



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

ANDREA MACHADO TEIXEIRA DIAS

**HOSPITALIZAÇÃO POR ACIDENTES COM
CRIANÇAS E CONTEXTO FAMILIAR: PROTEÇÃO E
RESPONSABILIDADE NA FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA**

**SALVADOR
2009**

ANDREA MACHADO TEIXEIRA DIAS

**HOSPITALIZAÇÃO POR ACIDENTES COM
CRIANÇAS E CONTEXTO FAMILIAR: PROTEÇÃO E
RESPONSABILIDADE NA FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Anamélia Silva Lins e Franco

SALVADOR
2009

UCSal. Sistema de Bibliotecas
Setor de Cadastramento

- D541h Dias, Andrea Machado Teixeira
Hospitalização por acidentes com crianças e contexto familiar: proteção e responsabilidade na família contemporânea / Andrea Machado Teixeira Dias. - Salvador: UCSal. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, 2009.
72 f.
- Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.
- Orientadora: Profª Drª Anamélia Silva Lins e Franco
- Inclui bibliografia.
1. Crianças - Acidentes - Hospitalização. 2. Criança - Proteção - Responsabilidade familiar. 3. Hospital Geral do Estado - Criança acidentada - Família - Condições sócio-econômicas. 4. Família - Cuidados parentais. 5. Família contemporânea
Dissertação. II. Universidade Católica do Salvador. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea. III. Título.
- CDU 316.356.2:614.8-053.2 (043.3)

TERMO DE APROVAÇÃO

Andrea Machado Teixeira Dias**Hospitalização por Acidentes com Crianças e Contexto Familiar: uma análise dos fatores de proteção e responsabilidade na família contemporânea**

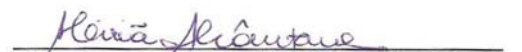
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 11 de agosto de 2009


Banca Examinadora:



Prof(a). Dr(a). Anamélia Lins e Silva Franco - Orientador(a)
Doutorado em Saúde Coletiva - UFBA
Universidade Católica do Salvador



Prof(a). Dr(a). Miriã Alves Ramos de Alcântara
Doutorado em Saúde Pública - UFBA
Universidade



Prof(a). Dr(a). Célia Nunes Silva
Doutorado em em Medicina - UFBA
Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho aos meus pais, que tanto cuidaram para que eu chegasse até aqui e ao meu marido e meus filhos que, no cuidado mútuo, caminhamos em família.

AGRADECIMENTOS

São muitos, alguns inomináveis...

A minha família que, entre nossa rotina, permitiu suporte aos meus momentos de dedicação a este trabalho.

Aos participantes da pesquisa, que mesmo em momentos de ansiedade e dor dividiram conosco informações tão simples e tão importantes.

A minha orientadora muito especial, Anamélia Lins e Silva Franco, que foi tão continente durante o desenvolvimento deste trabalho.

A equipe do Hospital Geral do Estado, onde trabalho, que autorizou e permitiu nossa presença em meio a sua rotina e aos colegas do Serviço de Psicologia, onde muitas coisas se indagam e nos provocam a busca de respostas.

A todos os professores do programa de Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea da UCSAL com quem estive e tanto partilhamos.

Ao Geraldo e todo pessoal de secretaria e apoio que nos ajudam sempre.

A FAPESB (Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado da Bahia) que em dois momentos contemplou este trabalho com seu apoio.

Aos bolsistas Jainara e André; a Flávia, que tanto se dedicou voluntariamente; a Dora que precisou nos deixar pra tomar outros rumos; Matheus, anjo que nos ajudou a organizar o que parecia o caos...valeu muito!

Àqueles que não estão citados aqui, presentes e ausentes neste mundo que de forma direta ou indireta me inspiraram a chegar até aqui.

A Deus...por tudo...

RESUMO

Trata-se de um estudo onde se pretendeu aprofundar e conhecer a prevalência clínica de acidentes com crianças e as condições familiares relacionadas à proteção, suporte e responsabilidade em famílias que buscam atendimento em unidade de emergência, no Hospital Geral do Estado, na cidade de Salvador, Bahia. Objetivou-se, mais especificamente, conhecer as condições sócio-econômicas destas famílias; conhecer as percepções do responsável presente no momento da assistência sobre fatores que envolvem o acidente; conhecer as justificativas declaradas ou supostas pelo interlocutor para a ocorrência do acidente e analisar as repercussões do evento traumático nas perspectivas futuras de proteção e responsabilidade. A coleta dos dados foi realizada através de 294 entrevistas com responsáveis acompanhantes de crianças vítimas de acidentes auxiliadas por um questionário estruturado. A faixa etária mais atingida foi de oito a doze anos, seguida da faixa de um a quatro anos, do sexo masculino predominantemente, sendo os acidentes prevalentes as quedas. Nestas situações, a mãe foi declarada a principal cuidadora dos filhos, em famílias nucleares. As famílias possuem mais de uma criança, se declaram católicas, possuem pouca escolaridade (ensino fundamental incompleto), residem em sua maioria na capital. A situação de trabalho mostra que os pais são os principais provedores de renda. A renda até um salário mínimo é o sustento da maior parte destas famílias. Os resultados apontam para dificuldades na proteção exercida pela família, visto a frágil percepção de riscos demonstrada pelas famílias entrevistadas e freqüente responsabilização das crianças ou de eventualidades pelos acidentes ocorridos.

Palavras-chave: acidentes; crianças; família

ABSTRACT

This study intended to deepen knowing the clinical prevalence of accidents with children and knowledge on the children hospitalized for accidents, the familiar conditions related about protection, support and responsibility in families who search attendance in unit of emergency for accidents involving children, in the General Hospital of the State, in the city of Salvador, Bahia. It was objectified, more specifically, to know the conditions partner-economic of these families ; to know the perceptions of the responsible gift at the moment of the assistance on factors that involve the accident; to have access to know the declared or supposed justifications for the interlocutor for the occurrence of the accident; to analyze the repercussions of the traumatic event in the future perspectives of protection and responsibility and to correlate given gotten through the interviews with data referring epidemiologists the accidents with children. The collection of the data was carried through 294 interviews with responsible companions of children victims of accidents in form a questionnaire structuralized. The reached band more was of eight at twelve years, followed of the band of one at four years, of the masculine sex predominantly, being the prevalent accidents the falls. In these situations, the mother was declared the main person who take care of the children, in nuclear families. The families possess a child more than, if catholics declare, possess little school level (incomplete basic education), inhabit in its majority in the capital. The work situation sample that the parents are the main suppliers of income. The income until a minimum wage is the sustenance of most of these families. The results point with respect to difficulties in the protection exerted for the family, seen the fragile perception of risks demonstrated by the interviewed families and frequent they say that the responsible one for the accident had been the children or eventuality.

Word-keys: accidents; children; family

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	9
1.1 OBJETIVO GERAL	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2 CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS.....	13
2.1 ACIDENTES COM CRIANÇAS NO MUNDO.....	13
2.2 ACIDENTES COM CRIANÇAS NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	16
2.3 O CONTEXTO DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS NO BRASIL	20
3 O OUTRO LADO DOS ACIDENTES: MAUS-TRATOS E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	26
4 A PERCEPÇÃO E A PREVENÇÃO DE RISCOS.....	33
5 FAMÍLIA E FATORES DE PROTEÇÃO	38
5.1 A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA	38
5.2 CUIDADOS PARENTAIS – COMPORTAMENTO INSTINTIVO OU CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS?	41
6 MÉTODO.....	46
6.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	46
6.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
6.3 ANÁLISE DOS DADOS	48
7 RESULTADOS.....	50
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ACOMPANHANTES	50
7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS VÍTIMAS DE ACIDENTES	50
7.3 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DOS ACIDENTES	53
7.4 PROPOSIÇÕES PREVENTIVAS	56
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES	70
APÊNDICE A - CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA.....	70
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA:	71

1 APRESENTAÇÃO

Todo trabalho que se inicia nos parece novo, mas no decorrer do caminho percebemos que as trilhas nos são familiares e nos levam a lugares já visitados. Foi assim com este trabalho. Ao ser definido o tema da proteção familiar em torno dos acidentes infantis parecia que entraria em novos universos daqueles tantos casos que, como psicóloga trabalhando na emergência de um hospital geral, atendia diariamente, em busca de reorganização após trauma. O trajeto da culpabilização já era conhecido, afinal tudo aquilo que parece inaceitável na nossa vivência, duro demais pra ser real, encontra julgamento rápido e culpados disponíveis. A meta então seria investigar o que ocorria naquelas famílias, naqueles contextos que se apresentavam necessitando de ajuda, de intervenção externa. Será que os acidentes eram tão acidentes assim? Mas será também que daria pra dizer que não eram apenas acidentes, nem tampouco simples negligências ou maus-tratos? Quais eram as justificativas e relatos apresentados para estes corriqueiros ou graves acidentes?

Então a busca de literatura a respeito de acidentes com crianças se iniciou e alguns trabalhos epidemiológicos, principalmente epidemiologia clínica, foram encontrados na produção nacional e a literatura internacional, focando bastante em estratégias de prevenção destes acidentes. Pouco se localizou sobre as relações com os contextos familiares, a não ser a marcante responsabilidade atribuída às famílias pela prevenção dos acidentes. Mas porque, então esta prevenção apresentava falhas? Por que nem todas as famílias eram capazes de proteger de maneira adequada de modo a reduzir riscos às vezes tão óbvios? Assim a idéia de realizar um trabalho que trouxesse dados quantitativos, que mostrassem um pouco deste universo junto a uma exploração mais qualitativa começou a tomar forma. E neste momento os caminhos levaram a lugares já conhecidos, como o desenvolvimento da função parental, discutindo o que vem a ser a proteção, a segurança, e ainda onde estes processos correm o risco de desintegração através de constructos como a preocupação materna primária, o suporte, a família, abordados por Winnicott. E construíram-se as relações entre conceitos e análises de

onde se aborda como se processaria a proteção, a responsabilidade em interação com questões da contemporaneidade.

A mãe talvez não seja naturalmente dotada da capacidade de suprir as necessidades dos filhos.

Como está a questão da responsabilidade na família contemporânea? Seria a família única responsável pelos cuidados totais à criança?

Neste aspecto abriu-se a discussão para a família que vem passando por mudanças relacionadas à vida em sociedade na modernidade (PETRINI, 2005). Neste sentido a sociedade civil tem se organizado para encontrar respostas aos desafios enfrentados, e estudos voltados para a família buscam compreender suas dinâmicas.

Ao discutir então, a família, esbarra-se numa tendência a naturalização, que a identifica com base na conjugalidade, relações de parentesco e divisões de papéis como fenômenos naturais, tornando-se necessário para estudá-la, hoje, dissolver tal aparência, percebendo-a como criação humana mutável (BRUSCHINI, 2000). Visto que as configurações atuais de família são diversas e como também são crescentes os novos arranjos para sua sustentação.

O século XXI chega apresentando mudanças e padrões difusos de relacionamento, trazendo a família como alvo de marcantes interferências externas. Evidencia-se, então, que os acontecimentos ligados à família vão além de respostas biológicas universais, configurando diferentes respostas sociais e culturais, disponíveis aos gêneros, em contextos históricos específicos (SARTI, 2005). Diferentes modelos de socialização estão sendo construídos no espaço da família, verificando a possibilidade desta variabilidade estar associada a diferentes estruturas, à classe social, à origem rural ou urbana, à religião, ao suporte social que a família utiliza, com enfoque no contexto de desenvolvimento disponível para a criança brasileira (BASTOS, 2001).

A família contemporânea vem sendo revista também a partir das posições de gênero (ROUDINESCO, 2003 e GIDDENS, 1993), donde se abre a discussão no sentido das mudanças marcantes no papel da mulher e questionamentos no papel

do homem permitindo perceber que várias agências têm se ocupado de algumas funções que antes tinham a primazia da família, como por exemplo a educação, contando também com o Estado e políticas públicas. Sendo assim é pertinente perguntar: Quem tem mais autoridade? Ou quem é a autoridade?

O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), inclusive, visa proteger a criança e o adolescente dos próprios pais. Em que medida seria proteção? Proteger de quê? De que forma está se configurando a responsabilização para as instâncias da família, Estado, escola, saúde?

Conforme se apresenta este contexto para a família, cabe questionar como vêm acontecendo à proteção, visto que se torna difícil a outras instâncias assumirem este lugar.

Neste trabalho buscou-se obter dados relevantes através do relato de famílias que tiveram crianças acometidas por acidentes de gravidade exigente a busca de atendimento na emergência pediátrica, no que diz respeito a fatores relacionados à proteção, à responsabilidade, em situação onde tais aspectos ficam fragilizados. Diante de tal quadro têm-se os questionamentos: os acidentes encontrados na situação hospitalar (traumatismo crânio-encefálico, queimaduras, ferimentos por suspeita de violência ou de abuso sexual) podem ser relacionados a fragilidades na função de proteção da família? Como os familiares posicionam-se neste momento? De que maneira esta leitura pode ser feita, sem que se corrobore à culpabilização imediata dos pais pela sua suposta responsabilidade? Mudanças na família contemporânea têm implicado em mudanças no modo de proteger ?

Pode-se partir da hipótese de que algo na estrutura e no contexto familiar pode estar repercutindo na saúde dos seus membros (as crianças, neste caso), sendo necessária a intervenção hospitalar e/ou ainda encaminhamentos para suporte à reorganização após o acidente.

As informações obtidas através deste estudo podem ser relevantes para a compreensão dos contextos de desenvolvimento das famílias neste Estado, assim como para elucidar fatores individuais, coletivos e sociais que corroborem para situações de risco à saúde e ao desenvolvimento, desencadeando acidentes.

Tantas questões levantadas, provavelmente não serão esgotadas neste trabalho. Mas a pretensão de abrir discussões e olhares para além dos dados estatísticos e da falhas das estratégias de prevenção ou da sua execução, compreensão, pode ter sido aqui um pouco explorada.

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer condições familiares de crianças que buscam atendimento por acidente em unidade de emergência hospitalar do Estado da Bahia, e estabelecer relações com aspectos da proteção, do suporte e da responsabilidade exercida pela família, assim como seu posicionamento diante da prevenção de acidentes com crianças.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as condições sócio-econômicas das crianças que necessitam de atendimento por acidente;
- Conhecer as percepções do responsável presente no momento da assistência sobre fatores que envolvem o acidente;
- Analisar os tipos de acidente ocorridos com as crianças
- Analisar as justificativas declaradas ou supostas pelo interlocutor para a ocorrência do acidente
- Analisar as repercussões do evento traumático nas perspectivas futuras de proteção e responsabilidade

2 CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS

2.1 ACIDENTES COM CRIANÇAS NO MUNDO

A literatura internacional sobre acidentes com crianças encontra-se bastante desenvolvida, documentada em diversas pesquisas e relatórios, que traçam um panorama do que acontece no mundo (relatórios e artigos referenciados em OMS, 2008). Recentemente, em 2008, foi lançado o Relatório Mundial sobre Prevenção de Injúrias em Crianças, tendo em vista que a mortalidade infantil por outras causas tem decrescido em comparação com o aumento por causas externas. As injúrias são consideradas como dano causado à criança, que podem ser consideradas intencionais ou não intencionais. Considerando que o relatório reuniu dados globais sobre o assunto, este estudo foi utilizado como base para apresentar o panorama mundial dos acidentes com crianças.

O Relatório Mundial sobre Prevenção de Injúrias em Crianças (World Report on Child Prevention Injury, 2008), fruto da colaboração de cerca de 180 especialistas de todos os continentes, apresenta um balanço mundial sobre traumatismos involuntários envolvendo crianças. Segundo o relatório, injúrias em crianças são atualmente o maior problema de saúde pública que requer atenção urgente. Acidentes (injúria não intencional) e violência são as maiores causas de morte de crianças no mundo, responsáveis por 950.000 mortes até 18 anos de idade a cada ano. Injúrias não intencionais respondem por 90% destes casos e tem sido a maior causa de morte em crianças e jovens de 10 a 19 anos. Mais de 2000 crianças morrem por dia em função de traumatismos e lesões não intencionais, assim como anualmente, milhares de outras são hospitalizadas por acidente, o que geralmente deixa seqüelas, comprometendo seu desenvolvimento, assim como suas famílias.

O relatório reúne dados com objetivos de alertar sobre a magnitude, fatores de risco e impactos das injúrias com crianças globalmente; atrair atenção para “preventabilidade” das injúrias com crianças e apresentar o que se sabe sobre a eficácia de estratégias de intervenção; e fazer recomendações que

possam ser implementadas por todos os países para reduzir as injúrias com crianças efetivamente.

Reconhece-se que os custos dos tratamentos de longa hospitalização e reabilitação, levam famílias ao empobrecimento.

Os traumatismos, lesões e ferimentos são a principal causa de morte de crianças após os 9 anos de idade e que 95% acontecem em países em desenvolvimento. O risco desses acidentes está mais presente em famílias e comunidades mais pobres, que se beneficiariam menos de programas de prevenção e serviços de saúde de melhor qualidade. Apesar disso, os países de maior renda, que reduziram em 50% o número de mortes de crianças por traumatismos e lesões nos últimos 30 anos, ainda enfrentam um percentual de 40% de mortes de crianças por tais motivos.

Conforme este relatório, as cinco principais causas de morte por traumatismos e lesões são:

1. Os acidentes rodoviários, que matam 260 000 crianças por ano e causam ferimentos em cerca de dez milhões de crianças. Constituem a principal causa de morte entre as crianças dos dez aos 19 anos e uma das principais causas de deficiência infantil.
2. Os afogamentos, que matam mais de 175 000 crianças por ano. Anualmente, quase três milhões de crianças sobrevivem a um afogamento. Devido aos danos cerebrais que este pode provocar em alguns sobreviventes, os afogamentos não-fatais deixam as seqüelas mais duradouras e têm o maior impacto econômico de todos os tipos de acidente.
3. As queimaduras devidas ao fogo, que matam quase 96 000 crianças por ano e a taxa de morte é onze vezes superior nos países de rendimento baixo e intermédio do que nos países de rendimento elevado.
4. As quedas, que causam quase 47 000 situações fatais com crianças por ano e centenas de milhares de outras sofrem traumatismos e lesões menos graves na sequência de uma queda.
5. As intoxicações acidentais que levam mais de 45 000 crianças a morte por ano.

O relatório ainda reforça que se houvesse adoção generalizada de medidas de prevenção, cerca de 1000 vidas por ano poderiam ser poupadas. Tais medidas seriam diferenciadas daquelas para adultos, com o enfoque nas especificidades da criança. Há ênfase em medidas preventivas que já tem causado impacto positivo, como o uso de cinto de segurança; capacetes adaptados a crianças; dispositivos de fecho de segurança dos frascos de medicamentos; atenção ao nível e escoamento de água em banheiras e baldes; vias de circulação separadas para motocicletas e bicicletas; reformulação do desenho do mobiliário, dos brinquedos e dos parques infantis, e reforço dos serviços de cuidados médicos de urgência e reabilitação. Sendo que podemos considerar os últimos quatro aspectos mais difíceis de controle em países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento, tendo em vista as moradias sem divisões de cômodos, qualidade de brinquedos e parques disponíveis, vias de trânsito inapropriadas e serviços de saúde em falta de condições básicas para funcionamento. O relatório cita que as crianças estão expostas aos mesmos riscos diariamente em suas rotinas e estão vulneráveis em todos os lugares aos mesmos tipos de injúrias, mas são as condições, físicas, sociais, culturais, políticas e econômicas em que vivem que fazem a diferença.

O Relatório também faz referência a outro relatório, o Estudo sobre violência contra criança da Secretaria Geral dos Estados Unidos, em que dados sobre violência contra crianças são destacados como injúrias intencionais e em que determinadas injúrias que são mais comuns, a intencionalidade torna-se difícil de mensurar. Os esforços direcionados a violência contra crianças são freqüentemente reativos, focando nos sintomas e conseqüências mais do que nas causas. As estratégias tendem a ser fragmentadas e os recursos insuficientes para atingir estes problemas, sendo que orientações internacionais para proteger crianças da violência freqüentemente não são traduzidas em ações a níveis nacionais. O estudo considera que não há violência contra criança justificável e que toda violência pode ser prevenida.

Internacionalmente há registros de contribuições para atenção à Saúde da criança, destacados pelo relatório a Convenção dos Direitos da Criança (Novembro de 1989), que estabeleceu responsabilidades da sociedade em proteger as crianças, proporcionando suporte e serviços apropriados; as resoluções da Assembléia Mundial de Saúde (encontro anual dos ministérios da saúde), tem promovido,

através de suas resoluções, as recomendações do Relatório Mundial da OMS sobre Violência e Saúde e Relatório Mundial sobre prevenção de acidentes de trânsito, e as Metas de Desenvolvimento do Milênio, que tem como 4º objetivo a redução em 2/3 da taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos entre 1990 e 2015. Destaca-se que nem todos os países alcançarão o quarto objetivo se não incluírem a prevenção a injúrias nos seus programas.

As características da susceptibilidade de crianças variam conforme idade, gênero, raça e status sócio-econômico e não envolvem apenas a criança, mas seus pais e membros da família.

Há maior prevalência de mortes no sexo masculino em todas as categorias de injúrias, exceto em queimaduras, onde prevalece o sexo feminino. A diferença entre sexos aumenta conforme aumenta a idade.

Segundo trabalho realizado nos EUA (LILLER, 2006), injúrias são líderes em causa de morte tanto neste país, como no mundo. Ocorrem variando de acordo com a idade e características de desenvolvimento. Entre crianças de 1 a 4 anos a prevalência maior é de acidentes automobilísticos, seguidos por afogamento. O maior risco está no sexo masculino. No entanto, em acidentes não fatais, na mesma faixa etária, em 2005, a maior causa são as quedas. Considera-se que da infância até o começo da adolescência a família desempenha a principal influência para segurança. Os acidentes automobilísticos envolvem adultos que dirigiam alcoolizados, e o uso de equipamentos de segurança, como cinto de segurança e assento infantil também dependem do adulto. A maior ocorrência de queimaduras ocorrem no domicílio e o grupo de maior risco está nas crianças de 4 anos e mais novas, sendo os escaldamentos por água quente a causa das injúrias não fatais.

2.2 ACIDENTES COM CRIANÇAS NO CONTEXTO BRASILEIRO

A literatura disponível sobre acidentes com crianças no Brasil ainda não é muito vasta, mas tem-se observado acréscimo de publicações e estudos desde o início da realização deste projeto, em 2007, até então. Diante de alguns estudos foi possível obter dados que iniciam a discussão sobre as prevalências de

acidentes com crianças e algumas relações que podem estabelecer-se com o contexto familiar.

Jorge (2007) e colaboradores confeccionaram um relatório para a ONG Criança Segura (Safe Kids) onde traz referências da realidade brasileira, através de dados do IBGE e DATASUS, abordando mortalidade e morbidade por causas externas (o que abrange acidentes e violência). Segundo o censo de 2000 do IBGE, os menores de 15 anos totalizam atualmente, no Brasil, cerca de 50 milhões de habitantes, correspondendo aproximadamente a 28% do total da população, havendo leve predomínio do sexo masculino (50,9%). O relatório faz um comparativo dos dados obtidos no período entre os anos de 2000 e 2005. Sobre a situação em 2005, coloca-se que das 70.870 mortes de menores de 15 anos, por todas as causas, 7.395 aconteceram por causas externas (10,4%), sendo que, entre os meninos corresponderam a 11,9% e, nas meninas, a 8,5%. Na faixa de 10 a 14 anos, no sexo masculino, chegam a representar mais de 50% do total (Jorge e col., 2007).

No que diz respeito às internações, segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), os menores de 15 anos, no Brasil, representam mais de 2 milhões de hospitalizações/ano (internações pagas pelo SUS), do total de cerca de 12 milhões, quando consideradas todas as idades, havendo preponderância de internações masculinas sobre as femininas (respectivamente 56% e 44%). Com relação às idades, prevalece a faixa de 1 a 4 anos (36,1%, em 2005).

Quanto aos principais tipos de acidentes que levam à morte, verifica-se uma predominância dos acidentes de transporte, cerca de 40%, embora os afogamentos apareçam como causa significativa (aproximadamente 25%).

Sobre motivos de internação, o que se chama de hospitalizações por causas externas, prevalecem as quedas, em todas as idades e nos dois sexos. Elas representam cerca de 50% das internações no grupo de menores de 15 anos para qualquer que seja o ano considerado (no período estudado 2000-2005). Em seguida as internações por acidentes de transporte terrestre representam algo como 16% do total de internações em 2000, proporção que caiu para 13% em 2005. Seguem-se as internações por queimaduras decorrentes de acidentes causados por fogo e chamas, que se somadas às provocadas por outras fontes de calor, foram

responsáveis por 6,8% das internações masculinas e 9,4% das femininas, em 2000 respectivamente 5,8 e 8,3 em 2005.

Os acidentes constituem um fator importante para a morbi-mortalidade na infância, ainda pouco estudados no estado da Bahia. Segundo dados do DATASUS sobre as principais causas de óbitos em crianças de um a quatro anos, no Estado da Bahia, em 2006, as causas externas constituem a segunda principal causa com 16,9%, sendo a primeira as doenças do aparelho respiratório. Já em crianças com cinco a nove anos estão em primeira importância (34,6%).

Filócomo e col. (2002) aborda a necessidade de investimento na prevenção de acidentes, propondo modificação no conceito de acidentes, estes estariam relacionados com casualidade e imprevisibilidade. Neste estudo, realizado em 1999, com dados de um pronto socorro pediátrico em São Paulo, houve predomínio do sexo masculino, atribuindo provável justificativa na exposição dos meninos a atividades mais dinâmicas, o que implicaria em maior risco e também maior liberdade adquirida sócio-culturalmente, estando por um tempo maior exposto a situações de risco. Quanto à idade, a faixa etária mais atingida é a de sete a onze anos (41%), seguidos de um a três anos (29,8%), encontrando dados semelhantes em estudo retrospectivo (predominância em crianças de sete -doze anos). A predominância de acidentes nesta faixa etária seria justificada pelo período de desenvolvimento em que a criança se encontra, não obtendo ainda completo domínio de noções de distância, velocidade, espaço e tempo, somados a supervisão inadequada do adulto responsável, o que favoreceria a maior exposição ao risco de tais ocorrências.

Demais dados deste estudo demonstraram que a maior incidência dos acidentes ocorreram por queda da própria altura e de outros lugares (46,9%), as crianças estavam na presença dos pais (43%) e o acidente aconteceu em casa (44,8%).

O ambiente doméstico é considerado de risco pelo fato de nele encontrarem-se objetos perfuro-cortantes, fogão, janelas sem proteção, medicamentos e produtos de limpeza mal armazenados, animais domésticos.

Ressalta-se que a presença do adulto não impede que o acidente aconteça, o que pode ser devido a um desconhecimento de como evitá-lo ou por não estar havendo supervisão direta, realizando outras atividades.

Unglert e col (1987), em estudo sobre características epidemiológicas dos acidentes na infância, realizado em dois postos de assistência médica, na periferia da cidade de São Paulo, estudaram acidentes ocorridos com crianças, num período de dois anos, em 388 famílias que freqüentavam estes postos. Assim como os últimos estudos citados, encontrou como acidente mais freqüente as quedas (54,1%), a maior incidência em meninos entre cinco e nove anos. Pretendeu contribuir para ampliar o conhecimento sobre as características epidemiológicas da morbimortalidade por acidentes em crianças, buscando a análise dos elementos que intervêm nos mesmos, vinculados ao contexto social no qual se inserem. Buscou dados específicos, levantando variáveis sócio-econômicas da família além de dados sobre a ocorrência do acidente com a criança trazida, assim como de outros acidentes com crianças na família, considerando o relato das mães, que passavam por consulta nestas unidades, através de questionário aplicado. Obtiveram 99 famílias com acidentes em crianças nos últimos dois anos e 289 sem acidentes. Nas famílias sem acidentes, em 78,8% dos casos a mãe é quem cuidava das crianças, apresentando no geral um grupo com probabilidade menor de acidentes devido a características da composição familiar (pai, mãe, crianças menores, menos expostas a acidentes, menor número de filhos). Nas famílias com acidentes, estes ocorreram, na principal faixa etária, na área da casa (mais de 60%). Ao associarem fatores ao acidente a maioria (38,5%) referiu-se a esportes, brincadeiras e jogos infantis e 73% referiram que o acidente poderia ter sido evitado. Destas, 40,5% atribuíram a responsabilidade à mãe da criança, 36,9% à própria criança e 15,5% a outras pessoas. Em 62,3% dos acidentes as crianças se encontravam sozinhas ou com outra criança, estando 19,7% com a mãe.

Os autores ressaltam que apesar de não ter sido constatada a necessidade de internação na grande maioria dos casos (91,0%), em 32,0% do total de acidentes foram necessários 15 dias ou mais para a recuperação, o que implica grande ônus para o desempenho escolar dessas crianças, além dos cuidados especiais impostos à família, lembrando os casos em que a recuperação não foi total, trazendo limitações ou situação de óbito (um caso).

Considerou-se, então, como de grande importância para a comunidade a elaboração de medidas que visem não somente reduzir o dano, mas também prevenir os acidentes, devendo tais medidas ser dirigidas à problemática que

envolve cada realidade. Concluiu-se, ainda que estudar os acidentes com base em informação prestada pela família permitiu acrescentar uma série de dados epidemiológicos complementares aos passíveis de obter-se em estudos de casuísticas de mortalidade ou morbidade hospitalar.

Barros e col. (2001) realizou uma análise da magnitude e tendência da mortalidade por grupos específicos de causas externas em crianças e adolescentes em Recife, no período de 1979 a 1995. Foi constatado que a taxa de mortalidade por causas externas vêm aumentando, principalmente nos grupos mais jovens, como tendência mundial. Causas externas são as maiores responsáveis pelos anos potenciais de vida perdidos (APVP), sendo o sexo masculino respondente por cerca de 45% dos APVP.

Analisando as causas de mortalidade ao longo dos últimos trinta anos pode-se afirmar que em 1979 as causas externas ocupavam a 4ª posição como causa de morte, dez anos depois ocupavam a 3ª posição e, em 1994, passaram a ser a segunda causa, suplantada apenas por causas perinatais. Os homicídios aumentaram participação percentual em quase cinco vezes. A análise do aumento das causas externas levantou alguns aspectos a serem considerados: diminuição de óbitos por outras causas, sobretudo doenças infecciosas; no caso de adolescentes, aumento da urbanização no país, aumento da população marginalizada, jovens mais expostos à violência. Há destaque para a multiplicidade de fatores que determinam o crescente padrão de mortalidade entre crianças e adolescentes.

2.3 O CONTEXTO DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS NO BRASIL

Del Ciampo e colaboradores (2003) estudaram a prevalência de acidentes que acometem crianças e adolescentes em uma unidade básica de saúde. Em 112 casos com acidentes ocorridos nos últimos 15 dias da data da coleta, 57,1% foram do sexo masculino e da faixa etária de 1 a 5 anos (48,2%), quedas (71,4%). A maioria ocorreu no próprio domicílio (71,4%) tendo sido constatado maior acometimento de membros inferiores (41,1%). Estes dados possibilitam apresentar uma visão do ambiente doméstico como local de alto risco, visto que é onde a criança permanece mais tempo, geralmente são casas pequenas, poucos cômodos,

onde residem várias pessoas e concentram muitos móveis, eletrodomésticos, objetos variados e animais de estimação, com pouco espaço para lazer. Ressalta que a obviedade do assunto (divulgação sobre prevenção de acidentes) pode levar a negligência, com graves conseqüências à saúde da criança e do adolescente.

Franciozi (2008), em estudo sobre politrauma na infância e adolescência, buscou traçar um perfil das lesões traumáticas na infância tratadas num no Hospital Geral de Pirajussara (SP), centro de trauma. A coleta foi realizada através de dados de prontuários totalizando 182 pacientes. Assim como os outros estudos, houve prevalência do sexo masculino em 71% dos casos e a maior ocorrência foi de queda (36%). O traumatismo crânio-encefálico foi responsável por 80% da mortalidade (2,74%). Alerta que o trauma contuso em crianças mais novas pode ser conseqüência de maus tratos e espancamento, dados que podem ser subestimados. Considera importante que se suspeite de maus tratos e espancamento em todos os casos de politraumatismo em crianças com menos de dois anos de idade, caso a explicação não seja óbvia e plausível. Sobre as características dos traumas, faz referência ao trauma em membros superiores, que se referem, em geral, aos mecanismos de defesa, contra uma queda ou uma agressão, por exemplo. Os traumas em membros inferiores poderiam estar relacionados a acidentes, principalmente automobilísticos. Acidentes de trânsito e quedas de altura são, em geral, responsáveis pelos comprometimentos mais sérios. Considera que a primeira hora após a lesão seja a mais crítica, com influência imediata sobre os índices de mortalidade, sendo fundamental o transporte rápido para centros de traumatologia.

Ao abordar a problemática que envolve os politraumatismos, os autores citam a dificuldade da recuperação fisiológica e psicológica em crianças com seqüelas, sendo que se apresentam alterações psíquicas, comportamentais, de afetividade e de aprendizado em 50% dos casos tratados. Transtornos sociais e econômicos também afetam a estrutura familiar, o que pode agravar a situação de modo global.

Os dados analisados por Trad e colaboradores (2002) trazem 195 casos de crianças entre zero e doze anos vítimas de acidentes e internadas no Centro de Terapia Intensiva do Hospital e Maternidade Celso Pierro em Campinas, SP. A prevalência foi de acidentes automobilísticos (atropelo e acidente automobilístico) ao contrário da prevalência de quedas na literatura, por exemplo do Hospital das

Clínicas local. Atropelo, na faixa etária de um a doze anos foi principal causa do politrauma (61,9%).

Canabarro (2004), em entrevistas com 120 responsáveis por crianças de zero a seis anos, com traumas físicos ocorridos em domicílio, destacou a necessidade de estudar os traumatismos físicos em crianças além do ambiente hospitalar, buscando conhecer e relacionar situações cotidianas das famílias e de seu domicílio, com suas dificuldades sociais, culturais, condições ambientais e trabalho fora do lar. Destaca-se também a responsabilidade social e dos cuidados que as famílias necessitam para constituírem um ambiente protetor numa comunidade protetora. A análise da situação de ocorrência dos traumas deu-se em momentos em que a família agregava maior número de pessoas no domicílio, havendo predomínio de quedas e queimaduras. A mãe foi considerada cuidadora da criança em 70% dos casos, mas estava sozinha no momento do acidente em 24,2% dos casos. As crianças eram, na maioria, oriundas de famílias com dificuldades sócio-culturais e baixa escolaridade, considerado contribuinte para o aumento da vulnerabilidade familiar e domiciliar.

Sousa (1999a) realizou pesquisa documental e bibliográfica sobre acidentes com crianças. Ressalta que acidentes não são tão acidentais, nem tão inevitáveis como possam parecer. A prevenção é considerada como a antecipação de acontecimentos evitando que danos ocorram, mediante o exercício de cuidados físicos, materiais, emocionais e também sociais, devendo as precauções serem compreendidas e praticadas pelas famílias. A família é considerada responsável em manter a integridade da criança e proporcionar ambiente saudável e seguro pra seu desenvolvimento. O acidente coloca a família e responsáveis diante de situações de estresse, diferentes formas de perceber os acontecimentos e conflitos, num universo de diversidade que precisa ser apreendido pelo profissional que presta cuidados de saúde. Ressalta que, no contexto mundial, pesquisas demonstram que a melhor maneira de prevenir os acidentes com crianças é o conhecimento dos pais ou responsáveis a respeito do estágio em que a criança se encontra e sobre os perigos encontrados em ambientes domésticos. No contexto regional (Ceará), autoras apontam para características peculiares dos acontecimentos, tanto na zona rural como urbana, onde a necessidade, a falta de cuidado dos responsáveis na proteção e segurança da criança levam a ocorrência de acidentes. Concluindo, ressaltam a

importância da participação dos pais no ensinar, desde cedo à criança, os riscos do ambiente que a envolve e saber como evitá-los.

Outro trabalho das mesmas autoras, sobre abordagem conceitual dos acidentes com crianças, aborda a questão do cuidado à saúde, que depende do comportamento que estas adotam, assim como das opiniões, crenças, atitudes e valores a respeito de saúde. Considera-se a família inserida em um contexto social complexo, formado por componentes às vezes determinantes da ocorrência de acidentes domésticos. Tais componentes são interligados em dinâmica e a deficiência ou inexistência de um deles afeta o contexto como um todo. Considera-se impedimentos à adoção de comportamentos preventivos a falha do adulto na proteção, a manutenção de determinados hábitos culturais enraizados e a tecnologia, do ponto de vista do grande número de substâncias e seus efeitos complexos.

Muller (2005) estudou as percepções das famílias com crianças vitimadas por agravos por causas externas. Obteve dados como: a naturalização do risco, sentimentos que são aflorados (culpa, responsabilidade, medo) e o despreparo para lidar com as conseqüências e cuidar da criança no seio da família. Dados que reforçam-se na literatura abordada pelas autoras.

Martins (2005) realizou análise das características epidemiológicas dos acidentes e violências em menores de 15 anos, residentes em Londrina, Paraná, em 2001. Os dados foram obtidos em prontuários de hospitais gerais da cidade e os de mortalidade no Núcleo de Informação em Mortalidade. Assim como outros estudos, a maior incidência em crianças de dois anos de idade (109 por 1000 crianças), com predomínio do sexo masculino (60,7%), sendo a área mais atingida a cabeça (34,9%).

O predomínio do sexo masculino, que vem sendo constantemente relatado leva a pensar nas características diferentes dadas por fatores culturais, como maior liberdade dada a meninos e maior vigilância às meninas e, na adolescência, maior exposição dos meninos a agressões, trânsito e trabalho de risco. A alta incidência na idade de um a três anos tem sido explicada através das características do desenvolvimento da criança, e fatores como curiosidade, imaturidade, coordenação motora, que a colocariam em situações de risco, se associadas à supervisão inadequada. Também condições ambientais devem ser consideradas pelo fato da

maior parte dos acidentes ocorrerem no ambiente doméstico. Citada neste último estudo, a importância das crianças serem educadas para os perigos potenciais em seu ambiente e brincadeiras. É considerado relevante a determinação da intenção e especificidades do evento traumático na ocasião do atendimento com vistas a subsidiar intervenções mais adequadas.

Em revisão das características das injúrias físicas não intencionais e seu impacto sobre a criança e o adolescente, realizada por Paes (2005) foi novamente enfatizado o ambiente doméstico, considerando também a abordagem evolutiva da criança, as disparidades sociais e contextualização do ambiente doméstico sobre as crianças e vulnerabilidades. Considera-se também o impacto gerado pelas injúrias sobre o desenvolvimento econômico e capacidade de produção de um país.

No estudo de Fonseca (2002) com acidentes e injúrias registradas com crianças no período de um mês a renda familiar, escolaridade dos pais e trabalho materno não se associaram à ocorrência de injúrias. Crianças que possuíam um ou mais irmãos menores apresentaram taxa 30% maior de acidentes, tendo o aumento do risco ocasionado pelo nascimento de um irmão menor.

No primeiro ano de vida as quedas são o tipo de injúria mais freqüente, ressaltando quedas de mobília, trocadores, cama, e, mais tarde, os riscos de começar a andar, e depois as janelas, visto o comportamento de impulsividade e fantasia de determinadas fases.

A queimadura é vista como acidente que leva a dor e sofrimento a criança, além de seqüelas e comprometimento psíquico. Destaca-se aí a necessidade de supervisão contínua para crianças pequenas como principal via de prevenção, o que vem a requerer dos pais o conhecimento das etapas de desenvolvimento de seus filhos, para que possam avaliar melhor os riscos. As intoxicações em crianças pequenas devem-se á grande curiosidade em conhecer o ambiente à sua volta e levar substâncias à boca. Os afogamentos como os que ocorrem em piscinas (incluindo as desmontáveis) e banheiras seriam conseqüências do descuido dos responsáveis.

Pode-se ressaltar aqui que todos os estudos até então citados neste trabalho tiveram como sujeitos a população atendida pelo serviço público, o que faz com que as características sócio-econômicas sejam similares. Não foi encontrado

até então, estudo com população atendida em hospitais privados, o que talvez caracteriza-se um perfil de renda mais elevada, com provável maior escolarização e condições sócio econômicas diferenciadas.

Gaspar (2004) destacou o baixo percentual de informantes que haviam recebido orientação sobre prevenção de injúrias. O foco para prevenção deve vir de estudos que abordem os riscos. Registram-se poucos estudos brasileiros prospectivos sobre internação de crianças por acidentes. Sendo as injúrias vistas como preveníveis, há ênfase na idéia prevalente de que a educação a respeito dos riscos pode prevenir a injúria.

No Brasil, destaca-se a falta de um sistema de informações capaz de identificar a quantidade de atendimentos em emergência que estejam relacionados a eventos domiciliares, procedimento que já ocorre em outros países (Paes, 2005). Os dados mostram que o principal local de ocorrência é o próprio lar da criança, por ser este o local de maior permanência, principalmente de crianças mais jovens. A maior causa de internação são as quedas, apesar da grande ocorrência de queimaduras, choques elétricos, inalação e sufocação em crianças menores de 15 anos que ocorrem em casa. São consideradas populações vulneráveis aqueles grupos em exclusão social e indivíduos portadores de deficiências. Há também relações com situações circunstanciais, como desemprego, inexistência de rede de apoio familiar ou grande número de filhos. A adoção de comportamentos seguros podem explicar menor ocorrência de eventos em algumas famílias.

3 O OUTRO LADO DOS ACIDENTES: MAUS-TRATOS E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Acidentes e violência no Brasil têm configurado problema de saúde pública importante, provocando impacto na morbi-mortalidade da população em geral, assim como na população infantil, foco deste estudo.

O acidente é entendido como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais” (MS, 2001). Porém, como há dificuldade no estabelecimento da intencionalidade dos eventos, os dados sobre acidentes e violências trarão consigo sempre um grau de imprecisão. Por tal motivo, este conjunto de agravos à saúde é denominado como “Causas Externas”, na Classificação Internacional de Doenças (CID) (MS, 2001 e MINAYO,2004).

Estudos mais apurados sobre acidentes e violências ainda são dificultados por não existir sistema de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em unidades hospitalares e pronto-socorros. As crianças podem ser internadas por problemas diversos e durante o atendimento surgir a suspeita de maus-tratos.

Tem-se que no quadro de mortalidade geral, no Brasil, na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos, representando, a partir daí, cerca de 15% dos óbitos registrados no país (MS, 2001).

A preocupação sobre violência e maus-tratos infantis surge em meados do séc. XIX no mundo. Lopes (2000) cita uma situação descrita por Gavin (apud LOPES, 2000) onde foi publicada a primeira nota em revista médica, em 1860, em Paris, sobre lesão cerebral decorrente de espancamento em crianças: uma menina que sofria de abusos pelos pais foi protegida pela Sociedade Protetora dos Animais, já que não havia instrumentos judiciais para se proteger crianças. A primeira entidade de proteção à infância foi criada apenas 14 anos depois de tal fato.

Dos dados que podem ser obtidos, na infância, o principal local de ocorrência dos agravos por causas externas é o próprio domicílio, observando-se que na adolescência o espaço extra-domiciliar surge com mais freqüência no perfil epidemiológico (MS, 2001). O que se mostra característico dos espaços de

convivência das faixas etárias, visto que crianças menores passam mais tempo em casa e adolescentes começam a circular mais em espaços externos.

Os acidentes domésticos, são considerados passíveis de prevenção através de orientação familiar, alterações físicas do espaço domiciliar e cumprimento de leis específicas (como embalagens de medicamentos mais protegidas). As situações de violência doméstica, porém, representam desafio para o setor de saúde devido aos fatores que dificultam seu diagnóstico, visto que são também de ordem social e cultural. Só a partir dos anos 80 o setor de saúde começou a admitir a discussão sobre violência em sua pauta, entendida no sentido dinâmico de sua produção (Minayo,2004). Visto que a violência tem gerado significativo acréscimo nos atendimentos à saúde, alterando perfil epidemiológico de ênfase em doença infecto-contagiosas, que passaram a ser mais controladas. Hoje a leitura dos dados de violência integra a visão biológica à complexidade dos modos de vida e das relações sociais (MINAYO, 2004).

O Comité de Familia y Salud Mental (Argentina, 2003) ressalta que em tempos de crise há maior vulnerabilidade dos fatores sociais, potencializando os fatores de risco para violência e maus-tratos.

Dados de alguns trabalhos (Gomes, 1998, Davoli, 1994, Menezes,1996, Ricas, 2006, Habigzang, 2006, Milani, 2008) ressaltam a ocorrência de violência (vista como física, sexual, psicológica, negligência) no domicílio das vítimas, sendo os principais agressores os familiares, principalmente os pais, com principal incidência no sexo feminino, destacando-se a faixa etária menor de 5 anos (LOPES, 2000). Tal fato leva a deter uma análise mais cuidadosa do que acontece no contexto familiar, com suas diversas influências e características, que deixa de ter foro íntimo e passa a ser alvo de políticas públicas e de atenção à saúde, visto que a incidência de ocorrências com crianças e adolescentes põe à mostra uma possível “falha” na proteção, na prevenção, nos cuidados, seja por parte da família ou do Estado. Nomeia-se aqui “falha”, tendo em vista que há previsibilidade de proteção até por lei, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (ECA, 1990):

Art. 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.

Na bibliografia, a questão da violência intra-familiar, dos maus-tratos, encontram-se alguns modelos teóricos explicativos (GOMES, DESLANDES, 2002):

- a) A reprodução das experiências de violência – tal abordagem traz certo cunho determinista, visto que os pais reproduziriam situações de violência vivenciadas em sua própria infância (MILANI, 2008). Aqui também se pode falar de outra situação de reprodução que seria a do pátrio poder, da relação do maior de idade com o menor de idade, onde ocorre exacerbação da autoridade, levando a situação de abuso. Em tal situação é difícil intervenção no espaço familiar, que muitas vezes ainda é visto como inviolável (DAVOLI, 1994). O comportamento disciplinar, visto como modelo geracional também pode ser reproduzido (DAVOLI, 1994).

Davoli e col. (2004), realizou estudo para investigar a prevalência da utilização de violência física como medida disciplinar numa população atendida no Ambulatório geral de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). A faixa etária pesquisada foi de zero a treze anos, por entrevista com o acompanhante da criança, constituindo uma amostra de 130 casos. Há destaque para o dado de que em 45,4% dos casos a criança era considerada, pelo entrevistado, diferente de outras crianças, principalmente no aspecto do comportamento (69,5%). Em 84,6% destes casos os entrevistados foram criados pelos pais e em 69,2% foram disciplinados com uso de força física. Relataram em 96,9% das situações que não usam força física como atitude preferencial para disciplinar as crianças. Houve uma prevalência de 10,8% de crianças agredidas neste estudo, em que foram consideradas diferentes em algum aspecto e relatado desejo de mudança da mesma.

- b) Os desajustes familiares, psíquicos e alcoolismo – estudos baseados em achados de distúrbios comportamentais do agressor, desagregação familiar (MENEZES e col., 1996), considerada como famílias não nucleares, como a alternância de parceiros da mãe, e alcoolismo, explicariam a ocorrência de maus-tratos cometidos contra a criança. Menezes e col.(1996) analisaram 33 casos de violência atendidos em caráter de urgência no Hospital Universitário da USP, no biênio 92-93, que passaram por avaliação interdisciplinar para serem classificados como tal. Houve prevalência da faixa etária de um a quatro anos (11 casos) e do sexo feminino (19 casos). Após caracterização social realizada foi destacada desestruturação familiar/domiciliar (ausência de moradia fixa, troca de responsáveis, abandono do pai, conflito entre padrasto e criança) em 24 casos, desemprego em duas. Casos de alcoolismo foram citados em dez famílias, utilização de drogas em duas e problemas psiquiátricos maternos em duas.

Tal visão de desajustes familiares precisa, na atualidade, ser vista com cuidados, visto às mudanças família contemporânea. Há estudos que indicam que crianças que vivem em lares onde há violência entre o casal têm o maior risco de serem agredidas. E, mesmo que não sofram agressões físicas, estão expostas à violência psicológica (FERREIRA, 2005).

- c) A ordem macro-estrutural – aspectos sociais, econômicos e culturais estariam explicando a ocorrência de maus-tratos. Aponta-se que, mesmo contemporaneamente, a criança entendida como sujeito de direitos, ainda é maltratada por conta da existência de dominação de gênero e de geração. É comum justificar-se ações violentas contra a criança como medidas educativo-disciplinares (MENEZES, 1996). Até mesmo briga, violência física entre vizinhos ou pessoas com quem um familiar discutiu, tem desencadeado atos de violência contra a criança, como medida de punição (GOMES, 1998). Ainda permanece também a associação da pobreza à violência, considerando situações de desemprego, nível educacional. É instituída à família pobre a

incompetência em cuidar dos seus filhos, necessitando mais de tutela de especialistas em suas vidas (NASCIMENTO, 2008). Torna-se necessário cuidado com tal associação, visto que famílias de classe média e alta contam com recursos de atendimento e sigilo que podem incorrer em viés de notificação. Existem casos onde o companheiro da mãe agride a criança, sendo então a mãe considerada negligente, foco da ação de proteção, visto que a real natureza da situação fica obscura. Tal situação leva a considerar a questão de gênero, onde a figura paterna geralmente não é incluída nas ações de prevenção e monitoramento da violência contra crianças. A culpabilização da mãe, muitas vezes impede que se vejam os sentimentos de culpa por terem falhado na proteção, revolta pela traição da confiança no agressor, necessitando suporte e orientação quanto ao como devem proceder (FERREIRA, 2005).

Valores centrados na criança também são encontrados nas justificativas das ocorrências de violência física, como tentativa de mudar comportamentos, e características como o sexo, prematuridade, alterações congênitas e temperamento (DAVOLI, 1994, MILANI, 2008).

Os maus-tratos infantis são atravessados por uma complexidade de fatores, que não podem ser abarcados num único modelo teórico explicativo. Autores trazem o modelo ecológico para a discussão da violência e maus-tratos (MINAYO, 2004, DAVOLI, 1994, OMS, 2003). Os maus-tratos seriam resultantes de múltiplos fatores em interação, que produziriam circunstâncias oportunas para tal ocorrência. Os fatores biológicos e pessoais, que cada um exprime em seu comportamento, apontariam para características individuais que aumentariam a possibilidade do indivíduo ser vítima ou agressor. Os fatores relacionais, expressados nas interações sociais nos âmbitos mais próximos; fatores comunitários e sua influência na dinâmica da violência, como níveis de desemprego, presença de tráfico de drogas e armas e fatores sociais mais amplos, como normas culturais que justificam formas de resolver conflitos e machismo.

Chegar ao diagnóstico de uma situação de maus-tratos pode incorrer em uma situação delicada, visto que deriva culpa pela possibilidade de quebrar um

aparente equilíbrio familiar (FERREIRA, 2005, COMITÉ DE FAMÍLIA Y SALUD MENTAL, 2003), medo da dissolução da família com a denúncia e falta de evidências para notificação médica, que pode tornar-se injusta, se não bem investigada (BRAZ, 2000).

São diversos os fatores que dificultam a identificação de situações de maus-tratos, como a negação da violência pelas vítimas, agressores ou familiares; ausência de depoimentos de testemunhas; falta de informações de outras instituições; a família não cumprir encaminhamentos já realizados; questionamento quanto às condições financeiras e psicológicas para assumirem a guarda dos filhos (HABIGZANG, 2006).

A identificação de maus-tratos, antes da ampliação da discussão multifatorial de sua causalidade, também se dava através da identificação da Síndrome de Munchausen por procuração, onde a mãe “fabrica” a doença, a patologia na criança, falseando histórias médicas, sintomas e produzindo evidências através de alterações de registros ou de amostras para exames (ESTEVES, 2007), e da Síndrome do Bebê Espancado, onde a criança (em geral menor de três anos) é intencionalmente espancada pelos pais (em geral pela mãe) e trazida para cuidados de saúde sem declaração de intencionalidade. Tais casos, além de não serem desvelados de imediato, trazem também a dificuldade dos profissionais em admitirem tamanha agressão impetrada intencionalmente pelos que deveriam ser seus protetores (DELGADO, 1990).

Outro fato que compromete a notificação de situações de maus-tratos é a falta de estudos, na maioria dos países, sobre o efeito das notificações suspeitas às agências de proteção. Não há mostras de qualquer forma particular de intervenção que proteja definitivamente crianças contra abusos, assim como da revitimização. Abordagens mais atuais buscam fortalecer as famílias, buscando preservar suas relações, em busca de transmitir segurança e sensação de pertencimento para seu desenvolvimento saudável.

A negligência é um tipo de mau-trato bastante citado, e, portanto, um conceito que merece ser melhor explorado. O Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente (NCA) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo propôs refletir sobre a questão da negligência de pais, responsáveis, sociedade, Estado e instituições, buscando construir uma proposta de conceito.

Torna-se de difícil classificação, visto que “*trata-se de identificar ausência de padrões de cuidado e supervisão dos pais em relação aos filhos*” (VOLIC, 2005), o que leva a conceitos interpretados por crenças e valores bastante subjetivos. A negligência pode ser detectada em todas as relações humanas onde há dependência de cuidados e de proteção de uns em relação aos outros. As pessoas só poderão ser consideradas negligentes quando possuírem condições para atender às necessidades daqueles que estão sob seus cuidados e voluntariamente se omitem (VOLIC, 2005). Sendo assim, as negligências sofridas pelas crianças e adolescentes não podem ser vistas apenas por parte da família, visto que os cuidados de que necessitam, as vezes extrapolam o cuidar íntimo e peculiar da família, também dependente de certos cuidados sociais, educacionais e políticos. Assim como não há garantias de que a pobreza seja condição fundamental da negligência, pois não apenas quem tem boas condições de vida cuida bem de seus filhos.

A classificação de maus-tratos por negligência fica, então, bastante comprometida, visto que não há padrão específico aos olhos de quem classifica para dirimir os efeitos de valores pessoais e culturais.

4 A PERCEPÇÃO E A PREVENÇÃO DE RISCOS

Os estudos sobre acidentes com crianças (OMS, 2008; CANABARRO, 2004; DEL CIAMPO, 2003; FILOCOMO, 2002) são unânimes em afirmar a previsibilidade e o potencial preventivo dos mesmos. As responsabilidades, maneiras e contextos de prevenção é que podem ser amplamente discutidos, questionados e estudados, visto que algumas estratégias preventivas têm grau de eficácia e outras nem tanto. Mesmo por que ao falar-se sobre acidentes, já se implica em um grau imprevisibilidade. Então, talvez, termos como “injúria”, possam contornar melhor o caráter de previsibilidade dos acontecimentos.

Diversos enfoques são dados à questão da prevenção, desde concepções focadas no indivíduo, nos comportamentos, até, mais atualmente, concepções que enfocam o contexto familiar, social e econômico.

Souza e Barroso (1999), sobre abordagem conceitual dos acidentes com crianças, aborda a questão do cuidado á saúde, que depende do comportamento que estas adotam, assim como das opiniões, crenças, atitudes e valores a respeito de saúde. Considera-se a família inserida em um contexto social complexo, formado por componentes às vezes determinantes da ocorrência de acidentes domésticos. Tais componentes são interligados em dinâmica e a deficiência ou inexistência de um deles afeta o contexto como um todo. Considera-se impedimentos à adoção de comportamentos preventivos a falha do adulto na proteção, a manutenção de determinados hábitos culturais enraizados e a tecnologia, do ponto de vista do grande número de substâncias e seus efeitos complexos.

Harada, Pedroso e Ventura (2005) realizaram pesquisa eletrônica de artigos sobre prevenção de injúrias não intencionais, abordando o conceito de comunidade segura, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Notou-se que a partir de meados da década de 70 o foco de programas de prevenção tem mudado do âmbito individual para o comunitário. O conceito de comunidade segura abarca múltiplas estratégias, direcionadas o todos os grupos, ambientes e situações para promover segurança e prevenir injúrias, tanto intencionais quanto não intencionais. Para tal há o reconhecimento de que os cidadãos têm o direito de viver em comunidade com segurança e é prevista sua participação nas decisões sobre

segurança e prioridades de ação no seu ambiente, a partir do conhecimento que deve adquirir sobre os possíveis riscos no mesmo. O foco de tal estratégia é desenvolver uma resposta que se ajuste ao contexto social, político e cultural, com vistas à ação de equipe transversal. Os autores da pesquisa ressaltam que há poucos programas desenvolvidos no mundo que visem à redução da morbimortalidade da população infantil por injúrias, que trabalhem com o conceito de comunidade segura, que prevê também um conceito ampliado de saúde, deslocando o foco do indivíduo e seus comportamentos para o ambiente, a comunidade e qualidade de vida.

Paes e Gaspar (2005) enfocam o ambiente doméstico contextualizado socialmente e suas vulnerabilidades. São consideradas populações mais vulneráveis às injúrias as que estão em situações de exclusão social, portadores de deficiência e em situações circunstanciais, como desemprego, inexistência de rede de apoio familiar ou grande número de filhos. A redução das vulnerabilidades depende do contexto social mais amplo, mas a adoção de comportamentos seguros poderia explicar menor ocorrência de eventos em algumas famílias. O comportamento seguro estaria vinculado a atitude dos pais atentos à supervisão, ao ambiente, aos equipamentos de segurança e à educação. Em outro sentido está a ênfase em que as medidas de proteção mais eficazes seriam as intervenções passivas, que não dependem da vontade do indivíduo exposto em proteger-se (por exemplo, grades nas janelas, sistemas de alarme de incêndio). Pode-se considerar, aqui, que tais medidas não sejam tão passivas, desde que dependem da ação de instalação por parte do indivíduo em sua residência. A responsabilidade no cuidado de lactentes é atribuída aos pais e cuidadores, visto que nesta fase a criança não terá possibilidade de prevenir seus atos. Neste aspecto, é enfatizada a importância da atuação do pediatra, que poderia orientar a família quanto aos riscos ambientais. Mas a percepção de tais riscos e as práticas de prevenção serão influenciadas pelas características do contexto social em que a criança está inserida, envolvendo estrutura familiar (número de filhos, idade dos pais) e políticas regulatórias. O contexto social e cultural relaciona-se intimamente à dinâmica de percepção de riscos, que também se define por características do cuidador, da própria criança e do ambiente.

Ainda neste estudo (PAES e GASPAR, 2005) há citação de artigo que aponta para a pouca efetividade de abordagens que reforçam a necessidade do

papel ativo dos pais e responsáveis na prevenção de injúrias, trazendo resultados bem modestos em sua redução (KING, WJ apud PAES e GASPAR, 2005, p. 152).

Gaspar (2004) em outro estudo sobre fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes, aborda a necessidade de se conhecer quais os riscos específicos para determinados tipos de injúrias físicas para então definirem-se estratégias preventivas. Na pesquisa, foram entrevistados os pais ou responsáveis por crianças e adolescentes durante o período de hospitalização, que entre as informações, houve percentual significativo que acreditavam que as injúrias eram inevitáveis, causa do destino. Poucos dos informantes haviam recebido orientação sobre prevenção de injúrias. Ressalta mais uma vez a importância que pode ter a orientação por parte de profissionais de saúde, na figura do pediatra, principalmente.

Tendo em vista a ênfase na orientação como prevenção de riscos e seu impacto na percepção deles, há que se ressaltar que orientar para prevenção de acidentes implica em obter disponibilidade para tal por parte de quem vai ser orientado. Os pais ou responsáveis muitas vezes não se encontram em condições para tal, apresentando preocupações outras, como as sócio-econômicas, pessoais, que obscurecem a percepção de riscos reais e imediatos no ambiente doméstico, principalmente.

Em um estudo sobre identificação de fatores de risco de acidentes no ambiente domiciliar durante o primeiro ano de vida, Kipper e col. (1988), entrevistaram 103 mães em um ambulatório para crianças até um ano de idade. A faixa etária foi escolhida pela suposição de que estas permanecem a maior parte do tempo em casa, com supervisão direta de um responsável, estimando-se que a maioria dos acidentes podem ser evitados desde que os responsáveis conheçam os riscos e tomem medidas para preveni-los. Concluiu-se com base nos resultados obtidos que a quase totalidade das mães não havia recebido qualquer instrução sobre as regras elementares de segurança e prevenção de acidentes no lar. Tal percentagem não variou significativamente naqueles que tinham consultas regulares com o pediatra. O maior número de acidentes ocorreu na população de mães não alfabetizadas e mais jovens, sem diferença significativa quanto ao número de acidentes relacionados à famílias mais numerosas.

Pode-se questionar então, que a instrução a respeito de riscos e sua prevenção não apresente eficácia real quanto aos acidentes, ou de que maneira a instrução tem ocorrido, comprometendo sua função preventiva.

Sobre a percepção que os envolvidos com acidentes com crianças tem apresentado, tem sido marcante o relato de pouca percepção de riscos ou de envolvimento na prevenção dos mesmos.

Em estudo sobre prevenção de queimaduras Rossi e col. (2003) estudaram a percepção de familiares e pacientes quanto ao risco de queimaduras e estratégias de prevenção e os resultados apontaram para uma falta de identificação de situações de risco (44%), até mesmo da situação pela qual acabaram de passar, onde sofreram lesões por queimadura. No ambiente doméstico as situações de risco não são reconhecidas ou são negligenciadas. É ressaltado que o admitir a possibilidade de prevenção do acidente pode implicar em admitir culpa, o que muitas vezes não é expressa pelo familiar.

Outro aspecto que pode interferir na adoção de cuidados preventivos se refere aos hábitos culturais enraizados, como determinadas crenças, superstições e modos de lidar com situações e de cuidar. Situações facilitadoras, características peculiares às fases da criança, comportamentos da família e pouco incentivo às medidas e comportamento preventivos somam-se ao desencadear acidentes (SOUZA E BARROSO, 1997). As famílias às vezes verbalizam a noção para minimizar riscos, mas há incongruência com suas ações.

Vasconcelos (1999) realizou estudo qualitativo sobre o conhecimento e atitudes das pessoas frente a acidentes comuns na infância. Partiu da idéia de que a prevenção dos acidentes que acometem crianças de zero a doze anos depende de uma interação entre proteção e educação. Nos primeiros anos de vida a criança requer mais proteção ativa dos pais, dependendo mais da educação dos mesmos e, na medida em que se desenvolvem, atingindo a idade pré-escolar, necessitam ser educadas para prevenção de acidentes, desenvolvendo noções de perigo e controle de impulsividade. No contexto de emergência hospitalar percebeu a desinformação de pais e pessoas responsáveis por crianças, que relatavam ter deixado de tomar atitudes que evitassem o acidente ou que o agravasse, diante da necessidade do socorro imediato. Revelaram não saber o que fazer ou não ter sido orientado para tal. Vasconcelos (1999) utiliza a Teoria da Dissonância Cognitiva para investigar as

medidas diretas e indiretas de atitudes coerentes ou não com a realidade imposta pelas circunstâncias, tendo em vista a possibilidade de integrar dados provenientes de áreas aparentemente distintas. Ou seja, a pessoa diante de um fato inusitado, independente de sua vontade, colocaria em risco suas convicções o que a faria agir de modo coerente ou não, integrando informações e experiências anteriores ou não, no momento da ação. Fatores sociais, físicos e psicológicos gerariam a dissonância a partir da cognição. O estudo conclui que as pessoas não estão preparadas para enfrentar situações de emergência com crianças, tampouco consideram-se informadas sobre prevenção.

Powell (2007), em artigo que fala da percepção e comportamento de risco, reforça que a visão individual sobre risco pode ser influenciada por inúmeros fatores psicológicos, sociais, institucionais e culturais. Percepção de risco pode ser processada de maneira equivocada e deficiente no nível individual. Nossa visão é baseada em preferências e crenças que interferem na interpretação da informação, assim como o comportamento, as regras grupais também estruturam e significam o risco. Determinados riscos podem ser naturalizados por alguns grupos, assim como, acatar determinadas regras de proteção dependerá de cada um sentir-se apto a cumpri-las, comprometido com a intenção. Um dos aspectos levantados neste artigo é o de que nossa postura diante do risco é baseada na avaliação dos resultados em nossas próprias experiências ou no conhecimento e experiências de outros. Diante destes aspectos abordados cabe ao interesse deste estudo pensar qual a crença que os pais têm sobre proteção dos filhos. Como determinados grupos familiares pensam e exercem proteção, sob responsabilidade de quem está a proteção, a prevenção dos acidentes com crianças?

A prevenção, a administração do risco, pode estar relacionada a questões como a confiança no ambiente, a capacidade de aprender com a experiência do outro, ser capaz de crer, de absorver orientações de outros e aceitação da vulnerabilidade. Alguns estudos têm documentado que os pais tendem a negar os riscos de injúrias aos filhos (MULLIGAN-SMITH, 1998 e EICHELBERGER, 1990), apontando como suas principais preocupações e medo o envolvimento com drogas e ocorrência de seqüestros.

5 FAMÍLIA E FATORES DE PROTEÇÃO

5.1 A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

Os estudos apresentados neste trabalho reforçam a idéia da responsabilidade da família (vista na figura de principais cuidadores os pais), dos cuidados relacionados à criança, neste caso, no que se refere a prevenir acidentes. Em resumo, a família é responsável por promover vigilância adequada à criança, sabendo sobre sua fase de desenvolvimento, assim como promover proteção física, organizando o ambiente, minimizando assim os riscos (FILÓCOMO, 2002; LILLER, 2006; DEL CIAMPO, 2003; SOUSA, 1999). Sobre este pressuposto faz-se aqui uma revisão de visões sobre a família contemporânea e a condição dos pais no cuidar e responsabilizar-se, visto que não foram encontrados estudos que analisassem as correlações entre os cuidados familiares, contextos de desenvolvimento e acidentes com crianças.

Ao discutir família esbarra-se numa tendência a naturalização, que a identifica com base na conjugalidade, relações de parentesco e divisões de papéis como fenômenos naturais, tornando-se necessário para estudá-la, hoje, dissolver tal aparência, percebendo-a como criação humana mutável (BRUSCHINI, 2000). Atualmente percebe-se certa dissolução da conjugalidade como fator permanente na constituição da família, assim como as divisões de papéis já não se restringem ao homem provedor financeiro e a mulher como provedora afetiva.

A família foi transformando-se na medida em que modificou suas relações internas com a criança. A família dos séc. XVI e XVII enfatizava função afetiva e socializadora, sendo constituída com a missão de transmitir a vida, conservar os bens, praticar um ofício, ajudar-se mutuamente, proteger a honra e a vida, em situações mais críticas (ARIÉS, 2006). A família moderna, vista a partir da ascensão da burguesia, começa a se privatizar e trazer um novo conjunto de atitudes em relação às crianças. A família vai deixando de ser uma unidade meramente econômica e tende a tornar-se lugar de afetividade, com relações de maior intimidade e sentimentos entre o casal e os filhos, e lugar de atenção à infância, desenvolvendo,

então novas funções de absorver o indivíduo, recolhendo-o e defendendo-o, separando-se de forma mais nítida do espaço público (BRUSCHINI, 2000).

Chegando ao século XXI, apresentam-se mudanças e padrões difusos de relacionamento, trazendo a família como alvo de marcantes interferências externas. Evidencia-se, então, que os acontecimentos ligados à família vão além de respostas biológicas universais, configurando diferentes respostas sociais e culturais, disponíveis aos gêneros, em contextos históricos específicos (SARTI, 2005). Bastos (2001) aponta para diferentes modelos de socialização que estão sendo construídos no espaço da família, verificando a possibilidade desta variabilidade estar associada a diferentes estruturas, à classe social, à origem rural ou urbana, à religião, ao suporte social que a família utiliza, com enfoque no contexto de desenvolvimento disponível para a criança brasileira.

A família contemporânea vem sendo revista também a partir das posições de gênero (ROUDINESCO, 2003 e GIDDENS, 1993), donde se abre a discussão no sentido das mudanças marcantes no papel da mulher e questionamentos no papel do homem nos permitindo perceber que várias agências têm se ocupado de algumas funções que antes tinham a primazia da família, como por exemplo, a educação, contando também com o Estado e políticas públicas. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), inclusive, apresenta dispositivos para proteção da criança e do adolescente dos próprios pais. A atribuição de autoridade coloca em disputa o Estado de um lado e pais e mães de outro. Na contemporaneidade, à medida que aumentam os casos de divórcios, separações e recomposições conjugais, fica mais problemática a transmissão desta autoridade (ROUDINESCO, 2003).

Conforme se apresenta este contexto para a família, cabe questionar como vêm acontecendo a proteção, visto que se torna difícil a outras instâncias assumirem este lugar. O Estado pode determinar diretrizes à proteção da sociedade, da infância, dos idosos, mas não tem alcance direto na proteção enquanto cuidado íntimo, estabelecido através de vínculos e resultante de uma determinada dinâmica familiar.

Para Winnicott (1993), psicanalista, a família é um dado essencial de nossa civilização, onde o indivíduo empreende sua jornada a caminho da distinção, tendo no pai e na mãe suas principais características estruturais. Cada família tem o próprio crescimento e nela a criança experimenta mudanças, sendo protegida do mundo, que lhe vai sendo apresentado gradualmente. Portanto, para este autor, a

existência da família resulta do relacionamento entre os pais no quadro social em que vivem. Como a imagem de círculos concêntricos onde cada grupo para ser o que é depende de seu relacionamento com o círculo social mais vasto, havendo superposição entre os círculos. Porém, há forças muito poderosas de criação e conservação da família, além das suas relações com a sociedade, que resultam das relações iniciais entre os pais: a fantasia sexual, que dá sentido a preocupações ou culpas, que advém de elementos destrutivos (geralmente inconscientes) que acompanham a expressão física do impulso amoroso. Para Winnicott (1993), não seria possível entender a atitude dos pais relativa aos seus filhos sem considerar o significado que cada criança tem na fantasia consciente e inconsciente dos pais em torno do ato da concepção. Ou seja, o modo pelo qual cada criança se encaixa ou não no contexto da fantasia dos pais determina diferenças em seu desenvolvimento emocional. O autor considera que não seja suficiente afirmar que os pais amam seus filhos. Frequentemente chegam a amá-los, mas experimentam uma gama de outros sentimentos.

As crianças requerem dos pais algo além do amor; requerem algo que continue vivo mesmo quando os filhos são odiados, ou fazem por sê-lo. (Winnicott, 1993, p. 64)

Este autor (WINNICOTT, 1993) questionou o que vem acontecendo à família, sendo que, na maioria dos casos os pais tem maturidade suficiente para serem capazes de se sacrificar, assim como seus pais o deviam ter feito, pelo estabelecimento e manutenção da família, para que as crianças nasçam e cresçam no seio de uma família e possam conquistar uma vida autônoma. Talvez estas crianças venham futuramente a constituir outro núcleo do mesmo gênero. Mas a questão é que nem sempre isto é possível. Em alguns casos um estado de caos origina-se de dificuldades extremas entre os pais, o que torna impossível a cooperação, até mesmo no cuidado às crianças por eles amadas.

No contexto da contemporaneidade, pode-se apontar para os diversos modelos e dinâmicas que as formações familiares vêm apresentando, desde a monoparentalidade até os filhos gerados sem a necessidade de um ato carnal e sem que pai e mãe sejam necessariamente homem e mulher, marido e esposa (ROUDINESCO, 2003). Assim, as figuras cuidadoras de filhos, de crianças, não

necessariamente são seus pais, mas assume-se o cuidado pelo vínculo assumido no papel de mãe, no papel de pai (mesmo que não simultaneamente).

O vínculo com o filho não dependerá apenas do biológico ou do “instinto”, e sim do convívio e da disponibilidade para cuidar de uma criança e acompanhar seu desenvolvimento (Winnicott, 1983)

5.2 CUIDADOS PARENTAIS – COMPORTAMENTO INSTINTIVO OU CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS?

Ao abordar a família e fatores de proteção, Winnicott descreve em sua teoria a função parental, usando conceitos como “suporte” (*holding*), “preocupação materna primária” e “mãe suficientemente boa”, “maternagem”, que se descrevem a seguir, quando o desenvolvimento segue seu rumo considerado saudável.

As relações significativas entre os indivíduos têm como requisito básico a comunicação, e tal capacidade está intimamente ligada às relações objetais, às relações entre a mãe e o bebê, que surge do suporte, das experiências compartilhadas. A mãe suficientemente boa é capaz de satisfazer as necessidades do bebê, promovendo uma experiência de onipotência, iniciando a maturação do ego na criança, que se desenvolve no sentido da dependência absoluta para a relativa, e daí para a independência (Winnicott, 1983). A integração deste ego está intimamente ligada à função ambiental de segurança. As crianças podem desfrutar cada vez mais da liberdade que lhes é confiada na medida em se constrói um sentido de segurança, e é o ambiente circundante que torna possível tal crescimento (Winnicott, 1993).

Na terminologia de Winnicott (1983), para que a criança desenvolva um bom processo de integração, de fortalecimento do seu ego, e assim siga seu desenvolvimento, é necessário que a mãe seja “suficientemente boa”. Isto pode ocorrer quando a mãe está disponível à tarefa de cuidar do seu filho, que aos poucos poderá desenvolver-se no sentido da independência. Os cuidados iniciais de uma mãe devotada podem acompanhar as necessidades de uma criança, e mudarem gradativamente conforme estas necessidades mudam.

Existe muita diferença entre o começo do desenvolvimento de um bebê cuja mãe pode desempenhar esta tarefa suficientemente bem e o de um bebê cuja mãe não o possa. Neste ponto torna-se até sem sentido descrever bebês nos estágios iniciais a não ser relacionando-os com o funcionamento das mães, a maternagem. Quando a mãe não é suficientemente boa, a criança não é capaz de começar a maturação do ego, ou então ao fazê-lo o desenvolvimento do ego ocorre necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes.

Assim a integração do ego da criança está intimamente ligada à função ambiental de segurança, que inicialmente depende da mãe, que também depende (e dependeu) do seu ambiente para poder exercer sua função de maternagem.

Logo, não apenas a maturação e integração do ego da criança dependerá da função ambiental de segurança, da condição de maternagem. Também sua integridade física depende de cuidados atentos, da percepção de suas necessidades.

Quando Winnicott (DAVIS,1982) aborda o trabalho com crianças fisicamente deficientes observa que os problemas psicológicos que podem surgir ocorrem por causa da falta de contato com o corpo ou de dissociação deste. Quando isto ocorre, a criança fracassa em certa medida, a adaptar-se à realidade, em termos de aceitar suas limitações físicas como reais. O autor compreende a gênese desta situação na atitude da mãe que não pode aceitar e amar o bebê da maneira como ele se apresenta.

As distorções do ego originam-se de distorções da atitude daqueles que cuidam da criança. Uma mãe com um bebê constantemente apresenta e reapresenta o corpo e a psique do bebê um ao outro, e observa-se prontamente que esta tarefa fácil, porém importante, torna-se difícil se o bebê tem uma anormalidade que faz a mãe sentir-se culpada, envergonhada, assustada, excitada ou desesperançosa. Em tais circunstâncias ela pode fazer o melhor que possa, e não mais. (WINNICOTT,1970 apud DAVIS, 1982 p.117)

Para Winnicott (1997), uma mulher pode mais facilmente aceitar e amar uma criança pelo que ela é se a própria mulher foi capaz de criar uma criança completa na fantasia, ou seja, se seu próprio ambiente inicial, agora internalizado, foi suficientemente bom. Assim ela será capaz de proporcionar um suporte de forma natural para o bebê.

Conforme este enfoque teórico, no surgimento do papel da mãe, na organização da família, ela necessitará de ajuda, mas esta ajuda será eficaz à medida que se recolha no avanço da independência dos indivíduos em seu processo de maturação.

Atribuir à mãe ou aos pais a responsabilidade exclusiva sobre todos os desdobramentos do processo de desenvolvimento de uma criança é tratar a criança como um ser passivo, a ser moldado e ignorar todos os outros fatores inerentes ao seu contexto. Segundo Freston (2000, apud CASELLATO, 2004), a maioria das mulheres que comunica a intenção de doar o filho logo após o nascimento, alega falta de condições econômicas para sustentá-lo. Mas três, entre quatro delas, revelam que esse fator preponderante está vinculado a outros contextos, como o seu próprio abandono pelo parceiro, ou falta de respaldo familiar.

Ao abordar a função de mãe e a biologia, Winnicott (DAVIS, 1982) ressalta que a pessoa a quem a criança opta por ligar-se depende mais do comprometimento do adulto na relação, dos seus atributos de personalidade (sensibilidade, responsabilidade) que de laços de parentesco. É um questionamento se a mãe natural de um bebê é necessariamente a pessoa que melhor cuida dele. Quando o autor questiona se há algo nos pais que os torne mais capazes de fornecer o ambiente especial necessário no início da vida, considera que instinto maternal não é suficiente para explicar as sutilezas nesta relação, e apesar da mãe “natural” ter a seu favor a biologia, a função natural que envolve seu corpo, facilitando sua ligação ao bebê, considera que a grande capacidade humana é de acumular e utilizar a experiência, de construir riquezas no mundo interno e de utilizá-las em combinação com a provisão biológica.

A relativa falta de envolvimento do homem na criação dos filhos seria essencialmente um fenômeno cultural e não biológico. A mãe encontra-se em condição vulnerável, visto que a preocupação materna primária a coloca desviada de outros interesses, voltada para o bebê, o que vai sendo relativizado, em condições saudáveis (WINNICOTT, 1993). Nesta condição, em geral, há uma proteção estendida em torno da mãe, que talvez seja organizada pelo marido, ou pela família extensa. Mas rupturas nas forças protetoras ditas naturais podem ocorrer e haver comprometimento na preocupação materna. A mãe pode estar

incapaz de preocupar-se ou se mantém preocupada por um período excessivo, deixando, por exemplo, de assistir a outros filhos.

Sob outro enfoque, embora em torno das questões relativas aos cuidados parentais, Lordelo (2000), em estudo sobre a responsividade do ambiente de desenvolvimento, investigou o ambiente doméstico, entrevistando e filmando mães sobre questões relativas à maternidade e ao cuidado com a criança. A responsividade se definiria como o grau de ajuste do ambiente aos estados comportamentais da criança. O adulto é destacado como responsável pelo estabelecimento das interações do bebê com o meio ambiente, devendo conduzir esse processo de maneira adaptada às habilidades da criança, numa visão de desenvolvimento humano como uma construção compartilhada pela criança e pelo adulto. O adulto altera o seu comportamento e aspectos do ambiente físico circundante ao nível das demandas e limitações da criança. Então, o sistema de crenças parentais imprime um estilo de cuidado à criança. Citando Broffenbrenner e Valsiner, Lordelo et al (2000) acrescenta:

...as idéias, crenças e práticas maternas são, provavelmente, resultado de um equilíbrio dinâmico entre o modo pelo qual elas foram educadas, suas experiências de vida, os valores culturais vigentes em seu ambiente próximo e distante, e as circunstâncias das suas vidas presentes, nos termos das características materiais e simbólicas dos ambientes em que vivem.

Algarvio & Leal (2004) realizaram estudo com objetivo de discriminar áreas de preocupação parental, citando a escassez bibliográfica sobre o tema, em comparação com questões do desenvolvimento infantil e as relações parentais. Alertam que não há evidências de que os pais estejam atentos ao que os técnicos consideram importante para o desenvolvimento da criança. Para realização do estudo buscaram validar uma escala de preocupações parentais criada a partir de um questionário inicial construído a partir do estudo de Mesibov, Schoeder e Wesson (1993, citados em Algarvio & Leal, 2004, p.149), que pretendeu estabelecer diferentes áreas de preocupação dos pais com relação aos filhos. Nesta escala os pais foram instruídos a responder sobre o que o preocupa atualmente em relação ao seu filho. A escala foi aplicada a 302 pais de crianças com idades entre zero a doze anos que freqüentavam estabelecimentos de infância. Os resultados obtidos apontam para médias de preocupação muito elevada

com maus tratos, seguido com o que dizer às crianças em caso de separação dos pais e com problemas escolares. Não há referências neste estudo, mesmo na escala, à preocupação com acidentes, mutilações. Preocupações mais aproximadas a tais ocorrências seriam as que aparecem como “não controlar comportamentos, não obedecer, ser muito ativo”. A morte aparece como “entender a morte de alguém próximo ou a criança entender a morte”.

Enfim, há a idéia de que a função parental deve ser um processo em desenvolvimento, em função das necessidades do desenvolvimento da criança. A preocupação parental parece situar-se na inquietação, na ansiedade relativa à função parental, que depende não só das dificuldades inerentes ao desenvolvimento infantil, mas também do equilíbrio entre o investimento narcísico e/ou objetual dos pais (Algarvio & Leal, 2004). Sendo assim, a preocupação e os cuidados parentais, inseridos em determinados contextos, sob determinadas condições, talvez exerçam influência na ocorrência de acidentes. Se pais, mães, familiares, precisam cuidar de crianças e estas precisam desenvolver-se no sentido de sua autonomia, torna-se necessário também que seu ambiente e sua estrutura psíquica possam favorecer que tais responsáveis sejam capazes de exercê-lo, que tenham disponibilidade apesar de diversidades.

6 MÉTODO

6.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo no qual se integram dados quantitativos e qualitativos, visto a complexidade do tema, que se apresenta em necessidade de explorar dados, assim como de procurar explicá-los ou elucidar questões, propondo diferentes perspectivas ao examinar o problema (CRESWELL, 2007).

6.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Elaboração do Questionário - Partiu-se de entrevistas de forma mais intensiva, como pilotos, focando as três principais causas de acidentes com crianças descritas pela literatura: atropelo, queda e queimadura com mutilação de membros. Estas entrevistas foram abertas, aprofundadas, visaram obter informações sobre a realidade, a dinâmica das famílias e seus modos de exercer e representar proteção. Destas entrevistas, realizadas com acompanhantes responsáveis pelas crianças no Hospital Geral do Estado, junto à bibliografia pesquisada previamente, estruturou-se um questionário que integrou questões que foram tratadas em caráter quantitativo e questões que trouxeram dados qualitativos, na tentativa de maior exploração do tema (Apêndice B).

Coleta dos dados - A coleta dos dados foi realizada no PA Pediátrico do Hospital Geral do Estado (HGE), na cidade de Salvador, BA, um dos principais atendimentos em emergência do Estado, tido como referência no atendimento a traumas.

No HGE os atendimentos por acidente com crianças em 2006 somaram 10430 casos, sendo 3900 atendimentos por causas clínicas e 6530 por causas externas, incluindo-se aí uma diversidade de acidentes (dados fornecidos pelo Serviço de Arquivamento Médico – SAME - do HGE, mediante autorização da diretoria médica, para composição deste projeto). No ano de 2007 são registrados 10774 atendimentos, dos quais excluindo as causas clínicas têm-se 7469 por

causas externas. Em 2008, o padrão permanece o mesmo, sendo atendidos 10873 casos no PA pediátrico, sendo 7447 por causa externas.

Os sujeitos respondentes da pesquisa foram os responsáveis adultos, acompanhantes da criança que busca atendimento nesta unidade por circunstância de acidente.

Esta população envolve tanto moradores da cidade de Salvador, como moradores de qualquer outra localidade no Estado da Bahia, assim como qualquer indivíduo que tenha sofrido acidente nesta região. O Hospital faz parte da rede do SUS, caracterizando assim o atendimento público e gratuito, não necessariamente exclusivo à população de baixa renda, mas a qualquer cidadão que necessite do tipo de serviço prestado por esta unidade.

Os sujeitos tiveram a liberdade de participação conforme garante a resolução 196/96 :

Embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregadas, presidiários, internos em centros de readaptação, casa-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias (Brasil, 1996, IV.3, b)

Utilizaram-se dados do relato do acidente, por parte do familiar acompanhante da criança atendida nesta unidade hospitalar de emergência, mediante o uso de questionário, aplicado pela pesquisadora e por bolsistas de iniciação científica da FAPESB, em momentos que o atendimento inicial já havia sido concluído, às vezes em aguardo de outros procedimentos. Os responsáveis foram abordados em situações nas quais não apresentavam comportamentos alterados ou demasiado ansiosos, e quando não haviam procedimentos sendo realizados simultaneamente.

O familiar envolvido foi devidamente informado do uso de tais dados para a finalidade da pesquisa, permitindo que fossem utilizados para estes fins, mediante o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Cabe aqui ressaltar que tal procedimento de coleta da história do acidente e condições familiares é utilizado pelo Serviço de Psicologia e pelo Serviço Social, no

auxílio ao acolhimento e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento por parte dos mesmos diante da situação de crise, de desorganização.

O estudo extensivo, de corte transversal, constou de 294 casos da população atendida no ano de 2008 no PA pediátrico do Hospital Geral do Estado (HGE), em Salvador, BA.

Não foram entrevistados casos que chegaram com declaração de maus-tratos, visto que muitos procedimentos são realizados nestes casos, muitos questionamentos acabam sendo feitos, e o questionário poderia elevar o grau de ansiedade envolvido na situação, levando, inclusive a declaração de dados não necessariamente fiéis ao ocorrido visto a diversidade de sentimentos e preocupações envolvidos nestas situações.

6.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa SPSS, versão 13.0 para estudantes, foi construído um banco de dados com as 294 entrevistas. Para alimentação do banco de dados foi construído livro de códigos, realizado procedimento de treinamento dos digitadores, feito acompanhamento do procedimento de digitação/alimentação do banco de dados e revisões do banco. Após a construção do banco de dados foram feitas análises de frequência e cruzamentos pertinentes aos objetivos do estudo e aos dados disponíveis na literatura.

Os dados foram organizados em conjuntos de variáveis, descritas e discutidas, no capítulo “Resultados e Discussão”. Os resultados foram organizados de acordo como descritos a seguir:

- a) Caracterização dos acompanhantes – onde se agruparam os dados relativos aos responsáveis que acompanhavam a criança no momento da abordagem, entre eles: quem acompanhava, grau de parentesco ou não e faixa etária.
- b) Caracterização das crianças vítimas de acidentes – agrupamento dos dados relativos a idades das crianças, agrupadas em faixa etárias que

contemplassem proximidade de características de desenvolvimento e a literatura pesquisada; sexo; tipo de acidente ocorrido; tipo de lesão causada; ocorrência de hospitalização anterior; causa de hospitalização anterior, caso houvesse e escolaridade da criança.

- c) Caracterização do contexto dos acidentes – onde foram reunidos dados referentes a quem estava presente no momento do acidente; quem mora com a criança; composição familiar no momento; quantidade de irmãos; quem cuida da criança diariamente; religião adotada ou declarada; nível de escolaridade da mãe e do pai da criança; onde reside e tipo de moradia; situação de trabalho e renda.
- d) Proposições preventivas – reuniram-se dados quantitativos e qualitativos, visto que se abordou a possibilidade de evitar o acidente, de que forma, e a possibilidade de algo mudar a partir do ocorrido e de que maneira.

7 RESULTADOS

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ACOMPANHANTES

Foram realizadas 294 entrevistas, logo, tem-se 294 acompanhantes das crianças acidentadas, que foram responsáveis por fornecer as informações contidas nos questionários. As crianças que se encontravam sem acompanhamento no momento, por terem sido vítimas de acidentes com seus familiares (que também recebiam atendimento) ou trazidos por socorristas, não fizeram parte deste estudo.

Em 213 dos casos (72,4%) a mãe foi a informante que acompanhava a criança. Avós representaram 8,5%, o pai 8,2%, tios, 7,1%, restando irmãos e outros (como vizinhos, por exemplo) em 3,7% dos casos.

A faixa etária predominante foi entre vinte e cinco e trinta e sete anos para os acompanhantes (54,2%), em um intervalo entre quinze e sessenta e três anos.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS VÍTIMAS DE ACIDENTES

Entre as 294 crianças que receberam atendimento por acidentes, nota-se maior porcentagem entre a faixa etária de oito a doze anos (41,2%), seguida pela faixa de um a quatro anos (28,9%), 17 (5,8%) foram crianças de até um ano de idade, conforme ilustra a Tabela 1.

A frequência do sexo masculino (67,3%) foi significativamente maior que o feminino (32,7%). Tal dado encontra-se em concordância com as estatísticas apresentadas pelo DATASUS, assim como de outros autores que realizaram estudos sobre acidentes com crianças (FILÓCOMO, 2002; DEL CIAMPO, 2003, entre outros). Conforme as respostas obtidas pelos acompanhantes das crianças no momento do atendimento após o acidente, são declaradas situações em que as crianças brincavam, corriam, geralmente no ambiente doméstico ou próximo dele, em condições cotidianas, assim como se apresenta nos estudos de Filócomo e col.(2002) e Unglert e col.(1987).

Há referências à ocorrência maior de acidentes com meninos talvez pela sua exposição maior ao risco, visto que culturalmente obtém maior liberdade nas brincadeiras, saindo mais do ambiente doméstico, ou realizando brincadeiras mais ativas, agressivas e velozes (FILÓCOMO e col., 2002).

Tabela 1 – Distribuição por Idade de crianças vítimas de acidentes atendidas no Hospital Geral do Estado da Bahia, SESAB, 2009

Idade da criança	N	%	Porcentagem acumulada
Até 1 ano de idade	17	5,8	5,8
De 1 a 4 anos de idade	85	28,9	34,7
De 5 a 7 anos	71	24,1	58,8
De 8 a 12 anos	121	41,2	100
Total	294	100	

Os acidentes que mais acometeram ambas os sexos foram as quedas (53,1%), sendo as quedas de própria altura (15,3%) e as quedas de escada (13,3%) as mais freqüentes, conforme Tabela 2. Outros tipos de acidente foram registrados com grande incidência (22,1%), sendo entre eles, ferimentos diversos e contusões.

As quedas são a maior causa de internações por causas externas em crianças, segundo o relatório da ONG Criança Segura (JORGE, 2007). Ressalta-se que os dados sobre mortalidade apontam para acidentes automobilísticos como acidentes que mais acometem crianças, mas as internações não fatais de imediato são principalmente causadas por queda, tendo como conseqüência, principalmente, fraturas e TCE (traumatismo crânio-encefálico) (MARTINS, 2005).

Tais conseqüências podem trazer seqüelas importantes para o desenvolvimento das crianças, o que também acarreta impacto para a família, que pode necessitar de reorganização para o suporte à criança que talvez prolongue a situação de maior dependência, demandando cuidados mais intensivos e, às vezes, investimentos financeiros importantes.

Na faixa etária até um ano de idade as quedas respondem por 75% dos acidentes em doze casos, tendo ocorrido, inclusive queda no colo com a mãe. Nas

demais faixas etárias este padrão se repete. Vale ressaltar que, com as crianças entre um a quatro anos, outros acidentes obtiveram grande incidência (26 casos), estando entre estes a ingestão ou penetração de corpos estranhos (7), queda de pia, tanque ou TV sobre a criança (6), ferimentos diversos (11) e coices de animal (2). As quedas nesta faixa etária geralmente se dão na fase em que a criança começa a deambular, sem equilíbrio suficiente, tornando-se riscos para a ocorrência de acidentes as escadas, degraus, objetos no chão. Em alguns casos ocorre queda da cama onde a criança de meses é acomodada, ou de apoios para trocá-la. Nesta fase a criança, que não tem domínio dos seus movimentos, também não tem capacidade de julgar o perigo em seus impulsos para locomover-se ou simplesmente mover-se. Depende, portanto da supervisão e auxílio de cuidadores que estejam atentos e/ou de um ambiente seguro.

Na faixa etária de oito a doze anos, predominante neste estudo, outros acidentes apontaram grande incidência (22 casos). Foram descritos entre eles cortes (7 casos), quedas de objeto sobre a criança (5 casos), mordidas de cachorro (2 casos), pedradas (2 casos), acidentes com portas (2 casos), TCE ao pular em rio (1 caso), afogamento (1 caso) e espancamento (1 caso).

Tabela 2 – Tipo de acidente sofrido pelas crianças atendidas no Hospital Geral do Estado da Bahia durante o ano de 2008, SESAB, 2009

	N	%	Porcentagem acumulada
Queda da própria altura	45	15,3	15,3
Queda de escada	39	13,3	28,6
Outras quedas	22	7,5	36,1
Queda de laje	21	7,1	43,2
Queda de árvore	19	6,5	49,7
Queda de animais	9	3,1	52,8
Queimadura	29	9,9	62,7
Acidente com bicicleta	17	5,8	68,5
Acidente automobilístico	15	5,1	73,6
Acidente com moto	11	3,7	77,3
Outros	65	22,1	100
Total	294	100	

O tipo de lesão mais sofrido em função dos acidentes foi traumatismo crânio-encefálico (TCE) (49,3%), seguido por fraturas (22,1%).

Ao questionar a ocorrência de hospitalização anterior da criança atendida, obteve-se 50% das respostas positivas, sendo que os motivos de internação anterior foram predominantemente causas clínicas (33,3%) (problemas respiratórios, diarreia, entre outros). Crianças que foram hospitalizadas anteriormente por causa de acidentes somaram 15% dos casos. Nestas situações foram citadas outras quedas, ferimentos leves, justificados, em alguns casos, pelo comportamento ativo da criança.

Quanto à escolaridade, 58,5% das crianças cursavam o ensino fundamental e 40,1% não freqüentavam escolas. Entre os que não freqüentam escolas está parte do contingente de crianças menores de seis anos de idade, que dependem de creches públicas, muitas vezes não têm acesso ou as mães preferem que fiquem em casa, segundo informações das mesmas.

7.3 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DOS ACIDENTES

Tendo sido ressaltado que os acidentes que mais acometeram as crianças envolvidas neste estudo foram as quedas (53,1%), considera-se relevante observar que esta causa também foi predominante em crianças de meses até quatro anos de idade. Em 27,6% dos casos quem estava presente no momento do acidente foi a mãe, havendo também presença de outros familiares, entre avós, tios, primos, em 30,6% das situações. O pai esteve presente neste momento em 4,4% dos casos e ambos em 3,7%. Em 13,3% das situações as crianças estavam sozinhas. São exemplificados alguns casos, em resposta ao como ocorreu o acidente:

“Mãe colocou água no fogão para ferver e foi ligar torneira da varanda, deixando criança na cozinha sozinha. Relata não ter visto o momento do acidente, só o choro (criança 15, dois anos)”.

“Mãe estava na rua e avó cuidando deixou ele na área, a criança subiu na escada e caiu (criança 40, dois anos)”.

“Criança estava chupando manga e escorregou na casca da manga e caiu da laje. Mãe estava lavando prato .(criança 44, cinco anos)”

“Criança e pai estavam subindo a escada, sendo que o pai subiu primeiro e deixou a criança pra trás. Aí a criança caiu da escada e bateu a cabeça.(criança 48, quatro anos)

Mãe estava passando roupa e deixou ferro no canto e a criança encostou a mão no ferro.(criança 174, um ano)

Sendo assim, a presença de familiares no momento do acidente se alinha á bibliografia pesquisada (UNGLERT, 1987; FILÒCOMO, 2002; CANABARRO, 2004). O que leva a considerar sobre as condições do estar no mesmo ambiente, supostamente para destinar cuidados à criança que não pode ficar sozinha e, mesmo assim o acidente ocorrer em circunstâncias passíveis de prevenção (presença de escadas, objetos ao alcance, entre outros). O comportamento da criança, tantas vezes justificado como de difícil controle também torna-se mais um aspecto de atenção ao cuidado.

Sobre o contexto familiar destas crianças atendidas, 76,2% foi informado pelo acompanhante viver com a família nuclear, composta pelos pais e filhos. A família extensa caracterizava a composição familiar de 20,% dos casos e 3,1% foram registrados como famílias monoparentais. Nestes casos, então, foram descritas situações de convivência de filhos com seus pais residindo juntos, formação familiar que ainda mantém o critério da conjugalidade.

As crianças hospitalizadas têm irmãos em 78,2% dos casos analisados, distribuindo-se esta freqüência em um irmão para 38,4%, dois irmãos em 20,7% e três ou mais em 19%. Dos 39,4% que possuem irmãos mais novos, 20,8% destes são irmãos que estão entre quinze dias a um ano de idade, considera-se que estes requerem maior atenção por parte dos cuidadores. Fonseca (2002) aponta para uma incidência maior de acidentes com crianças que possuem irmãos na mesma casa. A atenção dispensada à mais de um filho, às vezes em fases de desenvolvimento diferentes pode ser um fator de vulnerabilidade dependendo do contexto familiar.

A presença de irmãos bebês e a ocorrência de acidente com irmão mais velho leva à discussão do conceito da preocupação materna primária, trazido por Winnicott (1983), onde a mãe pode estar envolvida nos cuidados com o recém-nascido e ficar menos disponível ao que acontece ao seu redor. Momento importante em que o contexto familiar precisa estar integrado o suficiente para fornecer suporte à tal situação.

A Tabela 3 apresenta as informações relativas a distribuição do grupo de acordo com o tipo de cuidador, que foi declarada a mãe (69,7%), sendo os avós em

13,8% das situações e o pai em 1,7% (cinco casos). Irmãos mais velhos cuidam das crianças em 5,1% dos casos.

A religião adotada ou praticada pelas famílias foi predominantemente a Católica (54,1%), seguida pela Evangélica (21,1%). Outras religiões foram citadas em 5,8% das famílias e 16,3% disseram não adotar ou praticar qualquer religião.

Quanto ao nível de escolaridade das mães, o ensino fundamental incompleto foi predominante em 43,5%, assim como dos pais (42,6%). Houve freqüência de 25,2% de mães com ensino médio completo e 22,4% de pais.

Tabela 3 – Distribuição do grupo de crianças acidentadas de acordo com o familiar declarado principal cuidador, HGE/SESAB, 2009

Familiares	N	%	Porcentagem acumulada
Mãe	205	69,7	69,7
Avós	40	13,6	83,3
Irmãos	15	5,1	88,4
Outros familiares	15	5,1	93,5
Pai	5	1,7	95,2
Outros	10	3,4	100
Total	290	100	

A maioria das famílias entrevistadas residem na capital (66,7%), em casas (97,6%), com piso (68,4%), com luz elétrica (98,6%) e água encanada (95,5%). As famílias que residem no interior, onde ocorreu o acidente totalizaram 32,3%, sendo 0,7% registrados como moradores da zona rural.

A situação de trabalho na família nesta população que o pai trabalha em 34% dos casos, a mãe em 18,4% e ambos em 33%. O principal trabalho do pai foi a construção civil (18,3%), sendo que outros tipos de trabalho ocasionais e informais totalizaram 44,7% dos casos. As mães que trabalham exercem principalmente a função de doméstica (26,2%) ou diarista (12,8%), havendo trabalhadoras no comércio (18%) e em situações outras (26%).

A principal renda foi declarada como sendo a do pai em 43,5% das situações e da mãe em 21,1%. Os avós foram citados 4,6% dos casos e o programa Bolsa Família foi considerado a principal fonte de renda para 5,6% das famílias. A renda

de até um salário mínimo caracteriza esta população entrevistada (53,2%), sendo que apenas 14,9% das famílias declararam receber mais de 2 salários.

Em resumo, encontra-se que, nestas situações, a mãe permanece sendo a principal cuidadora dos filhos, caracterizando um padrão familiar nuclear. As famílias possuem mais de uma criança, se declaram católicas, possuem pouca escolaridade (ensino fundamental incompleto), residem em sua maioria na capital, em casas com infra-estrutura mínima de luz elétrica e água encanada. A situação de trabalho mostra que os pais são os principais provedores de renda, sendo que as mães quando trabalham fora exercem funções de trabalho em domicílios. A renda até um salário mínimo é o sustento da maior parte destas famílias.

7.4 PROPOSIÇÕES PREVENTIVAS

Na entrevista realizada com os acompanhantes das crianças acidentadas, foram questionados sobre a possibilidade de evitar o acidente ocorrido. Obteve-se 59,2% das respostas positivas. Nas respostas positivas os acompanhantes declararam que poderiam estar mais atentos, mesmo assim alguns apontaram para dificuldades em evitar o acidente por a criança ter agido rápido, em momento de distração, ressaltando o comportamento da criança como causador do acidente. Seria possível evitar o ocorrido se a criança tivesse obedecido, se não tivesse mexido, se atendesse quando foi chamado. Outros envolvidos também são responsabilizados, se estivessem mais atentos. Nas respostas negativas a questão da fatalidade e do comportamento difícil da criança (traquina, muito levada) foram as principais justificativas. A desobediência, agitação e distração das crianças foram ressaltadas, e houve relatos de sentir-se impotente no controle de tão difícil comportamento. Houve também justificativas naturalizadoras para a situação, visto que a infância enquanto etapa do desenvolvimento prevê que crianças são curiosas e tendem a agir de forma ágil e destemida, sendo assim difícil evitar que tal aconteça.

Algumas respostas à pergunta se o acidente poderia ter sido evitado e justificativas declaradas:

“Sim, se ele obedecesse sim, porque ele sai escondido “(criança 4, oito anos)

“Sim, se a criança não pulasse o muro” (criança 18, nove anos)

“Sim, porque foi chamado para casa, mas não ouviu a mãe e se tivesse escutado não se feria” (criança 24, dez anos)

“Sim, mas criança nunca se tem controle, pois por mais que a gente fala, mais faz. Na verdade nem sei, criança não segura, por mais que a gente deixe em casa” (criança 27, sete anos)

“Sim. Se ele não fosse tão danado e ficasse mais quieto”.(criança 46, três anos)

“Se eu tivesse em casa sim, aconteceu porque ele não é obediente a ninguém além de mim” (criança 231, nove anos)

“Não tinha como evitar, menino já sabe como é, né? Quando tem alguma coisa que se pode fazer, se faz. Tava sozinho em casa, ninguém viu, não tinha como evitar”(criança 238, oito anos)

“Difícil, pois criança é muito rápida e foge da vista da gente.” (criança 103, três anos)

“Não. Pois foi uma fatalidade ela não estava correndo e estava na hora de voltar à sala”. (criança 98, três anos)

“Não. Criança é traquina assim mesmo” (criança 94, cinco anos)

“Não. Porque se tem que acontecer, acontece, não se pode fazer nada.” (criança 87, um ano e meio)

Quando o comportamento do adulto é referido, é no sentido de maior atenção ou maior rigidez disciplinar. Poucas vezes foram citadas mudanças no ambiente. Mudar o cuidador presente no momento foi uma das respostas. *“Sim. Se a mãe não ficasse batendo papo com as amigas no muro e prestasse mais atenção à criança.” (criança 89, onze meses)*

“Sim, tomando mais cuidado com ela que é muito danada” (criança 70, quatro anos)

“Sim. Se a avó e o tio não tivessem deixado ele na laje”.(criança 52, seis anos)

“Sim, A mãe acha que se ela tivesse tido mais cuidado e não tivesse deixado a moeda em cima da cama “(criança 09, três anos)

Foi feita a pergunta se algo mudaria a partir do ocorrido, o que 82,9% responderam afirmativamente e 17,1% negativamente. Nas situações em que a resposta foi positiva, os acompanhantes citaram o nível de atenção e cuidado redobrado por parte do cuidador responsável e mudanças físicas no ambiente. Também ressaltaram que a criança aprenderia com o ocorrido e mudaria seu comportamento. Os que responderam que não haveria mudança atribuíram à

fatalidade da situação, ao comportamento da criança que levaria um “susto” e depois voltaria a correr riscos.

“ Não. Não tem medo, não aprende” (criança 3, cinco anos)

“ Sim. Vai ter mais cuidado quando estiver brincando” (criança 11, dez anos)

“Sim. Ele ficará mais preso dentro de casa.” (criança 14, doze anos)

“ Sim, irão construir um cercado e irão tomar mais cuidado com as criança”. (criança 17, cinco anos)

“Sim. Espero que agora ele estude mais e pare de ficar brincando o dia todo” (criança 22, doze anos)

“Não. A criança agora está mais calma, mas depois vai voltar a ficar traquina” (criança 94, quatro anos)

Percebe-se, diante de tais respostas, que a possibilidade de evitar acidentes e mudança após o ocorrido referem-se muito ao comportamento da criança e não do adulto. A declaração de atividade intensa por parte das crianças e desobediência são as principais justificativas e após o ocorrido. A criança também é responsabilizada por precisar mudar seu comportamento. Algo mudar ou não depende da criança ter aprendido com a situação, compreender o limite pela experiência. *Algumas não têm jeito (SIC).*

Foram realizados alguns cruzamentos diante da necessidade de aprofundar a análise. Sobre a possibilidade de evitar o acidente e o nível de escolaridade da mãe, que foi a principal pessoa presente no momento do acidente e foi declarada como principal cuidadora, obtém-se pouca diferença bruta entre as que tem maior escolaridade e as que tem até ensino fundamental incompleto. Das mães com escolaridade até ensino fundamental incompleto, 53 responderam que acreditavam que poderia ter sido evitado e 40 responderam que não. No grupo de mães com ensino médio completo 44 responderam positivamente e 24 negativamente.

Tabela 4 – Nível de escolaridade da mãe e crença na possibilidade de evitar o acidente, HGE/SESAB, 2009.

Nível de escolaridade da mãe da criança	Possibilidade de evitar o acidente		
	Sim	Não	Total
Ensino Fundamental Incompleto	53	40	93

Ensino Médio Completo	44	24	68
Ensino Fundamental completo	11	10	21
Ensino Médio Incompleto	14	7	21

Neste estudo, como no de Fonseca (2002), não foi possível associar a escolaridade dos pais e trabalho materno à ocorrência de acidentes, sendo que a mãe foi declarada a principal cuidadora e estava presente no momento do acidente, na maioria dos casos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho objetivou-se conhecer os acidentes que ocorriam com as crianças na realidade do Estado da Bahia, num recorte das crianças atendidas no Hospital Geral do Estado, estabelecendo relações possíveis com aspectos da proteção exercida pela família e o seu posicionamento quanto a possibilidade de prevenção dos mesmos. Neste aspecto, obtivemos, num universo de 294 casos, cerca de 5% do dos atendimentos anuais nesta unidade, dados numericamente similares à bibliografia consultada, e alguns dados que podem ilustrar a realidade descrita por estas famílias sobre suas percepções sobre proteção.

Nestas situações constatou-se que os principais cuidados são atribuídos à mãe, mesmo em famílias compostas pelo casal, assim como os acidentes tenham ocorrido em sua presença na maioria das vezes. Sendo assim, aspectos sobre o conhecimento que expressa sobre o desenvolvimento da criança, a percepção sobre suas possibilidades e limitações pode estar distorcida ou reduzida, visto que muitas vezes a responsabilização do acidente se dá sobre a criança e seu comportamento. É fato que a criança não pode proteger-se por si em determinadas fases do seu desenvolvimento e a quantidade de casos com crianças de meses a um ano de idade acidentadas corrobora com a idéia de que se alguns acidentes são passíveis de prevenção e esta não ocorre em algumas situações, seja pela falta de percepção do risco ou por condições outras que atrapalhem a dedicação ao cuidado com a criança.

Relevante abordar a questão de que a prevenção pode se dar num misto de proteção e educação. A criança à medida em que cresce deve ser ensinada, alertada sobre os riscos. Tal idéia aproxima-se do que Winnicott apresenta quando fala do cuidado gradativo que a mãe suficientemente boa vai dispensando ao seu filho à medida em que ele se desenvolve rumo à autonomia. Esta é uma noção desenvolvida pela mãe, por quem cuida, durante sua própria história e talvez não possa ser ensinada. É vivenciada. Talvez a investigação de cuidados recebidos por estas mães, por estes cuidadores, traga algumas respostas no sentido que o senso de proteção talvez não possa ser ensinado. Talvez seja transmitido. As crenças e modos de cuidar culturalmente enraizados interferem no modo de prevenir e de perceber o risco. Os componentes psicossociais afetam o contexto de vivência das

famílias e interferem, ou melhor, constituem o modo de pensar e executar proteção. Pode-se então questionar que crenças determinadas culturas valorizam e reforçam, no sentido de ampliar a compreensão do seu modo de viver e possibilidades de se pensar preventivamente, possibilidades de antecipação de riscos.

Talvez possa se pensar também que outras preocupações podem estar “concorrendo” com a preocupação de cuidados à criança. Por exemplo, o medo e a convivência com a violência, desemprego, sustento e conflitos familiares, são exigências da vida contemporânea que tem seu efeito no modo de viver e, provavelmente, no modo de proteger.

Percebe-se que há certa distância entre o que devem ser as funções parentais, relatadas pelos técnicos e os teóricos, e as preocupações parentais reconhecidas e assumidas pelos pais.

As condições sócio-econômicas apresentadas pelas famílias entrevistadas, em sobrevivência com renda predominante de até um salário mínimo certamente interferem na adoção de certas estratégias físicas de proteção, como condições da moradia (fechamento de escadas, proteção de lajes, colocação de grades), uso de assento para automóvel. Mas a percepção dos riscos e o desejo de proteção poderiam estar presentes. E obtém-se respostas quanto às medidas para evitar acidentes que valorizaram a atenção do cuidador, e, muitas vezes, colocando no comportamento da criança a causa do acidente. Talvez seja este o entendimento ou talvez seja um tipo de resposta protegida de contato com sensações de culpa, de impotência. O admitir a possibilidade de prevenção do acidente ocorrido pode implicar em admitir culpa, o que muitas vezes não é expressado pelo familiar.

A hipótese de que algo na estrutura e no contexto familiar pode estar repercutindo na saúde dos seus membros (as crianças, neste caso), sendo necessária a intervenção hospitalar e/ou ainda encaminhamentos para suporte à reorganização após o acidente, pode ser acatada neste estudo, porém não generalizada.

Obtiveram-se dados em um grande contingente para o número estudado, de crianças de até um ano de idade sofrendo quedas. São acidentes comuns vistos do aspecto de que na fase em que estão aprendendo a andar, a equilibrar-se sobre as duas pernas, quedas podem ocorrer. Mas as quedas ocorridas levaram à

necessidade de hospitalização, ocorreram em escadas, de cima de camas ou cômodas, lugares em que não deveriam estar sem supervisão. Afazeres simultâneos por parte dos responsáveis e condições físicas do ambiente podem ter colaborado para tais ocorrências, mas foram pouco justificados pelos entrevistados. Pode-se constatar que, em certa medida, o risco tende a ser negado pelos pais, principalmente no ambiente doméstico, como relataram Mulligan-Smtih (1998) e Eichelberger (1990).

O pouco conhecimento ou reconhecimento do desenvolvimento infantil é outro aspecto que merece ser mais estudado, visto que o comportamento arriscado de certas crianças não é previsto e, algumas vezes, é naturalizado, sendo considerado inevitável, não passível de prevenção. Também alguns transtornos no desenvolvimento, como a hiperatividade, ou alguns aspectos congênitos passam despercebidos pelos pais e aumentam a exposição da criança ao risco, visto que podem ter dificuldades de controle motor, de julgamento de perigo. Este é um dos aspectos em que as equipes de saúde podem estar atentas, visto que um certo aprofundamento na coleta de informações para o atendimento pode trazer contribuições no alcance da saúde, do ponto de vista de sua integralidade e amplitude.

Enfim, este estudo trouxe alguns dados que puderam abrir questões e maneiras de pensar os acidentes com crianças, sem a pretensão de fechá-las, ou classificá-las em modelos teóricos. A questão dos acidentes infantis é complexa e suas causas são multifatoriais. Relacioná-las ao contexto familiar é relevante, visto que é neste meio que a maioria das crianças vive e seu modo de viver pode responder ao modo como têm se acidentado.

REFERÊNCIAS

ALGARVIO, S & LEAL I. Preocupações parentais: validação de um instrumento de medida. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal,5(2), 145-158, 2004.

BAHIA. SESAB/DATASUS – VII Conferência Estadual de Saúde – Informações sociodemográficas e de saúde – Bahia – 09 a 11 de setembro de 2007.

BASTOS, A.C.S. **Modos de Partilhar: A criança e o cotidiano da família**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

BARROS, M D A, LIMA , M.L.C., XIMENES, R. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, vol. 35, n.2 , São Paulo, Abril, 2001.

BRASIL, ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: Lei nº 8069 de 13/07/1990: Constituição e legislação relacionada. São Paulo, Cortez, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e violências. Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01, publicada no DOU nº 96, seção 1e de 18/05/01.

BRASIL. Resolução 196/ 96 disponível em www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm, acessado em 21/11/2007.

BRAZ, M, CARDOSO, M H C A. Em contato com a violência - os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, nº1, p.91-97, jan.2000.

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família in AZEVEDO, M.A., GUERRA, V.N.A. (org.). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3ª ed., p. 49 a79, Cortez, São Paulo ,2000.

CANABARRO, S T, EIDT, O R , AERTS, D R G C. Traumas infantis ocorridos em domicílio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 25(2):257,ago. 2004

CASELLATO, G. **LUTO POR ABANDONO: ENFRENTAMENTO E CORRELAÇÃO COM A MATERNIDADE**. 2004. 419 f. Tese. Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Comitê de Família y Salud Mental. Maltrato físico: um problema que nos involucra. **Arch Argent Pediatr.**, 101:64-72, 2003.

CRESWELL, J W. **Projeto de pesquisa Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Artmed, Porto Alegre, 2007.

DAVIS, M. ; WALLBRIDGE,D.. **Limite e Espaço**, Rio de Janeiro, Imago, 1982.

DAVOLI, A, et al. Prevalência de Violência Física Relatada contra Crianças em uma População de Ambulatório Pediátrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(1): 92-98, jan/mar, 1994.

DEL CIAMPO, L. A. ET AL. Prevalência de Acidentes na Infância e Adolescência. **Rev. Paul Pediatría**, São Paulo, vol 21, nº. 04, dezembro 2003.

DELGADO, L F, FISBERG, M. Síndrome do bebê espancado. **Pediatría Moderna**, São Paulo, vol XXV, n 3, jul,1990.

EICHELBERGER MR, et al. Parental attitudes and knowledge of child safety. **Am J Dis Child**, 144:714-720,1990.

ESTEVEES, C M, BORGES, E S. O resgate do vínculo mãe-bebê: estudo de caso de maus tratos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, 27(4), p. 760-775,2007.

FERREIRA, A L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol.81, nº 5 (supl), 2005.

FILÓCOMO FRF, HARADA MJCS, SILVA CV, PEDREIRA MLG. Estudo dos Acidentes na Infância em um Pronto Socorro Pediátrico. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo,jan-fev; 10(1):41-7 , 2002,

FONSECA, S S,et al. Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares. **Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria**,Rio de Janeiro, vol. 78, n. 2, 2002.

FRANCIOZI, CES et al. Trauma na Infância e Adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um Hospital Público. **Acta Ortop Bras.** ; São Paulo, 16 (5): 261-52008.

GASPAR, V L V, et al. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 80, n.6, 2004.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.14, nº2, abril/jun, 1998.

GOMES, R, DESLANDES S F , et al. Por que as crianças são Maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(3): 707-714, mai-jun, 2002.

HABIGZANG, L F et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, vol 19, n 3, Porto Alegre, 2006.

HARADA, M J C S, PEDROSO, G C, VENTURA, R N. A Comunidade Segura. **Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 81, n 5 (supl), 2005.

JORGE, MHPM, KOIZUMI, MS, TUONO, VL. **Acidentes na Infância: magnitude e subsídios para sua prevenção**. Relatório realizado para a ONG Criança Segura (Safe Kids), São Paulo, 2007.

KIPPER, D J, et al. Identificação de fatores de risco de acidentes no ambiente domiciliar durante o primeiro ano de vida. **Mom. & Perspec. Saúde**, Porto Alegre, 2 (2):13/18, jul/dez, 1988.

LILLER, K D. Unintentional Injuries in Children. APHA, 2006, acessado pelo Medscape em 30/11/ 2007.

LOPES, M V G, TAVARES Jr, P A. Maus tratos: 57 observações em enfermaria. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, 36 (10): 684-688, out., 2000.

LORDELO, E R, et al. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, Vol.13 n.1, 2000.

MARTINS, C B G, ANDRADE, S M. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol .13, n. 4, jul/ago, 2005.

MINAYO, M C. Violência: um tema que a realidade social impõe à atenção médica. **Revista Digital em Educação Permanente em Saúde**, 2004, 1(1): 3p. Disponível em www.abem-educmed.org.br/publicações/revistadigital, acessado em 25/03/2009.

MENEZES, M G P et al. A criança vítima de maus tratos atendida em serviços de emergência. **Pediatria**, São Paulo, 18 (2):75-81, 1996.

MILANI, R G, LOUREIRO, S R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do Conselho Tutelar. **Psicologia Ciência e Profissão**, BRASÍLIA, 28(1), p. 50-67, 2008.

MULLER, F B, WEIGELT , L D. Família com criança vítima de agravos por causas externas. **Cogitare Enferm.**, Santa Cruz do Sul, RS, 10(2):24-28, mai/ago, 2005

MULLIGAN-SMITH, MD et al. Parental perception of injury prevention practices in a multicultural metropolitan area. **Pediatr Emerg Care**, 14(1): 10-4, feb.1998.

NASCIMENTO, M L, CUNHA, F L, VICENTE, L M D. A desqualificação da família pobre como prática de criminalização da pobreza. **Psicologia Política**, UFMG, 14(7), 2008.

OMS (World Health Organization) e UNICEF. **World report on child injury prevention**. Edited by Margie Peden et al, 2008.

PAES, C E N, GASPAR, V L V. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. **Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 81, n. 5 (supl), 2005.

PETRINI, J. C.. Mudanças e mudanças familiares in _____, CAVALCANTI, V.R.S. (orgs.). **Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

POWELL, C. The perception of risk and risk taking behavior: implications for incidente prevention strategies. **Wilderness Environ Med**, 18(1):10-5, 2007.

RICAS, J, DONOSO, M T V. Maus tratos na Infância: reflexões. **REME Rev Mineira Enf**, Belo Horizonte, 10 (3): 306-310, jul/set, 2006.

ROSSI, L A et al. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, 11 (1):36-42, jan/fev, 2003.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

SARTI, C. Famílias enredadas in ACOSTA, A.R., VITALER, M.A. F.. **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, PUC/SP, 2005.

SOUSA, L J E X , BARROSO, M G T. Revisão bibliográfica dos acidentes com crianças. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v33, n 2, p.107-12, jun. 1999a.

_____. ACIDENTE Doméstico em Crianças: abordagem conceitual. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v 12, n. 1 p.70-77, 1999b.

_____. Ninguém quer perder um filho - reações dos familiares observadas pela enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v 50, n.4, p.477-484, out/dez, 1997.

TRAD, G M G S et al. Politraumatismo em crianças: análise das principais causas em 10 anos de Terapia Intensiva. **Rev Ciênc Méd**, Campinas, 11(2):123-127, maio/ago, 2002.

UNGLERT, C.V. de S. et al. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. **Rev. Saúde públ.**, S.Paulo, 21:234-45, 1987.

VASCONCELOS, E M N C. **Conhecimento e atitudes de pessoas frente a situações de acidentes comuns na infância**, 1999. 94 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa

VOLIC, C, BAPTISTA, M V. Aproximações do conceito de negligência, Núcleo de Estudos e pesquisas sobre a Criança e o adolescente da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2005.

WINNICOTT, D.W. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre; Artes Médicas, 1983.

_____. **A família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo, Martins Fontes, 1997.

_____. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TÍTULO: Hospitalização por acidentes com crianças e contexto familiar: Uma análise dos fatores de proteção e responsabilidade na família contemporânea

INVESTIGADOR: Andrea Machado T. Dias

OBJETIVO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre hospitalização por acidentes traumáticos com crianças e contexto familiar.

PROCEDIMENTOS

Uma entrevista onde você irá falar sobre o acidente, como aconteceu, em que condições e um pouco sobre o a família de vocês, onde vive a criança. Em alguns momentos eu estarei fazendo perguntas e você poderá falar livremente sobre o assunto que estaremos tratando. Estarei anotando as informações da nossa conversa para que eu não perca nenhuma informação que você estará prestando. Esta conversa deverá ocorrer num momento em que não atrapalhem os procedimentos médicos e seus cuidados com a criança.

RISCOS E BENEFÍCIOS

O método de pesquisa não cria qualquer risco potencial para você como sujeito. Trata-se de uma pesquisa de risco mínimo, na qual a razão risco-benefício tende fortemente para o seu benefício. Ao participar da pesquisa, você estará contribuindo para aumentar nossa compreensão acerca de em que situações têm ocorrido acidentes com crianças e como estão vivendo as famílias atualmente.

CONFIDENCIALIDADE

As informações prestadas por você fundamentarão um trabalho de dissertação de mestrado na Universidade Católica de Salvador. Outros trabalhos científicos podem ser derivados desta pesquisa mas, em qualquer circunstância, sua identidade será mantida em absoluto sigilo.

DIREITO DE RECUSAR OU DESISTIR DA PARTICIPAÇÃO

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, você pode recusar-se a dela participar. Se mudar de idéia a respeito da sua participação na pesquisa após o início da mesma, você pode deixá-la. Negar-se a participar ou interromper sua participação não trará nenhuma consequência negativa para você.

QUESTÕES

Se você tiver qualquer pergunta a fazer, por favor, sinta-se à vontade para colocá-la. Se no futuro você tiver mais perguntas a fazer, entre em contato com a investigadora principal pelo número

Data

Assinatura do participante RG ou CPF:

Data

Assinatura do investigador

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA:



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação

Mestrado em Família Sociedade na Contemporânea

Entrevistador –

Nº do instrumento -

Idade da criança: _____ sexo () feminino
 () masculino

Acompanhante (quem acompanha a criança) no momento:

Idade: _____ Religião: _____

Acidente: Tipo:

Queimadura () extensão: _____

Queda () _____

Acidente automobilístico () Moto() bicicleta ()

Outros: _____

Conseqüência do acidente: (suspeita diagnóstica)

TCE ()

Fratura () _____

Outros: _____

Hospitalização anterior? _____ Motivo (s): _____

Escolarização: Criança _____ Pais _____

Moradia: Capital () Interior () () zona rural Outro Estado ()

Tipo: _____

Possui luz elétrica? Sim () Não () Possui água encanada? Sim () Não ()

Chão : cimento () piso () terra batida () outro: _____

Quem trabalha na casa? _____ Tipo do trabalho: _____

De quem é a principal renda? _____ Renda familiar: _____

Família: Quem mora junto? Idades _____

Irmãos? Quantos? _____ Quantos residem junto? _____

Idades: _____

Quem estava presente no momento do acidente?

Quem cuida da criança diariamente?

Sente que seria possível evitar o acidente? Por que/ como?

A partir de agora algo vai mudar? O que/como?

Anotações/ relato do ocorrido (se houver):