTÉTRICO**



10.56238/sevenVIIImulti2026-003

Luna Rocha Goifman

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Souza Marques

E-mail: luna.goifman@gmail.com

André Inácio Nunes Ramos

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares

E-mail: andreinacionr@gmail.com

Luana Letícia Machado Borba Khouri

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Gurupi (UNIRG)

E-mail: luanaleticiamachado@gmail.com

Maria Eduarda Frazzon Rodembuch Alves

Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina - Campus Pedra Branca

E-mail: frazzonduda@gmail.com

RESUMO

As queimaduras térmicas em gestantes configuram uma condição clínica rara, porém de extrema gravidade, que impõe desafios singulares ao manejo médico devido à sobreposição entre as alterações fisiológicas da gestação e a resposta sistêmica à injúria térmica. Este estudo teve como objetivo analisar os principais aspectos dermatológicos, cirúrgicos e obstétricos envolvidos no cuidado dessas pacientes, destacando a importância da atuação multidisciplinar. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas bases PubMed e SciELO, com publicações entre 1990 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os resultados evidenciam que a extensão da queimadura e a idade gestacional são determinantes prognósticos para a sobrevida materno-fetal. O tratamento deve priorizar a estabilização hemodinâmica, o controle rigoroso da infecção, o uso criterioso de agentes tópicos e sistêmicos seguros na gestação, além do monitoramento contínuo da vitalidade fetal. A ausência de protocolos clínicos específicos e a escassez de estudos prospectivos dificultam a padronização das condutas. Conclui-se

que a abordagem integrada entre dermatologia, cirurgia e obstetrícia é essencial para reduzir complicações, otimizar desfechos e assegurar o cuidado humanizado às gestantes queimadas.

Palavras-chave: Queimaduras Térmicas. Gestação. Manejo Multidisciplinar. Cirurgia Obstétrica. Cuidados Dermatológicos.

ABSTRACT

Heat burns in pregnant women are a rare but extremely serious clinical condition that poses unique challenges to medical management due to the overlap between the physiological changes of pregnancy and the systemic response to heat injury. This study aimed to analyze the main dermatological, surgical, and obstetric aspects involved in the care of these patients, highlighting the importance of multidisciplinary work. A narrative review of the literature was conducted in PubMed and SciELO databases, with publications published between 1990 and 2025, in Portuguese, English, and Spanish. The results show that the extent of the burn and gestational age are prognostic determinants for maternal-fetal survival. Treatment should prioritize hemodynamic stabilization, rigorous infection control, judicious use of safe topical and systemic agents during pregnancy, and continuous monitoring of fetal well-being. The lack of specific clinical protocols and the scarcity of prospective studies hinder standardization of procedures. It is concluded that an integrated approach involving dermatology, surgery, and obstetrics is essential to reduce complications, optimize outcomes, and ensure humane care for burned pregnant women.

Keywords: Thermal Burns. Pregnancy. Multidisciplinary Management. Obstetric Surgery. Dermatological Care.

RESUMEN

Las quemaduras por calor en embarazadas son una afección clínica poco frecuente, pero extremadamente grave, que plantea desafíos únicos para el manejo médico debido a la superposición entre los cambios fisiológicos del embarazo y la respuesta sistémica a la lesión por calor. Este estudio tuvo como objetivo analizar los principales aspectos dermatológicos, quirúrgicos y obstétricos involucrados en la atención de estas pacientes, destacando la importancia del trabajo multidisciplinario. Se realizó una revisión narrativa de la literatura en las bases de datos PubMed y SciELO, con publicaciones publicadas entre 1990 y 2025, en portugués, inglés y español. Los resultados muestran que la extensión de la quemadura y la edad gestacional son determinantes pronósticos para la supervivencia materno-fetal. El tratamiento debe priorizar la estabilización hemodinámica, el control riguroso de la infección, el uso prudente de agentes tópicos y sistémicos seguros durante el embarazo y la monitorización continua del bienestar fetal. La falta de protocolos clínicos específicos y la escasez de estudios prospectivos dificultan la estandarización de los procedimientos. Se concluye que un enfoque integral que incluya dermatología, cirugía y obstetricia es esencial para reducir las complicaciones, optimizar los resultados y garantizar una atención humana a las embarazadas con quemaduras.

Palabras clave: Quemaduras Térmicas. Embarazo. Manejo Multidisciplinario. Cirugía Obstétrica. Atención Dermatológica.

1 INTRODUÇÃO

A queimadura térmica durante a gestação é considerada uma condição clínica incomum, porém de alta gravidade, sendo associada a taxas elevadas de mortalidade materna e fetal, especialmente em países em desenvolvimento (UBRAHMANYAM, 2006; GAFFAR; AKHTAR; FARUQUI, 2007). Essa complexidade se deve não apenas à natureza do trauma térmico, mas também à sobreposição das alterações fisiológicas da gravidez com a resposta sistêmica desencadeada pela lesão, o que impõe desafios singulares ao cuidado multidisciplinar (GHOTBI; BEHESHTI, 2006).

As mudanças fisiológicas próprias do período gestacional, como o aumento do volume plasmático, a queda da resistência vascular periférica e a elevação do débito cardíaco, alteram significativamente a resposta à injúria térmica (STOELTING; MILLER, 2000; BAKER, 2001). Essas alterações repercutem diretamente na absorção e distribuição de fluidos, medicamentos e nutrientes, tornando a reanimação volêmica, a analgesia e o suporte nutricional processos delicados e de risco aumentado (BERTIN-MAGHIT et al., 2001; POWELL-TRUCK, 2002).

Do ponto de vista obstétrico, a exposição ao estresse térmico e inflamatório pode precipitar eventos adversos graves, como trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, sofrimento fetal agudo e até aborto espontâneo (AKHTAR et al., 1994; MASOODI et al., 2012). O prognóstico fetal está diretamente relacionado à idade gestacional no momento da queimadura, à extensão da lesão e à estabilidade hemodinâmica da gestante (NAPOLI et al., 2000).

O manejo clínico e cirúrgico de gestantes grandes queimadas requer uma abordagem coordenada entre múltiplas especialidades. A Dermatologia atua na avaliação da profundidade e extensão das lesões, bem como na prescrição de terapias tópicas compatíveis com a gestação (JAIN; GARG, 1993). A Cirurgia Geral, por sua vez, é essencial para a realização de debridamentos precoces, enxertias e suporte em unidades de terapia intensiva, sempre ponderando os riscos anestésicos e metabólicos da paciente grávida (GORE, 2011; PRASANN; SING, 1996).

Já a Obstetrícia deve realizar o monitoramento contínuo da vitalidade fetal, ajustar o plano de parto conforme a evolução clínica e prevenir complicações como corioamnionite, restrição de crescimento intrauterino e hemorragia periparto (MOKUBE; VERLA; MBOME, 2009). O suporte pré-natal intensivo e a tomada de decisões cirúrgicas rápidas tornam-se indispensáveis em cenários em que a vida fetal pode ser impactada pela evolução materna (SRIVASTAV; BANG, 1988).

Em ambientes com recursos limitados, os desafios se acentuam. Fatores como ausência de unidades especializadas, indisponibilidade de anestésicos seguros na gestação, deficiência de suporte obstétrico avançado e escassez de protocolos clínicos específicos colocam em risco a sobrevivência materno-fetal (EL-GALLAL; YOUSEF, 2002; MEHDIZADEH et al., 2002). Tal cenário reforça a importância da construção de diretrizes clínicas voltadas a essa população vulnerável.

A ausência de protocolos consolidados para o manejo de queimaduras térmicas em gestantes reflete a escassez de estudos prospectivos e o baixo número de casos registrados em centros especializados (GANG et al., 1982; GAFFAR; AKHTAR; FARUQUI, 2007). Essa lacuna contribui para a variabilidade de condutas e evidencia a necessidade de pesquisas voltadas à sistematização de cuidados baseados em evidências e adaptados às necessidades materno-fetais.

A atuação integrada entre dermatologistas, cirurgiões e obstetras deve se iniciar ainda na admissão hospitalar, estendendo-se até a fase de reabilitação física e psicossocial da gestante (MASOODI et al., 2012; BAZIN et al., 2001). A articulação entre as especialidades permite uma abordagem holística, que respeite simultaneamente as necessidades da mãe e do feto, reduzindo as chances de sequelas permanentes e promovendo melhores desfechos clínicos.

Diante da gravidade da condição e da complexidade do seu manejo, o presente estudo tem como objetivo geral analisar os principais desafios e condutas no manejo clínico e cirúrgico das queimaduras térmicas em gestantes, com foco na atuação conjunta entre dermatologia, cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia. Como objetivos específicos, pretende-se: descrever os principais aspectos clínicos e dermatológicos das queimaduras durante a gestação; identificar os cuidados cirúrgicos indicados para gestantes grandes queimadas, respeitando os limites fisiológicos da gestação; avaliar os impactos obstétricos das queimaduras e as condutas mais seguras para mãe e feto; discutir condutas seguras frente ao uso de medicamentos tópicos e sistêmicos; e analisar a importância do trabalho integrado entre especialidades para otimização dos desfechos.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A busca foi iniciada com a definição dos descritores e a seleção das plataformas de pesquisa. As buscas foram realizadas na base de dados eletrônica PubMed, no período de janeiro de 1990 a março de 2025. Os descritores utilizados foram: “*burns*”; “*pregnancy*”; “*surgical treatment*”; “*wound care*”; “*obstetric complications*”, combinados por meio do operador booleano AND, e definidos com base nos descritores em saúde da plataforma DeCS/MeSH.

A análise dos dados foi conduzida de maneira padronizada, com base nos seguintes critérios de inclusão: publicações com recorte temporal entre janeiro de 1990 e fevereiro de 2025, redigidas nos idiomas inglês, espanhol ou português, e com texto completo disponível. Como critério de exclusão, foram desconsiderados os artigos cujo título não incluía os descritores definidos, bem como aqueles que abordavam queimaduras não térmicas (elétricas ou químicas) ou que não envolviam pacientes gestantes.

Os artigos foram selecionados por dois avaliadores independentes, sendo mapeados inicialmente pelos títulos e, posteriormente, pelos resumos. Os dados foram discutidos de forma

colaborativa e sistemática, com atualização contínua do formulário de extração por meio de um processo iterativo. As divergências na seleção ou extração de informações foram resolvidas por consenso ou, quando necessário, com a participação de um terceiro avaliador.

Além da busca sistemática nas bases eletrônicas, foram incluídos estudos identificados por meio de pesquisa manual em periódicos especializados, rastreamento de referências bibliográficas e literatura cinzenta, a fim de abranger o maior número possível de evidências disponíveis sobre o tema.

3 RESULTADOS

A busca resultou em 6.518 publicações, das quais apenas 20 publicações atenderam aos objetivos propostos no trabalho a partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como a partir da leitura dos títulos e resumos. Na plataforma Pubmed, usando os descritores presentes no título e resumo, foram encontrados 9.108 artigos de 1800 a 2025. Foi definido a restrição temporal de 25 anos (1990 a 2025) sendo encontrados 3.218 artigos. Com o critério de inclusão foram utilizados língua portuguesa e inglesa, foram excluídos 15 trabalhos, resultando em 3.213. Apenas trabalhos disponíveis na íntegra (FULL TEXT) foram selecionados, resultando em 2.671. Com a aplicação do critério de exclusão resultou em 315 artigos.

Dentre os artigos selecionados, foi realizada a conferência de duplicidade de trabalhos, resultando em 309, com apenas 8 duplicações. O critério de análise seguinte compreendeu a leitura dos títulos no formato duplo cego com dois avaliadores, em que os materiais selecionados foram somente os aprovados duplamente, resultando em 45 trabalhos. Em sequência, foi feita a leitura dos resumos pelos mesmos avaliadores resultando em 20 trabalhos.

4 DISCUSSÃO

As queimaduras térmicas em gestantes configuram uma condição clínica de baixa frequência, cuja verdadeira incidência permanece subestimada em virtude da subnotificação e da ausência de sistemas de vigilância específicos. Estudos apontam que essa condição representa menos de 1% dos casos de grandes queimados em serviços terciários (UBRAHMANYAM, 2006; MASOODI et al., 2012). No entanto, em países de baixa e média renda, a frequência tende a ser superior, associada a fatores como acidentes domésticos com líquidos aquecidos, quedas em fogões a lenha, queimaduras por gás ou querosene e, em casos mais graves, lesões autoprovocadas ou por violência doméstica (GAFFAR; AKHTAR; FARUQUI, 2007). O componente sociocultural é relevante, pois a vulnerabilidade social e o acesso limitado a serviços especializados agravam o prognóstico.

Durante a gestação, diversas alterações fisiológicas influenciam negativamente o curso clínico das pacientes queimadas. O aumento do débito cardíaco e do volume plasmático, a diminuição da pressão coloidosmótica, a elevação da demanda metabólica e a redução da capacidade funcional

pulmonar impactam diretamente a resposta sistêmica à injúria térmica (STOELTING; MILLER, 2000; BAKER, 2001). Além disso, o estado imunológico alterado da gestante contribui para maior suscetibilidade a infecções e sepse. A consequência clínica é um risco aumentado de hipoperfusão placentária, o que pode desencadear sofrimento fetal agudo, trabalho de parto prematuro ou mesmo óbito intrauterino (AKHTAR et al., 1994; GANG et al., 1982).

O manejo clínico inicial de uma gestante grande queimada segue os princípios gerais da abordagem ao paciente com queimaduras, porém adaptado às particularidades fisiológicas da gestação. A estabilização hemodinâmica e a reanimação volêmica devem respeitar os parâmetros adequados para a manutenção da perfusão uteroplacentária, com controle rigoroso de eletrólitos e da glicemia (GORE, 2011; BERTIN-MAGHIT et al., 2001). A prevenção da sepse exige estratégias eficazes de barreira cutânea, suporte nutricional precoce e antibioticoterapia criteriosa. A gestante queimada deve ser monitorada em unidade de terapia intensiva com atenção a complicações obstétricas, cardiopulmonares e metabólicas.

No que tange à abordagem dermatológica, a avaliação correta da profundidade e extensão das lesões é crucial para o planejamento terapêutico. A escolha dos curativos deve priorizar materiais que não ofereçam risco teratogênico, sendo indicado evitar o uso de agentes tópicos potencialmente tóxicos, como sulfadiazina de prata em gestantes a termo (JAIN; GARG, 1993; MASOODI et al., 2012). O controle da dor deve ser feito com analgésicos compatíveis com a gestação, e o acompanhamento da cicatrização precisa ser minucioso, uma vez que a hipervascularização cutânea típica da gravidez pode alterar a evolução das lesões e a resposta aos tratamentos tópicos.

As condutas cirúrgicas em gestantes queimadas impõem decisões complexas. O debridamento precoce e a enxertia devem ser avaliados conforme o risco-benefício, levando em conta a idade gestacional e as condições materno-fetais (PRASANN; SING, 1996; GANG et al., 1982). A anestesia obstétrica requer cuidados com posicionamento, risco de aspiração, manutenção da oxigenação e escolha de agentes anestésicos seguros (BAZIN et al., 2001). A hipotermia e a perda sanguínea intraoperatória devem ser minimizadas para não comprometer a perfusão placentária. Em muitos casos, opta-se por abordagem conservadora inicial até a estabilização do binômio materno-fetal.

Do ponto de vista obstétrico, o monitoramento fetal contínuo deve incluir ultrassonografia seriada, dopplervelocimetria e cardiotocografia, com o objetivo de detectar precocemente sinais de sofrimento fetal (MOKUBE; VERLA; MBOME, 2009). A presença de sinais clínicos de trabalho de parto prematuro ou alterações no bem-estar fetal pode indicar a necessidade de interrupção precoce da gestação, principalmente em casos com queimaduras extensas e instabilidade materna. O uso de tocolíticos, corticoterapia para maturação pulmonar fetal e antibioticoterapia preventiva devem ser criteriosamente avaliados conforme o caso clínico (AKHTAR et al., 1994; NAPOLI et al., 2000).

O arsenal terapêutico sistêmico disponível para gestantes queimadas é limitado. Muitos fármacos amplamente utilizados em pacientes grandes queimados apresentam contraindicações ou ausência de estudos de segurança em gestantes (GHOTBI; BEHESHTI, 2006). A escolha de antibióticos, analgésicos, anticoagulantes e agentes tópicos deve ser individualizada e baseada em evidências, respeitando a farmacocinética alterada pela gravidez. A falta de ensaios clínicos específicos gera insegurança na conduta e reforça a necessidade de protocolos bem delineados.

A integração entre as equipes de Dermatologia, Cirurgia Geral, Obstetrícia, Terapia Intensiva e Enfermagem especializada é fundamental para garantir a assistência adequada às gestantes queimadas. O trabalho conjunto permite decisões mais seguras, reduz complicações e melhora os desfechos perinatais (MASOODI et al., 2012; EL-GALLAL; YOUSEF, 2002). A atuação da fisioterapia e da equipe multiprofissional desde o início da hospitalização até a reabilitação física e emocional contribui para a recuperação funcional e para o suporte psicossocial da paciente, muitas vezes em situação de vulnerabilidade.

O acompanhamento pós-agudo das gestantes acometidas por queimaduras térmicas deve ser planejado de forma sistemática, contemplando não apenas a recuperação da integridade cutânea, mas também os desdobramentos obstétricos e psicossociais do trauma. A vivência de um episódio de queimadura grave durante a gestação pode acarretar importantes repercussões emocionais, incluindo quadros de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, resultantes do temor pela própria sobrevivência e pela segurança do feto (Masoodi et al., 2012).

Nesse cenário, a reabilitação física precoce, com suporte da fisioterapia e da terapia ocupacional, é essencial para a prevenção de deformidades, preservação da funcionalidade e preparação para o parto e puerpério. Simultaneamente, o apoio psicossocial, com acompanhamento psicológico, assistência social e, quando necessário, suporte psiquiátrico, deve ser parte integrante da assistência, promovendo a reinserção segura da gestante à rotina familiar e aos cuidados neonatais (Bazin et al., 2001).

No âmbito da saúde coletiva, torna-se imprescindível a implementação de estratégias preventivas voltadas às populações vulneráveis, especialmente em regiões com maior incidência de queimaduras domésticas e violência de gênero. As evidências apontam que grande parte dos casos decorre da exposição a líquidos inflamáveis, más condições de moradia e práticas culturais de risco (Gaffar; Akhtar; Faruqi, 2007). Assim, a formulação de políticas públicas intersetoriais — que incluam ações de educação em saúde, proteção à mulher e melhorias habitacionais — representa uma medida efetiva na mitigação de novos casos.

Apesar da gravidade do quadro clínico, observa-se uma escassez de fluxos clínicos bem definidos para o atendimento de gestantes grandes queimadas. A inexistência de protocolos específicos leva à adoção de condutas empíricas, muitas vezes baseadas em adaptações das diretrizes gerais para

queimados, sem considerar as especificidades da gravidez (Ubrahmanyam, 2006; El-Gallal; Yousef, 2002). Tal lacuna compromete a tomada de decisão, sobretudo em contextos de instabilidade fetal ou materna.

Diante disso, destaca-se a urgência no desenvolvimento de diretrizes clínicas voltadas para essa população, contemplando desde a triagem inicial até o seguimento ambulatorial. Tais diretrizes devem incluir critérios objetivos para intervenções cirúrgicas, indicação de agentes tópicos e sistêmicos seguros na gestação, escolha anestésica adequada e parâmetros de vigilância fetal (Prasann; Sing, 1996; Ghotbi; Beheshti, 2006). A padronização da assistência permitirá maior segurança, reduzirá a variabilidade das práticas clínicas e favorecerá melhores resultados materno-fetais.

Por fim, a escassez de diretrizes clínicas específicas para o manejo de queimaduras em gestantes evidencia uma lacuna significativa na literatura. A maior parte dos dados disponíveis deriva de relatos de caso ou pequenas séries retrospectivas, o que limita a generalização das condutas (Ubrahmanyam, 2006; Gaffar; Akhtar; Faruqui, 2007). É urgente o desenvolvimento de estudos multicêntricos, com amostragens representativas, que subsidiem a construção de protocolos baseados em evidência. A criação de fluxos de atendimento integrados e adaptados à realidade hospitalar é uma estratégia promissora para o manejo seguro dessa condição complexa.

5 CONCLUSÃO

As queimaduras térmicas em gestantes configuram um desafio clínico e terapêutico de elevada complexidade, exigindo tomada de decisões rápidas, precisas e individualizadas. A combinação entre os efeitos sistêmicos da lesão térmica e as alterações fisiológicas próprias da gravidez impõe riscos significativos tanto para a mãe quanto para o feto, com possibilidade de desfechos adversos como sepse, sofrimento fetal, parto prematuro e mortalidade perinatal. A raridade do quadro não reduz sua gravidade, sendo fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para reconhecer, monitorar e intervir de forma eficaz nessas situações críticas.

Nesse contexto, torna-se indispensável uma abordagem multidisciplinar integrada, envolvendo as áreas de dermatologia, cirurgia geral e obstetrícia desde o atendimento inicial até a reabilitação completa da paciente. A atuação coordenada dessas especialidades possibilita o controle adequado das lesões cutâneas, a realização segura de intervenções cirúrgicas e o monitoramento contínuo da gestação, contribuindo para a otimização dos desfechos materno-fetais. Além disso, o suporte intensivo e o cuidado psicossocial devem ser incorporados como parte essencial do tratamento.

Entretanto, a ausência de protocolos clínicos específicos para o manejo de queimaduras em gestantes representa uma limitação relevante na prática médica atual. A escassez de dados robustos, a restrição no uso de fármacos e a heterogeneidade das condutas adotadas em diferentes serviços dificultam a padronização da assistência. Diante disso, é urgente fomentar estudos multicêntricos, com



delineamentos metodológicos rigorosos, que subsidiem a construção de diretrizes clínicas baseadas em evidências, adaptadas à realidade dos centros de queimados e à singularidade da gestação. Somente com conhecimento estruturado e atuação integrada será possível garantir segurança, eficácia terapêutica e dignidade no cuidado às gestantes vítimas de queimaduras térmicas.

REFERÊNCIAS

- UBRAHMANYAM, M. Burns during pregnancy: effect on maternal and foetal outcome. *Annals of Burns and Fire Disasters*, v. 9, n. 4, p. 115–119, 2006.
- GAFFAR, U. B.; AKHTAR, N.; FARUQUI, T. H. Burns during pregnancy: a socio-cultural disease. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, v. 32, n. 1, p. 31–33, 2007.
- GORE, M. Initial evaluation and resuscitation of burn patient. In: *Principles and practice of burn care*. Sec. 2, cap. 27. New Delhi: J P Brothers, 2011. p. 105–112.
- MOKUBE, J. A.; VERLA, V. S.; MBOME, V. N. Burns in pregnancy: a case report from Buea Regional Hospital, Cameroon. *Pan African Medical Journal*, v. 3, n. 21, p. 245–252, 2009.
- MASOODI, Z. et al. Pregnancy in burns: maternal and fetal outcome. *Indian Journal of Burns*, v. 20, p. 36–41, 2012.
- GHOTBI, S.; BEHESHTI, M. Burn during pregnancy: a five year survey to assess maternal and fetal mortality. *Shiraz E-Medical Journal*, v. 7, n. 4, p. 1–5, 2006.
- EL-GALLAL, A. R. S.; YOUSEF, S. M. Burns in pregnancy: a ten-year review of admitted patients. *Annals of Burns and Fire Disasters*, v. 15, p. 113–115, 2002.
- NAPOLI, B. et al. Burns in pregnancy. *Annals of Burns and Fire Disasters*, v. 13, p. 18–24, 2000.
- SRIVASTAV, S.; BANG, R. L. Burns during pregnancy. *Burns*, v. 14, p. 225–232, 1988.
- GANG, R. K. et al. Management of thermal injury in pregnancy: an analysis of 16 patients. *Burns*, v. 18, p. 317–320, 1982.
- AKHTAR, M. A. et al. Burns in pregnancy: effect on maternal and foetal outcomes. *Burns*, v. 20, p. 351–355, 1994.
- JAIN, M. L.; GARG, A. K. Burns with pregnancy: a review of 25 cases. *Burns*, v. 19, p. 166–167, 1993.
- PRASANN, M.; SING, K. Early burn wound excision in major burns with pregnancy: a preliminary report. *Burns*, v. 22, p. 234–237, 1996.
- MEHDIZADEH, A. et al. Epidemiology of burn injuries during pregnancy in Tehran, Iran. *Annals of Burns and Fire Disasters*, v. 15, p. 163–169, 2002.
- BERTIN-MAGHIT, M. et al. Réanimation du brûlé à la phase aiguë. In: *La collection de la SFAR: Conférences d'actualisation, 43e Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation*. 2001. p. 423–441.
- POWELL-TRUCK, J. Nutritional assessment. In: *Hutchison's Clinical Methods*. 22. ed. p. 44–50.
- BAZIN, J. E. et al. Anesthésie du patient obèse. In: *La collection de la SFAR: Conférences d'actualisation, 43e Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation*. 2001. p. 63–80.
- STOELTING, K. R.; MILLER, D. R. Physiologic changes in the parturient. In: *Basics of Anesthesia*. 4. ed. p. 341–345.



BAKER, N. P. Physiological changes in pregnancy. In: Obstetrics by Ten Teachers. 18. ed. Power edition. p. 48–52.