UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

SIMONE TRAVI CANABARRO

TRAUMAS FÍSICOS EM CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS OCORRIDOS EM DOMICÍLIO

Porto Alegre

2003

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

SIMONE TRAVI CANABARRO

TRAUMAS FÍSICOS EM CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS OCORRIDOS EM DOMICÍLIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Orientadora: Profa. Dra. Olga Rosaria Eidt

Porto Alegre

2003

Dados da autora:
Fones: 51.3347-7574 e 51.9987-8137
E-mail: simone@uniworld.com.br

ENF 05123473
T
450 C212t

[0384479] Canabarro, Simone Travi. Traumas físicos em crianças de zero a seis anos ocorridos em domicílio. Porto Alegre ,2003. 112 f. : il.

C212t Canabarro, Simone Travi
Traumas físicos em crianças de zero a seis anos ocorridos em domicílio / Simone Travi Canabarro ; orient. Olga Rosária Eidt. – Porto Alegre, 2003.

132 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2003.

1. Acidentes domésticos. 2. Criança. 3. Ferimentos e lesões/enfermagem. 4. Educação infantil. 5. Negligência. I. Eidt, Olga Rosária. II. Título.

CDD – 363.131065
CDU – 614.8-053.2
HLSN – 754.3
NLM – WA 288

Catalogação por Lucia Vauthier Machado Nunes (CRB-10/193)
e Celina Leite Miranda (CRB-10/837)

T
450
C212t
E.2

BIBLIOTECA
Escola de Enfermagem da UFRGS
Reg. n.º 803
Porto Alegre, 4/11/2003

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Olga Rosaria Eidt (Presidente)

Profa. Dra. Conceição Vieira da Silva

Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos

Profa. Dra. Eva Neri Rubin Pedro

Profa. Dra. Ana Lúcia Lorenzi Bonilha (suplente)

Porto Alegre, 31 março 2003.

Às crianças que mudaram a trajetória de suas vidas por terem vivido um trauma físico no seu lar, e, em especial, ao nono Ernesto (in memoriam), que desde os nove anos enfrentou as diversidades decorrentes de um trauma domiciliar, construindo sua história com serenidade e resignação, mas, sobretudo, com amor à natureza.

AGRADECIMENTOS

A elaboração de um trabalho científico é permeada por vivências, por experiências pessoais e profissionais, e pela forma de entender o espaço que se ocupa na qualidade de seres humanos, mas revela, também, o convívio com pessoas que, de maneiras diversas, participam dessa construção. A todas que participaram, aqui mencionadas ou no anonimato, meu respeito.

Às mães, aos pais e aos outros responsáveis pelas crianças hospitalizadas, que, apesar de estarem vivenciando um momento de sofrimento, concederam-me um pouco de seu tempo para responder às questões que, por vezes, provocaram sentimentos, com que era difícil lidar, mas que contribuíram efetivamente para a realização deste trabalho.

Aos membros do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade – NEESFAC, pelo apoio em todos os momentos dessa trajetória.

Aos membros do Comitê Cidade Protetora da Vida, que compartilham comigo a busca de uma rede social de vida e proteção à criança e adolescente, acreditando sempre que "viver é legal e proteger é possível".

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por suas palavras de apoio e incentivo durante o curso das disciplinas.

À professora Beatriz Regina Lara dos Santos, por seus ensinamentos, sua determinação e suas valiosas sugestões, me auxiliando a construir dia-a-dia essa caminhada.

À professora Ana Bonilha, pelo reconhecimento da possibilidade de realização deste trabalho, desde o início, e por seus gestos de confiança.

À professora Denise Rangel Aerts, por sua paciente assessoria epidemiológica e por suas valiosas sugestões no processo de elaboração deste estudo.

À Adriana Paz, pelo suporte na elaboração das tabelas, pela pronta disponibilidade e pelo esforço dispensado no processo de finalização do estudo.

Aos colegas do curso de mestrado, pelo convívio fraterno e enriquecedor que certamente me auxiliou no amadurecimento das idéias.

Ao senhor Arthur Eidt, por seu atendimento sempre solícito, e ao Jose Arthur Eidt, por seu bom humor diante da vida, o que nos anima e encoraja.

À colega Silvana Fughetto, por sua colaboração e respaldo nos momentos em que estive ausente nas aulas.

À Bernadete, pelo suporte atencioso oferecido à minha família, na minha ausência.

Às amigas Sandra Leal, Rita Caregnato e Marisa Vieira, que sempre me incentivaram nos momentos difíceis da construção deste estudo.

Ao Celso Kops, pelas inúmeras vezes em que se dispôs a me ouvir, e por sua sensibilidade encorajadora, compartilhando comigo as buscas existenciais da pessoa humana.

Aos meus pais, pela vida e pelos valores que me legaram durante os anos em que juntos compartilhamos, construímos e sonhamos a vida.

À amiga Valeria Corbeline, pela amizade e presença num dos momentos mais difíceis da minha vida, por me ouvir e acolher minha dor.

Ao Gilberto Luis, verdadeiro guerreiro na busca de nossos ideais, pelo apoio, carinho e compreensão, pela possibilidade generosa da infra-estrutura necessária a este estudo, por sua disposição diária e pelo cuidado com nossas meninas.

À Carolina, minha fortaleza, que nunca me deixou perder a fé e, como um jardim sempre florido, me alegrou nas horas de intolerância; por seu amor e por me auxiliar incansavelmente no computador.

À Nathalia, que me inspira e ilumina, por seu abraço carinhoso e por compreender que nem sempre era possível estarmos juntas; e, por, desde já, ser sensível às questões dos menos protegidos.

À minha orientadora Olga Rosaria Eidt, por sua amizade, pela troca de ideais, pelo apoio em minhas dificuldades pessoais e por conduzir com sabedoria este estudo, despertando meus próprios pensamentos e ensinando-me o gosto pela pesquisa.

A Deus, que por sua vontade me movimenta a buscar um caminho de saúde e vida para as crianças.

AGRADECIMENTO PROFISSIONAL

Aos trabalhadores do Hospital Cristo Redentor, por me receberem e apoiarem com elogios e sugestões, trocando idéias que certamente auxiliaram nesta pesquisa.

Ao Dr. Charly Genro Camargo, por ter me proporcionado o aprendizado; por seus exemplos de sua carreira de cirurgião do trauma e por partilhar seus conceitos de vida, demonstrando segurança e paixão pelo fazer.

Ao Dr. Samir Schneid, em quem encontrei amizade e solidariedade com as questões da pesquisa, por suas idéias, sugestões e suporte bibliográfico.

Às enfermeiras Rita Nascimento e Eliane Motta, coordenadoras das Unidades de Traumatopediatria e de Queimados, que acreditaram e receberam esta pesquisa de braços abertos.

Às enfermeiras Helena Silva e Égide Barbisan, da Unidade de Traumatopediatria, que todos os dias demonstraram, no seu fazer, a prática do cuidado humanizado, por partilhar comigo suas preocupações com a criança e sua família.

À Enfermeira Maria de Jesus Machado, da Unidade de Queimados, pelo trabalho perseverante na luta por melhores condições, criando alternativas e buscando soluções.

Ao pediatra Dr. João Luis de Mello, por suas reflexões sempre pertinentes à criança e por suas sugestões iluminadas.

À Dra. Graça Nogueira da Costa, ao Dr. Deiwis Albers e à Dra. Ariadne Torres, por seus exemplos de busca pela resolução necessária e possível para o paciente queimado, mas, sobretudo, por suas práticas que denotam o respeito e a ética.

Ao pediatra Dr. Jorge Luis dos Santos, à assistente social Fátima Al-Alan e à psicóloga Virgínia Carmona, membros da Comissão de Maus-Tratos do Hospital Cristo Redentor, por serem incansáveis na busca de caminhos de proteção à criança.

À Jacinta Damo, terapeuta ocupacional, por sempre encontrar maneiras de tornar menos difíceis os dias das crianças hospitalizadas.

À Lucia, Sabrina e Damaris, por seu pronto atendimento nas questões do dia a dia, e por seu sorriso.

Às equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem, pela presteza, pela disponibilidade com que realizam seus trabalhos diários, manifestando alegria ou a dor ao tratamento infantil, e por se mostrarem envolvidas e assim me motivarem.

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

Mais que acompanhar ... a criança que busca a descoberta reserva sempre o olhar de busca de um adulto que a proteja... de quem a proteja... eis o espaço da proteção, do dizer sim com o olhar, de fazer nosso olhar ser antecipatório e guardião ... cuidando para que o risco assumido pela criança não comprometa sua saúde, sua vida, o limite vigilante de quem já experimentou e hoje conhece o perigo, uma proteção antes e durante, uma liberdade protegida, não apenas vigiada ... para que aquele momento de desatenção não se transforme em tragédia... (DE NEGRI FILHO, 2002a, p. 1).

RESUMO

Traumas físicos em crianças de zero a seis anos ocorridos em domicílios é um estudo descritivo com delineamento epidemiológico de série de casos, realizado com o objetivo de, ao se identificarem suas circunstâncias, caracterizar o trauma e suas situações de ocorrência e também situalizar as vulnerabilidades familiar, domiciliar e da criança. Os sujeitos foram os 120 responsáveis legais da criança traumatizada de zero a seis anos, internadas no Hospital Cristo Redentor – GHC, no município de Porto Alegre, no período de junho a novembro de 2002. Foram estudadas as variáveis sexo, faixa etária, horário, turno e dia da semana, tipo de trauma, mês de internação, descrição da lesão, local do acontecimento, situação e reincidência de trauma, cuidador responsável e/ou acompanhante no momento do trauma, escolaridade dos pais, configuração familiar, freqüência aos serviços de saúde e orientações recebidas. Para análise dos dados quantitativos utilizou-se o *software* SPSS 10.01 em método descritivo, enquanto que para circunstanciar os traumas físicos utilizou-se os relatos dos sujeitos. Destaca-se, entre os resultados, que houve uma aproximação de ocorrência de traumas em ambos sexos e a faixa etária mais acometida foi a de um a dois anos, seguida da de dois a três anos. Os tipos mais freqüentes foram as quedas sucedidas pelas queimaduras e esmagamentos. O horário, dia da semana e variações climáticas tiveram influência na ocorrência do trauma. Seus acontecimentos foram, principalmente, na cozinha, pátio e quarto de dormir, sendo que a maioria não se relacionava ao cotidiano do brincar. Mais da metade das famílias apresentou a configuração familiar do tipo nuclear, seguida por extensa e monoparental; um terço das famílias já teve história de trauma com outras crianças no mesmo domicílio. A escolaridade dos pais e do cuidador mostrou que um número significativo enquadra-se no grupo de analfabetos funcionais. Os resultados indicaram, também, que somente uma criança e seus cuidadores não freqüentavam o serviço de saúde. Em relação às orientações necessárias para a prevenção de traumas físicos infantis, fornecidas em atendimentos nos Serviços de Saúde, apenas 18 cuidadores responsáveis referiram recebê-las. Pode-se dizer que não houve resolutividade do Serviço de Saúde sobre a prevenção dos traumas físicos infantis para esse grupo estudado. Com os resultados, acrescidos dos relatos das circunstâncias dos traumas físicos, foi possível identifica-se aspectos de vulnerabilidades individual, familiar/social e domiciliar, que interferiram na ocorrência dos traumas.

Palavras-chaves: acidentes domésticos; criança; ferimentos e lesões/enfermagem; educação infantil; negligência.

ABSTRACT

Physical trauma in children from zero to six years old occurred in domiciles is a descriptive study with epidemiological outline of series of cases, performed with the objective of identifying their circumstances, characterizing the trauma and the situations where they took place and also characterizing situations of family, home and child vulnerability. The subjects were the 120 legal representatives of the zero to six-year old child who underwent trauma, hospitalized at the *Hospital Cristo Redentor*, in the city of Porto Alegre, Brazil, in the period from June to November, 2002. The variables studied were sex, age group, timetable, shift and weekday, trauma type, month of internment, injury description, event's place, situation and repetition of trauma, responsible and/or companion in the trauma's moment, parents' education, familiar configuration, frequency to health services and received orientation. To make the analysis of the quantitative data, we used the SPSS 10.01 software in descriptive method, while using the reports made by the subjects outlined the circumstances of the physical trauma. Among the results, it is emphasized that there was an approach in the ocurrence of traumas in both sexes, and the principal age group was from one to two years old, followed by the ages from two to three. The types with higher frequency were falls followed by burning and crashing. The timetable, weekday and climatic variation have all had influence in the trauma ocurrence. The major places were the kitchen, backyard and bedroom and the majority was not related to the playing activity. More than a half of the families presented the family configuration of nucleus type, followed by extensive and monoparental, and one third of the families has already had story of trauma with other children in the same domicile. The education of the parents and of the caretaker showed that a significant number fits the group of functional illiterate people. The results also showed that only one child and his/her caretakers did not attend the Health Care Center. With regard to the necessary guidelines to prevent infantile physical traumas, provided in attendances at the Health Care Centers, only 18 caretakers preferred to receive them. It can be said that there was no resolution by the Health Care Center about the prevention of infantile physical traumas for this studied group. With these results, added by the reports of the circumstances of the physical traumas, it was possible to identify the aspects of individual, familiar/social and domicile vulnerability that interfered in the occurrence of the traumas.

Key-words: accidents, home; child; wounds and injuries/nursing; child rearing; negligence.

Title: Physical trauma in children aged zero to six inflicted inside their household.

RESUMEN

Traumas físicos en niños con edades entre cero y seis años, ocurridos en domicilios, es un estudio descriptivo con delineamiento epidemiológico de serie de casos, realizado con el objetivo de, una vez identificadas sus circunstancias, caracterizar el trauma y sus situaciones de ocurrencia y también identificar las vulnerabilidades de la familia, del domicilio y del niño. Los sujetos fueron los 120 responsables legales de los niños traumatizados con edades entre cero y seis años, internados en el Hospital Cristo Redentor – GHC, en la ciudad de Porto Alegre, en el período de junio a noviembre de 2002. Se estudiaron las variables sexo, edad, horario, turno y día de la semana, tipo de trauma, mes de la internación, descripción de la lesión, lugar donde ocurrió, situación y reincidencia de trauma, cuidador responsable y/o acompañante en el momento del trauma, escolaridad de los padres, configuración familiar, frecuencia a los servicios de salud y orientaciones recibidas. Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó el *software* SPSS 10.01 en método descriptivo, mientras que, para analizar las circunstancias en que ocurrieron los traumas físicos, se utilizaron los relatos de los sujetos. Se destaca, entre los resultados, que hubo una aproximación de ocurrencia de traumas en ambos sexos y la edad más acometida fue la de uno a dos años, seguida de la de dos a tres años. Los tipos más frecuentes fueron las caídas, seguidas de las quemaduras y los arrollamientos. El horario, día de la semana y variaciones climáticas tuvieron influencia en la ocurrencia del trauma. Los lugares en que ocurrieron fueron, principalmente, la cocina, el patio y el dormitorio, siendo que la mayoría no se relacionaba con los juegos cotidianos. Más de la mitad de las familias presentó la configuración familiar del tipo nuclear, seguida de la familia extendida y de la familia monoparental; un tercio de las familias ya había tenido historia de trauma con otros niños en el mismo domicilio. La escolaridad de los padres y del cuidador mostró que un número significativo se encuadra en el grupo de analfabetos funcionales. Los resultados indicaron, también, que solamente un niño y sus cuidadores no frecuentaban el servicio de salud. Con relación a las orientaciones necesarias para la prevención de traumas físicos infantiles, ofrecidas en atendimientos en los Servicios de Salud, solamente 18 cuidadores responsables refirieron haberlas recibido. Se puede decir que no hubo resolución del Servicio de Salud sobre la prevención de los traumas físicos infantiles para ese grupo estudiado. Con los resultados, añadidos los relatos de las circunstancias de los traumas físicos, fue posible identificar aspectos de vulnerabilidades individual, familiar/social y domiciliar que interfirieron en la ocurrencia de los traumas.

Descriptores: accidentes domésticos; niño; heridas y traumatismos/enfermería; crianza del niño; negligencia.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da população estudada segundo o tipo do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 61

Gráfico 2 – Distribuição da população estudada segundo o horário em que ocorreu o trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 63

Gráfico 3 – Distribuição da população estudada segundo o dia da semana em que ocorreu o trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Bloco relativo aos dados sobre a criança que sofreu o trauma 51

Quadro 2 – Bloco relativo aos dados sobre o trauma sofrido pela criança 52

Quadro 3 – Bloco relativo às situações de ocorrência do trauma 53

Quadro 4 – Bloco relativo aos processos familiares e domiciliares 54

Quadro 5 – Caracterização de crianças internadas por maus-tratos ou suspeita de maus-tratos 81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das crianças com traumas, segundo sexo e faixa etária, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 59

Tabela 2 – Distribuição das crianças com traumas, segundo o tipo de trauma e o turno em que ocorreu o acidente, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 66

Tabela 3 - Distribuição das crianças com traumas, segundo o mês em que internaram, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 68

Tabela 4 – Distribuição das crianças com traumas, segundo a descrição da lesão, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 70

Tabela 5 - Distribuição das crianças com traumatismo crânio-encefálico (TCE), segundo o tipo de lesão, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 72

Tabela 6 – Distribuição das crianças com traumas, segundo o local de ocorrência do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 73

Tabela 7 – Distribuição das crianças com traumas, segundo a situação de ocorrência e situação de brincadeira, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 77

Tabela 8 – Distribuição das crianças com traumas, segundo o cuidador responsável e a pessoa que estava junto com a criança no momento da ocorrência do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 84

Tabela 9 – Distribuição das crianças com traumas, segundo a faixa etária e o tipo do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 86

Tabela 10 – Distribuição das crianças com traumas, segundo a descrição da situação do trauma e o tipo do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 89

Tabela 11 – Distribuição das crianças com traumas, segundo tipo de trauma, faixa etária, sexo e reincidência, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 91

Tabela 12 – Distribuição das crianças com traumas, segundo quem cuidava no momento do trauma, o tipo e a situação do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002 93

Tabela 13 – Distribuição das crianças com traumas, segundo o tipo de pais, quantidade de membros na família e o número de crianças na família, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 96

Tabela 14 – Distribuição das crianças com traumas, segundo configuração da família e ocorrência de trauma em outra criança do domicílio, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002 98

Tabela 15 – Distribuição das crianças com traumas, segundo escolaridade materna, paterna e do cuidador, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002 100

Tabela 16 – Distribuição das crianças com traumas que freqüentaram o Serviço de Saúde e receberam orientação sobre a prevenção de traumas, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002. 103

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19

2 OBJETIVOS 24

2.1 OBJETIVO GERAL 24

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 24

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 25

3.1 O CONTEXTO E O TRAUMA FÍSICO INFANTIL 26

3.2 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL DA CRIANÇA AOS TRAUMAS FÍSICOS 32

3.3 FAMÍLIA: GERADORA DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA? 37

3.4 CIDADE PROTETORA DA VIDA - REDE DE DEFESA E PROTEÇÃO À SAÚDE 41

4 METODOLOGIA 47

4.1 DELINEAMENTO 47

4.2 CAMPO DE ESTUDO 48

4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO 48

4.4 COLETA DE DADOS 50

4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS 51

4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS 54

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 56

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS 58

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRAUMA E SUA SITUAÇÃO DE OCORRÊNCIA 58

5.1.1 Sexo e Faixa Etária das Crianças 58

5.1.2 Horário da Ocorrência do Trauma 62

5.1.3 Dia da Semana 64

5.1.4 Mês da Internação 68

5.1.5 Descrição da Lesão 69

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, FAMILIAR E DOMICILIAR 86

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 105

REFERÊNCIAS 113

APÊNDICES 119

ANEXOS 128

1 INTRODUÇÃO

Como enfermeira de Saúde Pública, sendo docente nos cursos de capacitação técnica no SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), observei que as alunas com idade de 18 a 50 anos apresentavam experiências de vida que envolviam traumatismos físicos em alguns dos filhos pequenos. Ao mesmo tempo, vivências similares constatei na prática assistencial nas emergências e unidades de internações hospitalares infantis.

Minha experiência pessoal e profissional reporta-me às dificuldades existenciais das pessoas na vida infantil e adulta, oriundas de traumas físicos acontecidos no seu ambiente doméstico, caracterizando-se fatores determinantes de condições limitantes em suas vidas futuras, tanto no plano profissional quanto de realização pessoal.

A Organização Mundial de Saúde considera *trauma*, segundo Robertson (1993), um dano causado ao organismo por brusca exposição a concentrações de energia que ultrapassem sua margem de tolerância ou a fatores que interfiram nos intercâmbios de energia desse organismo. O trauma físico, conforme Ferreira (1999, p. 1993), é considerado "uma lesão de extensão, de intensidade e gravidade variáveis que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, ou outros), de modo acidental". Farinati, Biazus e Leite (1993), De Negri

Filho (2002), Eidt e Canabarro (2001), Blank (1996) e profissionais da saúde questionam sua acidentalidade e sua causa, bem como seu cunho fortuito e incontrolável, e consideram o trauma um evento passível de prevenção, com epidemiologia própria.

O trauma percorre, junto com a humanidade, uma trajetória histórica desde o início das civilizações, segundo Cardona et al. (1994), quando referem que os estudos antropológicos do homem de *Neanderthal* demonstravam ocorrência de traumas durante suas vidas. Essas autoras ponderam que o estilo de vida da época em que o homem vivia exposto aos elementos da natureza e aos animais predadores diferem dos riscos eminentes aos traumas a que o ser humano está submetido atualmente. Porém, a magnitude desse evento que tem resultados avassaladores para as pessoas envolvidas tem alcançado proporções gigantescas.

O aumento da incidência se revela através dos dados progressivos apresentados pelo *Advanced Life Support Group* (1999), mostrando ser a primeira causa de morte em crianças de 1 a 14 anos nos Estados Unidos. A mesma publicação refere que os acidentes são responsáveis por, em média, duas mortes diárias de crianças. Na Inglaterra e Wales (País de Gales) esses eventos representam 120.000 admissões hospitalares e em torno de 2 milhões de atendimentos efetuados pela *Accident and Emergency Department* por ano.

Izant e Hughby apud Oliveira, Burd e Bassols (1994, p. 341) referem que "o trauma pediátrico é um dos menos conhecidos e um dos mais sérios fenômenos de ordem social, econômica e médica". Esses autores apresentam estatísticas que contribuem para a relevância do problema deste estudo, quanto ao fato de que "Nos países desenvolvidos, os acidentes são a primeira causa de mortalidade de crianças de 1 a 14 anos. No Rio Grande do Sul chega a representar 30,0% das mortes neste grupo etário".

O trauma não é exclusividade das crianças; porém, de acordo com Robertson (1993), o trauma em pediatria diferencia-se daquele ocorrido em adultos pelas específicas características da criança que é atingida na faixa etária em que está mais vulnerável no plano de desenvolvimento individual.

De acordo com os dados gerados no Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre, as quedas atingem 25,0% e as queimaduras 13,0%, e "o traumatismo crânio-encefálico é a lesão mais comum na criança acidentada (28,5%). A seguir, vem o politraumatismo* (16,5%) e a fratura como lesão única (15,7%)" (IZANT e HUGHBY apud OLIVEIRA, BURD e BASSOLS, 1994, p. 341).

Esses traumas físicos representam sofrimentos, culpas e perdas para a família, levando, muitas vezes, a situações traumáticas ou fatais, pois, ainda que momentâneo, o evento traz à criança a dor, o medo ou a alteração no seu processo de desenvolvimento e crescimento em determinado momento de sua vida. Além disso, diz Blank (1996, p. 108), "o seu custo social, em termos econômicos e de desgaste emocional, é incalculável".

A moradia é um dos locais mais comuns em que se produz traumatismos, afirma Tepas III (1995, p. 879), pois estudos epidemiológicos consideram que 35,0% dos traumatismos ocorrem no domicílio das crianças. Esses dados são confirmados por Perin et al. (1992), que questionam sobre o grande número de traumatismos que acontecem dentro do lar. Referem, também, que entre os que são motivo de consulta de enfermagem, no serviço de emergência do Hospital da Criança Santo Antônio, em Porto Alegre, estão os traumatismos

---

* Conforme orientação em entrevista realizada com Dr. Charly Genro Camargo, Cirurgião e Assistente da Gerência de Ensino e Pesquisa, do Grupo Hospitalar Conceição - Hospital Cristo Redentor, esse médico recomenda que o termo "politraumatizado" usado atualmente seja substituído por "traumatizado grave" por ter uma conotação mais realista com a prática de emergência.

crânio-encefálicos. Assim, para fins deste estudo, considerou-se domicílio o espaço interno da moradia mais o pátio da casa.

Sob esse aspecto, a enfermeira tem papel relevante com a família, através do desenvolvimento de ações educativas contínuas, individuais e coletivas que envolvam as prevenções específicas desses problemas, considerados evitáveis.

Por outro lado, o estudo dos traumatismos físicos na criança não pode ser restrito ao ambiente hospitalar, o que comumente acontece. Há necessidade de conhecer e relacionar situações cotidianas da família e de seu domicílio, incluindo suas dificuldades sociais, culturais, condições ambientais e de trabalho fora do lar, que, às vezes, são desconsideradas ao tratar desse assunto. Esses fatores precisam ser estudados também sob a perspectiva de ampliar a responsabilidade social do profissional de saúde, em sua prática, e em consonância com a realidade das famílias e dos cuidados de que elas próprias necessitam para constituírem um ambiente protetor numa comunidade também protetora.

Ao inteirar-se sobre as circunstâncias familiares e domiciliares que têm conotação relevante nessa problemática, novas idéias emergem sobre as necessidades educativas no ambiente familiar e sobre o papel social do profissional enfermeiro na sua prevenção. A enfermeira, em seu exercício profissional, quer seja no âmbito da consulta de enfermagem, quer seja em grupos educativos e em outras atividades que abranjam as famílias e as comunidades infantis, deve ter sempre um olhar compromissado com a qualidade de vida da criança e sua família.

Assim, à luz da pesquisa, busca-se obter subsídios que tenham um significado real para processos educativos às famílias com crianças de zero a seis anos e à própria criança, visando ao seu crescimento e desenvolvimento num ambiente o mais protetor possível, em

que se fortaleçam as oportunidades de crescimento e desenvolvimento e, com liberdade alicerçada no respeito e na cidadania, se contribua para a prevenção dos traumatismos físicos da criança.

Este estudo integra-se na linha de pesquisa "Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva" do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e na Comunidade – NEESFAC está inserindo a linha de pesquisa acima referida. Tal estudo encontra-se no eixo temático Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as circunstâncias relacionadas aos traumas físicos ocorridos em domicílios, em crianças de zero a seis anos de idade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o trauma e sua situação de ocorrência.
- Caracterizar situações de vulnerabilidade da criança, da família e do domicílio.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Hoje, é praticamente unânime a idéia, entre os profissionais de saúde, de que o trauma físico da criança é previsível, deixando de ser visto como um acidente. Mas, todos reconhecem também que se trata de um complexo problema de saúde coletiva, em que se cruzam os contextos históricos do fenômeno, maus-tratos e negligência infantil, compromissos e estruturas político-social e sanitária, problemas biopsicossociais, somados à vulnerabilidade infantil, familiar, domiciliar e social.

Constata-se, nas raízes do conceito de vulnerabilidade, que sua origem provém da área da advocacia internacional estando relacionada aos direitos universais do homem. O termo vulnerabilidade "designa originalmente grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania" (ALVES apud AYRES, FRANÇA-JUNIOR e CALAZAN, 1997, p. 20). Conforme esses autores, essa expressão passou a ser adotada mais amplamente no campo da saúde após a publicação, nos Estados Unidos, em 1972, do livro *AIDS no mundo.*

A partir de então, vários elementos foram adotados quanto à definição de vulnerabilidade e à ênfase aos aspectos preventivos. Porém, em relação aos traumas físicos

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

infantis, não se pode prescindir da compreensão de diversos aspectos neles envolvidos: a produção e difusão de conhecimentos, debate e ação sobre a suscetibilidade de crianças, familiares e coletividade quanto a esses acontecimentos e suas conseqüências, considerando-se a "particularidade de sua situação no conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para o seu enfrentamento" (ALVES apud AYRES, FRANÇA-JUNIOR e CALAZAN, 1997, p. 20).

Esses autores acrescem que a vulnerabilidade,

> "como horizonte teórico e instrumental conceitual, surge, em síntese, como um modelo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que torna cada um de nós expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para nos protegermos a todos" (ALVES apud AYRES, FRANÇA-JUNIOR e CALAZAN, 1997, p. 20-1).

3.1 O CONTEXTO E O TRAUMA FÍSICO INFANTIL

A importância da prevenção dos traumatismos não pode ser negada pelos profissionais da área de saúde. No contexto mundial, o trauma pediátrico continua sendo uma grande ameaça para a saúde coletiva, o que confirma Tepas III (1995, p. 879) quando refere que, aproximadamente, 10.000 crianças americanas morrem por ano em conseqüência de traumas, e, aponta as seqüelas resultantes desses acontecimentos.

No Brasil, atualmente, há um grande avanço tecnológico em relação ao aumento da sobrevida de crianças com patologias graves, mas lado a lado constata-se a redução de vidas infantis, devido à morbi-mortalidade por causas externas que, segundo os dados estatísticos de um estudo diagnóstico de Trajano e Coutinho (2002), causou, no ano de 2000, o óbito de 48 crianças residentes em Porto Alegre. No grupo de causas externas estão incluídos os traumas

físicos, na faixa etária de zero a nove anos de vida. Diante disso, pode-se prever que a população necessita de esclarecimentos para a educação da família e de seus cuidadores.

Blank e Eckert (1990, p. 79), mediante cálculos estatísticos, advertem sobre o impacto do trauma físico infantil numa dimensão social e coletiva:

> "...calcula-se que para cada óbito por injúria física corresponda a 50 casos com severidade suficiente para causar a hospitalização, 1000 casos que requeiram somente atendimento ambulatorial e mais de 2000 casos atendidos fora do ambiente hospitalar, o que leva a estimativa de cerca de 2 milhões de eventos traumáticos anuais em crianças gaúchas".

A relevância desse problema, visto como previsível em saúde coletiva, revela a necessidade de conhecimento do vivenciar singular de cada família, em que, parafraseando Elsen (1994), a saúde da família está vinculada à saúde de seus membros que de modo comum, enfrentam crises, aderem ou não a um tratamento, partilham crenças e valores, promovendo ou negligenciando a integridade física e emocional de seus membros, em especial da criança.

Em entrevista com profissionais médicos e enfermeiros que trabalham em ambulatórios e hospitais infantis, onde diversos tipos de traumas físicos são tratados, os entrevistados revelam a grande freqüência desses eventos, entre os quais os que necessitam de internação, como: os traumatismos crânio-encefálicos (TCE), diversos tipos de fraturas e queimaduras e, com menos freqüência, mas com comprometimentos severos, os traumas da coluna e medula vertebrais.

McNamara (1995, p. 447) aponta as quedas como a segunda causa mais comum nos traumas de coluna e medula vertebrais, podendo levar a paralisias permanentes. Na sua análise, pondera ser "uma das catástrofes isoladas mais devastadora. Em geral, afeta pessoas

jovens e saudáveis; as seqüelas financeiras, sociais e psicológicas são enormes para o paciente e sua família".

Na ocorrência de fraturas é necessário observar a singularidade do crescimento do sistema esquelético. Clinco (2001, p. 183) considera que "diversos fatores significativos fazem que as fraturas do esqueleto imaturo sejam diferentes das que envolvem o esqueleto maduro", dado também confirmado por Medeiros e Dirani (1994, p. 346) quando dizem que "as diferenças entre as lesões ósseas do adulto e da criança são muitas, pois, enquanto o adulto parou de crescer, a criança continua crescendo".

Rogers, Osborn e Pousada (1992, p. 128) enfatizam que o traumatismo craniano é responsável por aproximadamente um quarto das mortes por trauma. No entanto, as queimaduras também apresentam características preocupantes por causa da faixa etária, pois conforme a visão de Hill (1995, p. 506): "os pacientes queimados nos extremos de idade têm maior risco de morbidade e mortalidade, e crianças e latentes menores de 2 anos de idade, com queimaduras grandes, necessitam de internação".

Ao se estudar o trauma físico infantil é necessário deter a atenção e a avaliação no contexto histórico de maus-tratos familiares. Pediatras, cirurgiões pediátricos e enfermeiros descrevem essa necessidade e chamam a atenção para a dificuldade de elucidar essa realidade e de trabalhar com a mesma, pois dificilmente os maus-tratos físicos familiares são relatados espontaneamente no atendimento inicial do trauma (ALGERI, 2001; FARINATTI, 1993; BIAZUS e LEITE, 1993; membros do Subcomitê do *Advanced Trauma Life Support* e pelo American College of Surgeons, 1996).

Além disso, quanto menor for a criança, mais difícil e, mesmo impossível, será a própria revelação sobre as circunstâncias do trauma físico sofrido, tornando a criança menor ainda mais vulnerável ao trauma por abuso físico do que as crianças maiores.

Portanto, ao pesquisar-se as possibilidades de o trauma físico em crianças advir ou não de maus-tratos infligidos, buscou-se em vários autores, entre os quais Algeri (2001) e Farinatti, Biazus e Leite (1993), o conhecimento necessário para elaborar um roteiro a ser cuidadosamente observado ao se receber uma criança nas unidades de saúde. Passos a serem seguidos para suspeitar de maus-tratos:

- se as justificativas do trauma ocorrido não forem convincentes frente à gravidade das lesões;

- se houver um longo intervalo entre o momento da ocorrência e a busca do atendimento;

- se a história demonstra reincidência (apresentando cicatrizes antigas e/ou fraturas consolidadas ao exame radiográfico);

- se os pais respondem evasivamente e/ou contraditoriamente ou não seguem a orientação médica;

- se não há consonância dos pais e/ou responsáveis ao relatar a história do trauma, revelando tendência a ocultar lesões da criança.

Nessa perspectiva, o exame físico pode demonstrar a necessidade de uma investigação mais criteriosa quando houver múltiplos hematomas subdurais – especialmente sem fratura de crânio – lesões periorais, lesões físicas, como trauma genital e perianal, e queimaduras em

áreas não usuais. Pode-se suspeitar, também, no traumatismo abdominal com ruptura de vísceras internas (sem que tenha ocorrido um trauma grave) ou em fraturas de ossos longos em crianças com menos de três anos, tendo atenção especial a lesões bizarras, como as de queimadura por cigarro, mordeduras ou marcas de corda.

Entre os fatores que contribuem para essa situação encontra-se o da vulnerabilidade programática, pois segundo (AYRES, FRANÇA-JUNIOR e CALAZANS, 1997, p. 27), "o plano programático da avaliação da vulnerabilidade é importante porque o programa é uma espécie de ligação entre os planos individual e social".

O plano inclui programas voltados à prevenção, controle e assistência. Seu planejamento e execução ocorrem em nível nacional, regional ou local, e os seus executores incluem governos federais, municipais ou mesmo organizações não-governamentais. É mister, pois, considerar a necessidade de incluir todas as formas de intervenção na sociedade, mediante proteção e educação, tendo como parceiros a família, profissionais e o Estado, todos envolvidos na prevenção dos traumatismos infantis. Portanto, afirmam Ayres, França-Junior e Calazans (1997, p. 27),

> "os índices desenvolvidos para avaliar vulnerabilidade programática buscam dar conta justamente deste gradiente de permeabilidade e sensibilidade das estruturas sociopolíticas mais abrangentes e as necessidades concretamente postas para a saúde de indivíduos/população (...)".

Integrando essa linha de ação, a atual legislação vigente prevê a proteção da criança através do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991), conforme lê-se em seu artigo 7°: "A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante efetivação das políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência".

Alicerçar um programa de prevenção, baseado em ações sociais, individuais e programáticas, respeitando-se as vivências familiares, é o desafio, e de acordo com Blank (1996, p. 79), "... é consenso que o grau de excelência das intervenções preventivas depende de sua adequação às necessidades específicas das crianças e das famílias envolvidas...".

Sendo assim, pode-se afirmar que a melhoria das condições de saúde das famílias, que permita um crescimento e desenvolvimento feliz, protetor e harmonioso para as crianças, vincula-se também às condições de proteção ambiental e à qualidade do cotidiano familiar, levando em conta as possibilidades e relações humanas desse grupo. Surge a necessidade de um trabalho transdisciplinar e de diagnóstico que forneça instrumentos à enfermeira para que, ao cuidar, vivenciando a realidade de cada família, possa realizar uma proposta educativa corroborada pela experiência.

Ao estudar as circunstâncias familiares e domiciliares relacionadas aos traumas físicos na criança de zero a seis anos de idade, a fim de se obter subsídios para acrescer aos cuidados com a família, é importante lembrar que "o termo 'acidente' constitui-se em barreira para a prevenção, pois pressupõe um evento casual, ação do destino ou designo de Deus. Portanto, evitar acidentes seria obra do acaso, de boa sorte ou de milagre" (FARINATTI, BIAZUS e LEITE, 1993, p. 267).

Atualmente, os traumas físicos são reconhecidos como eventos passíveis de prevenção, isto é, com epidemiologia própria que fundamenta a necessidade de um trabalho efetivo de prevenção específica. Como estratégia para prevenir os traumas é preciso trabalhar o potencial transformador de cada pessoa em busca da promoção de sua qualidade de vida que está alicerçada, segundo a *Advanced Life Support Groups* (1999), na educação, engenharia e legislação.

Esses autores confirmam que os acidentes são previsíveis, de modo que o profissional, junto com a família e dialogando com ela, pode construir um compromisso solidário, em que seus membros expressem a forma como nela vivem e aprendam mais sobre riscos, transformando hábitos, criando uma consciência e ação coletivas quanto às circunstâncias dos aspectos desencadeadores dos traumas físicos em crianças.

3.2 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL DA CRIANÇA AOS TRAUMAS FÍSICOS

Quanto à vulnerabilidade individual da criança, pode-se considerar alguns pressupostos que envolvem a própria criança, contextos ambientais e familiares, comunidades e instituições:

- no estágio de crescimento e desenvolvimento da criança ela é, em algum grau, vulnerável aos traumas físicos infantis. Essa vulnerabilidade pode variar em função de sua família, contexto domiciliar, tempo, espaço, faixa etária, estágios de crescimento e de desenvolvimento, bem como de recursos que lhe proporcionem ou não um ambiente protetor;

- a autonomia da criança sobre o seu autocuidado é um processo gradativo. Para o seu cuidado e proteção depende de cuidador adulto (familiares ou outros), com condições adequadas para exercê-lo. Nesse sentido, pode-se adotar as condições que afetam a vulnerabilidade individual, e que, conforme descrito por Ayres, França-Junior e Calazans (1997, p. 26),

> "... são de ordem cognitiva (informação, consistência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores)".

Todas as etapas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento infantil representam um ponto de referência, sendo que as crianças, algumas vezes, não as ultrapassam, obrigatoriamente, dessa maneira. Assim, de acordo com Greensher (apud FARINATTI, BIAZUS e LEITE, 1993, p. 267), o desenvolvimento da criança prevê alguns estágios:

- do nascimento aos quatro meses, a criança movimenta-se de modo brusco e desordenado e é totalmente dependente;
- dos 4 aos 7 meses, acorda, já alcança objetos, rola e senta;
- dos 7 meses a 1 ano, engatinha, fica em pé e caminha;
- de 1 a 2 anos, é o "bandeirante" que explora em busca das "esmeraldas";
- de 2 a 3 anos, ela corre;
- dos 3 aos 5 anos, a criança é receptiva aos ensinamentos, é "educável";
- dos 5 aos 9 anos, é ousada e aventureira.

Esses parâmetros são considerados marcos para a observação de pais e profissionais acerca do processo evolutivo da criança. Com base em Whaley e Wong (1989, p. 41), considera-se o desenvolvimento físico e das funções mentais interferentes no risco de acontecimento de traumas físicos. Essas enfermeiras ponderam que "o estágio de desenvolvimento da criança determina, parcialmente, os tipos de acidentes mais prováveis de

ocorrer em uma determinada faixa etária, especifica e, desta forma, fornece indicações de medidas preventivas que poderiam ser implementadas".

A partir dessa previsão, pode-se afirmar que, nos primeiros meses, os riscos de ocorrerem traumatismos atrelam-se ao cuidado e à vigilância dos pais e/ou cuidadores. Os principais riscos estão associados a quedas de trocadores e banheiras, aos cordões em volta do pescoço com chupetas ou medalhas, e deve-se mencionar, também, os riscos decorrentes de mamadeiras com líquidos superaquecidos.

Percebe-se, então, que a criança necessita de proteção dada a vulnerabilidade própria de seu processo de crescimento e desenvolvimento motor, emocional, intelectual e social: para aquela que pula e corre, os riscos são possíveis de trabalhar através de medidas de proteção, supervisão e disciplina. Para o bebê, os riscos são outros, sendo necessário treinar-lhe aptidões para realizar conquistas que dependem da temporalidade.

Quando a criança começa a fase de engatinhar, os perigos são diferentes. Nessa fase, há perigos com a eletricidade, com objetos pequenos colocados no nariz, ouvidos e na boca. Os pediatras confirmam que os traumas abdominais decorrentes de colisões causadas pelo uso de andadores, na faixa de nove a doze meses, podem causar danos severos.

Logo após a faixa dos 9-12 meses, a criança sobe, desce, trepa, chuta; é, então, uma fase em que a atenção deve estar voltada para a segurança, dentro do próprio domicílio, estabelecendo-se os lugares de alto risco para esse pequeno "aventureiro". Aos quatro anos, a criança considera-se um super-herói, sendo necessário prever as possíveis fantasias, como a de "voar", comum nessa fase. Portanto, é fundamental, desde cedo, instalar grades de segurança nas janelas e em outras aberturas externas. A cozinha é outro lugar que deve merecer atenção especial, porque é onde a criança pode sofrer graves queimaduras. Já, quanto

aos traumatismos decorrentes de espaços externos, os mais comuns são aqueles associados aos esportes - os patins "skate" ou uso de bicicleta –, ocorrendo na fase dos cinco aos seis anos de idade.

Na infância, a criança busca a sua autonomia, aprendendo a manejar objetos e descobrindo movimentos e condições motoras próprias de seu desenvolvimento, que lhe propiciam agir e conquistar o espaço em que vive. Na maioria das vezes, em suas constantes descobertas, expõe-se a situações de risco que podem produzir traumas físicos. O crescimento e o desenvolvimento motor, intelectual e social da criança é um processo contínuo que inicia na concepção e na puberdade alcança a maturação, seguindo-se de maneira progressiva e linear durante todos estágios do ciclo vital. No dizer de Stefane (1995, p. 11), "cada criança é única. O esquema de desenvolvimento comporta-se de maneira diferente, por causa das diferenças de caráter das possibilidades físicas, e do ambiente familiar". Dessa forma, estando a família e profissionais de saúde comprometidos com o seu êxito, urge atentar para as diferentes fases do processo de crescimento e desenvolvimento.

Os traumas específicos da infância são, em consonância com Santos (2001), traumatismo crânio-encefálico, trauma torácico, trauma abdominal, lesões na medula espinhal e trauma nas extremidades.

Os traumatismos crânio-encefálicos (TCE) ocorrem, na maioria das vezes, pelo peso da cabeça em relação ao corpo da criança. Os mesmos autores confirmam que quando a cabeça é projetada para frente funciona como a "ponta de uma lança". A hemorragia de ferimentos na cabeça tem importância destacada nos casos de TCE, pois pode levar a criança ao choque. A ocorrência de vômitos e convulsões é comum após o traumatismo e pode agravar ainda mais o seu sofrimento.

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

No trauma torácico, é possível a ocorrência de lesões internas, mesmo na ausência de fraturas. As contusões são mais comuns que nos adultos, e quando há fratura nas costelas pode-se considerar um trauma violento.

Nas crianças, desde a mais tenra idade, dá-se, por vezes, o trauma abdominal, quando são colocadas no andador e ocorrem quedas. Mas, devido à grande flexibilidade e à elasticidade do esqueleto da criança, os traumas de extremidade (fraturas) são, muitas vezes, incompletos (em galho verde) ou sem grande deformidade. Ainda, em quedas ou mergulhos podem ocorrer lesões da medula espinhal.

As queimaduras representam também uma das causas de traumas comuns na infância, devido aos líquidos superaquecidos (banhos, sopas e trabalho infantil), sendo menos comuns aquelas causadas por incêndio, e mais comuns as provocadas por aparelhos quentes (ferro, fogão ou equipamentos elétricos). Segundo Thuilleux e Sicard (apud FARINATTI, BIAZUS e LEITE, 1993, p. 273-74), as queimaduras podem ocorrer em função da idade:

- a idade média das queimaduras por contato é a de um ano;
- a ocorrência maior para as queimaduras elétricas é ao redor dos 18 meses;
- as queimaduras por líquidos aquosos prevalecem mais ou menos aos dois anos e meio;
- as queimaduras por chamas ocorrem próximo aos sete anos, enquanto as causadas por líquidos não-aquosos acontecem aproximadamente aos oito anos.

Essas características previsíveis e relacionadas à epidemiologia da questão do trauma físico devem ser lembradas nas práticas cotidianas no cuidado com crianças e suas famílias.

3.3 FAMÍLIA: GERADORA DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA?

A família como instituição sempre existiu, afirma Santos (1996, p. 63), "porém sua organização, sua forma, suas relações com a sociedade e as relações interpessoais entre os componentes transformaram-se ao longo da história". Assim, essa organização familiar, conforme cita Elsen (1994), apresenta-se sob diversos modos: nuclear, extensa, anuclear ou agregando pessoas com as quais mantém laços afetivos ou um círculo de amigos sem laços consangüíneos. Por sua vez, Algeri (2001), em pesquisa desenvolvida com famílias de crianças que apresentavam traumas físicos resultantes de violência intra-familiar, configurou as famílias estudadas em nuclear, monoparental, extensiva e reconstituída.

Portanto, para orientar este estudo utiliza-se o marco proposto por Elsen e Patrício (1995), adotando-se o modelo da *abordagem centrada na criança e sua família*. Esse modelo, utilizado na prática assistencial à criança hospitalizada, permite que a equipe de saúde dê continuidade aos cuidados da criança em nível hospitalar e domiciliar, o que requer o preparo e o olhar comprometido do profissional para a saúde comunitária. Sendo assim, a família é vista em uma posição central, compartilha decisões e se responsabiliza, de forma democrática, junto com a equipe, pelas questões de saúde. Esse envolvimento ativo, que considera aquilo que as pessoas pensam e aquilo que fazem de diferentes maneiras, cria um contexto para o desenvolvimento de ações educativas que são provavelmente mais relevantes e inclusivas para a promoção de saúde da criança e sua família.

O enfoque educativo específico à criança e à proteção familiar quanto aos traumatismos físicos insere-se em várias atividades: consulta de enfermagem, contato individual, grupos específicos em comunidades, visitas domiciliares, ciclo de palestras, entre outras.

De acordo com os conceitos de Elsen e Patrício (1995), a família é uma unidade básica de saúde, ou seja, o núcleo primário, no qual a criança recebe e aprende os cuidados de promoção de saúde, prevenção de doenças e primeiros atendimentos curativos. A família é, pois, uma unidade dinâmica que convive e constrói uma história de vida com seu próprio modo de viver a vida, em que seus membros exercem papéis diferentes, vivendo, também, momentos de fragilidade e de dor, algumas vezes permeados pelo desespero e desestabilidade diante dos valores e recursos da prática do seu cotidiano.

Um dos fatores que influenciam a família é o modelo econômico adotado pelo Estado cujos reflexos lhe são negativos, por torná-la mais empobrecida, provocando o aumento do processo migratório e a inserção maciça das mulheres no mercado de trabalho (GOLDANI, citado por MIOTO, 1999). Desse modo, diz Blank (1996), as condições de pobreza e a situação ambiental da família contribuem para a vulnerabilidade da criança.

Assim, Elsen e Patrício (1995) vêem a criança como um ser cujas condições de saúde física, mental e social estão diretamente relacionadas às características da família e à comunidade em que vive. A família é, neste marco, vista em seu contexto físico, socioeconômico, cultural e espiritual. Sob essa perspectiva, a saúde é considerada complexa, resultante da interação de fatores biopsíquicos, socioculturais, econômicos e ecológicos. As autoras afirmam que suas crenças e valores podem ser sintetizados em:

- a criança é vista de forma holística;
- a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros;
- as crianças e familiares possuem potencialidades que podem ser desenvolvidas para atender melhor suas necessidades de saúde;

- as crianças e familiares devem ser vistas no seu contexto físico, sociocultural e econômico.

Essa maneira de ver/considerar a criança e sua família gera, indubitavelmente, a co-responsabilidade. Quando a criança/família ingressa no Sistema de Saúde, os profissionais devem tornar-se co-responsáveis pela proteção da sua saúde, criar uma consciência coletiva de responsabilidade social e olhar para cada criança como única. Nesse olhar incluem-se as prevenções dos traumas físicos. Desse modo, amplia-se a ótica em relação a hábitos, valores e cultura da vida familiar, além de formas de cuidado que contribuem para a promoção da saúde familiar, atendendo necessidades especiais de proteção à criança, requeridas pelos seus processos evolutivos de vida.

A execução dos cuidados é assumida por profissionais, familiares e comunidade, conforme necessidade específica. A desproteção da criança, favorecida pelo ambiente domiciliar, é uma ameaça que pode levá-la a sofrer traumatismos físicos com seqüelas, às vezes, irreversíveis. O princípio da prevenção inclui esse conhecimento aliado à atenção minuciosa para detalhes circunstanciais de tempo e espaço que trazem perigo, sem esquecer as características únicas da criança.

A questão dos traumas físicos devido à violência familiar atualmente vem sendo reconhecida como um sério problema individual, familiar e de saúde coletiva, embora não se disponha nem de registros suficientes nem de atendimentos eficientes à criança e sua família. Eidt, Biehl e Algeri (1998) descreveram vivências de profissionais de enfermagem como cuidadores de crianças internadas devido aos traumatismos decorrentes da negligência e dos maus-tratos familiares. Entre suas diversas preocupações expressam as rehospitalizações por esses mesmos motivos e ressaltaram o compromisso que têm de, ao cuidar da criança, cuidar

também da família, iniciando, no transcurso da hospitalização, um processo educativo humanizado, integrado com o Comitê de Prevenção de Maus-Tratos, do Hospital, que é articulado com os Órgãos Legisladores e Comunitários de proteção à criança.

No Brasil, conforme afirma Deslandes (1994), somente na década de 1980 a temática da violência infantil domiciliar emergiu como um problema de Saúde Pública. Mas, a autora adverte que "a questão dos maus-tratos pode ser encontrada em relatos clínicos que datam de fins do século XIX. Contudo, somente na década de 1960 esses passam a constituir em problema de saúde (...)" (1994, p. 177).

Referindo-se a estudiosos que tratam dessa problemática, a autora (1994, p. 177) descreve que "quando se tratam dos aspectos de morbidade por violência contra crianças, o âmbito familiar é o 'locus' privilegiado destes atos (...), infligidos quase sempre pelos pais ou responsáveis (...)".

O domicílio vem apresentado-se como o ambiente em que mais freqüentemente ocorrem os traumatismos, pois "as queimaduras por líquido superaquecido geralmente ocorrem dentro do domicílio, por descuido ou ignorância da população, envolvendo as crianças em um grande número de casos" (ANDRADE et al., 2001, p. 35).

Há necessidade, portanto, de considerar que os aspectos aqui expostos influenciam na vulnerabilidade familiar quando se estuda a questão do trauma físico na criança. A vulnerabilidade familiar refere-se também ao cotidiano – dificuldades emocionais, socioeconômicas, culturais – e inclui o desemprego, o trabalho fora do lar e as condições ambientais – moradia em área de risco ou o próprio ambiente físico inadequado.

Percebe-se, então, que a criança não é só vulnerável por ser criança, mas por viver em famílias e comunidades que não são protetoras.

3.4 CIDADE PROTETORA DA VIDA - REDE DE DEFESA E PROTEÇÃO À SAÚDE

Para que haja a proteção é preciso refletir sobre alguns dos aspectos que dizem respeito à educação, engenharia ambiental e arquitetura das casas. O papel da legislação é fundamental para que haja a prevenção da ocorrência do trauma no domicílio; entretanto, é necessário olhar sob outro prisma: aquele em que pessoas e comunidade se mobilizem para formar uma rede protetora, mediante experiências e necessidades.

A proposta das Cidades Saudáveis, no cenário mundial, converge para esse prisma. Diversos países precursores desse movimento têm preconizado um trabalho em rede sobre o qual as comunidades têm ampliado, de forma inovadora, a visão do cidadão, afirmando sua qualidade de vida e seus direitos sociais.

Türck (2001) enfatiza ser um desafio da sociedade brasileira garantir a proteção integral à criança em risco pessoal e social. Também no cotidiano familiar e social vivenciam-se contradições que conflituam com a lei proposta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991), que introduz a questão de Redes, conforme consta seu artigo 86: "a política de atendimento e dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios".

Após o Fórum Social de 2001, realizado em Porto Alegre, a capital gaúcha se engaja na busca para gerar redes na defesa da vida. Assim, foi criado o Projeto *Porto Alegre: Cidade Protetora da Vida*, cuja proposta visa a torná-la uma Cidade Protetora da Vida, através da ampliação do enfoque de saúde e levando em conta a realidade sociocultural, agregando as ações intersetoriais e integrando iniciativas locais governamentais, acadêmicas e de participação do cidadão (DE NEGRI FILHO, 2002c).

Semelhante a essa perspectiva, em 1999, o VI Congresso Paulista de Saúde Pública teve como tema central "*Saúde na Cidade*". Nesse evento, Capucci (2002) discorre sobre a necessidade de novos papéis e funções do setor saúde, exemplificando que "(...) a mensagem da mídia está sempre centrada no indivíduo, transfere toda a responsabilidade para o individuo". E enfatiza que "há necessidade de uma mudança conceitual, e as noções de promoção de saúde e filosofia da Cidade Saudável são grandes avanços na direção dessa redefinição" (CAPUCCI, 2002, p. 4). Se esses esforços não convergirem por intersetorialidade e por participação social estarão sempre aquém da necessidade.

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde – (OMS) considera Cidade Saudável aquela na qual os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos, dentro de uma ótica ampliada da qualidade de vida (VALÊNCIA, 2002).

As Cidades Saudáveis, portanto, de acordo com Xavier (2002), têm raízes em três idéias:

- no fato de que há uma evolução de toda a concepção de saúde e de saúde pública, entendendo-se, hoje, que a saúde deve ter "o foco descolado do indivíduo para a sociedade, do tratamento para a prevenção e desta à promoção e educação" (p. 4);

- na compreensão da cidade como urbanidade, com todos os fatores a que estão sujeitas as pessoas que nela vivem, envolvendo a idéia de que o Estado passa a ter um papel de mediador, e as políticas públicas dependem de negociação com a sociedade;

- e, finalmente, no trabalho em rede, em que cria-se a força do movimento em que o trabalho está interligado, mas também é autônomo e criativo.

Ferraz (1999) enfatiza que nas cidades dos paises do Hemisfério Sul é necessária a criatividade para responder à realidade incontornável da urbanização combinada com a pobreza. A autora cita as atividades desenvolvidas por projetos de Cidades Saudáveis, segundo a OMS:

- ações centradas sobre o meio ambiente, sobretudo o saneamento de regiões carentes. Analisar-se áreas de risco, de moradia, de tráfego;

- desenvolvimento de Serviços de Saúde nos distritos e regiões carentes. Neste sentido, busca-se trabalhar territórios sociais com agendas e redes sociais;

- ações de controle e de prevenção de doenças específicas não cobertas pelos programas nacionais de saúde;

- promoção de modos de vida sadios e defesa de políticas de saúde saudáveis.

Apreende-se, então, que para prevenir traumas é necessário realizar um trabalho conjunto e contínuo, em que os espaços ambientais e as mudanças de hábitos sejam analisados e discutidos junto com a comunidade, nos quais as pessoas sejam ouvidas e possam assumir

sua participação social. Um acontecimento traumático em nível individual, domiciliar e comunitário pode-se constituir em ações solidárias e educativas.

O Programa Cidade Protetora da Vida narra o evento nefasto ocorrido em uma moradia onde houve um incêndio por curto circuito no momento em que as crianças se encontravam no domicílio sem a presença de responsável, sendo socorridas por vizinhos. Tal fato provocou queimaduras severas nas três crianças necessitando de tratamento cirúrgico, em decorrência do que a própria comunidade despertou para a necessidade do preparo para a atuação e prevenção desses traumatismos.

As medidas de proteção para a prevenção dos traumatismos podem ser ativas (quando decorrem de atitudes, por exemplo, como colocar grades ou telas nas janelas ou afivelar cintos de segurança ao andar de carro), pois dependem do conhecimento, do comprometimento e da responsabilidade social do cuidador. Outras medidas podem ser passivas, consideradas as estratégias de proteção automáticas (obrigatoriedade legal do uso de cinto de segurança). Cabe à legislação o papel intransferível de gerar medidas de precaução e alerta à população, que podem ser efetivas quando corroboradas pelas necessidades da comunidade, sob a ótica das Cidades Protetoras, trabalhadas em conjunto, utilizando a rede de proteção para o desenvolvimento e exercício da cidadania em busca da qualidade de vida.

Vinculado ao Programa de Cidade Protetora criou-se, em Porto Alegre, em 2001, o *Comitê Acidentes na Infância e Adolescência,* ao qual me integro, como cidadã e sujeito de saúde, desde a sua fundação, ampliando, assim, a fundamentação teórica deste estudo e solidificando interdisciplinarmente a minha práxis.

Pela magnitude de suas diretrizes protetoras à criança, família e comunidade transcreve-se os três fundamentos do Projeto de Comunidades Protetoras da Vida ou Comunidades Seguras:

"*a) Valores Fundamentais*

Cidadãos têm o direito de viver em comunidade com segurança.

Cidadãos têm o direito de participar nas decisões relacionadas à segurança do seu ambiente.

A comunidade tem o direito de decidir quais são as prioridades de ação e quais recursos deverão ser alocados às intervenções.

Os cidadãos têm o direito de saber quais são os riscos à sua segurança e quais os produtos potencialmente lesivos. Logo, governo e indústria têm o dever de informar sobre tais riscos e produtos.

A comunidade tem o direito de receber treinamento em controle de injúrias físicas que inclui traumas físicos e maus-tratos, entre outros.

b) Princípios Básicos

Organização da Comunidade.

O controle de injúrias físicas deve ser baseado no envolvimento de todas as organizações relevantes.

O programa de controle deve estar intimamente relacionado com todos os setores de atividades, especialmente o de atenção primária à saúde.

A estrutura usada na promoção do programa pode variar de acordo com os diversos locais de implantação, mas sempre fará o melhor uso dos processos decisórios eficientes já existentes e suplementará os ineficientes.

A comunidade deve tomar parte ativa na solução dos problemas e prover parte dos recursos necessários, caso os benefícios sejam relevantes.

c) Epidemiologia e Informação

A prevenção de injúrias físicas na comunidade deve basear-se em dados epidemiológicos suficientes para documentar o tamanho do problema em todos os ambientes, incluindo lares, trabalho, lazer ou deslocamento.

Utilizar a mídia ou qualquer forma local de divulgação, para a conscientização da comunidade.

A informação deve ser feita sempre com dados relevantes, apresentados de forma simples e com ênfase nos fatores locais.

A informação sobre como prevenir e controlar as injúrias físicas deve ser sempre adaptada àquelas com importância local" (DE NEGRI FILHO, 2002b, p. 1).

As concepções, diretrizes e atividades da Cidade Protetora: Rede de Defesa e Proteção à Saúde são ainda insipientes em Porto Alegre e muito amplas para serem descritas nesta seção; por isso sintetizam-se os aspectos que mais favoreçam o seu conhecimento e adequação ao objeto deste estudo.

O desafio, portanto, para reverter a situação do trauma físico infantil, requer o rompimento do "círculo vicioso de 'falar para nós mesmos' e estender a discussão a outras camadas da sociedade" (CAPUCCI, 2002, p. 4).

Nessa perspectiva, visando um cidadão informado, protegido e protetor, apregoa Genro:

> "para construirmos esta mobilização, propomos a criação de iniciativas de Comunidades Protetoras ou Espaços Protetores da Vida, capazes de articular esforços nas comunidades territoriais e em ambientes sociais da Cidade, promovendo o protagonismo informado dos cidadãos em torno a objetivos de qualidade de vida e saúde, que resultem na eliminação de riscos e na melhoria da qualidade de vida como respostas solidárias contra a possibilidade de ocorrência de acidentes, suicídios e violências" (in Porto Alegre, 2001, p. 1).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

O estudo constitui-se em uma pesquisa descritiva, conforme Polit e Hungler (1995, p. 119), "... cujo propósito é de observar, descrever e explorar os aspectos de uma situação". Dessa forma, numa abordagem quanti-qualitativa, poder-se-á quantificar os dados, evidenciando a representatividade dos traumas físicos ocorridos, e complementá-los com a abordagem qualitativa que permite conhecer, através de relatos, em que circunstâncias familiares e domiciliares esses traumas físicos acontecem.

O delineamento epidemiológico é o de série de casos, pois foram entrevistadas somente famílias que tiveram ocorrências de trauma físico em crianças de zero a seis anos, em domicílio. Fletcher et al. (1989) definiram que uma série de casos é um estudo de prevalência de um grupo de indivíduos com uma doença ou agravo particular realizado num único ponto do tempo. Pereira (2001, p. 458) considera que na série de casos "são incluídos na investigação todos os pacientes, ou apenas uma amostra, com um mesmo diagnóstico devidamente confirmado: constituem-se eles a 'casuística' para o estudo".

4.2 CAMPO DE ESTUDO

Optou-se, como campo de estudo, pelo Hospital Cristo Redentor, por ser referência reconhecida em emergência para a população de Porto Alegre e do Rio Grande do Sul, caracterizando-se por prestar assistência a pacientes do Sistema Único de Saúde. O fato de situar-se na Zona Norte do município de Porto Alegre é um importante fator estratégico para o atendimento da demanda de pacientes, em situação de emergência, advindos também de municípios circundantes.

A partir de estudos preliminares realizados para conhecer as características do fluxo de pacientes de zero a seis anos na Instituição, estabeleceu-se como campo de estudo a Unidade de Internação Pediátrica do Hospital e a Unidade de Queimados. Os pais e/ou responsáveis legais que acompanham a criança nessas Unidades ficam em sistema de permanência conjunta, o que favorece a possibilidade de realização de entrevistas no momento em que lhes seja mais apropriado. Além disso, a opção por essas Unidades fundou-se no estudo preliminar que se realizou no Hospital Cristo Redentor, em 2001, a fim de elaborar o projeto de pesquisa. Esse estudo preliminar revelou que a Instituição atendia um grande número de ocorrências com quedas, queimaduras, maus-tratos e esmagamentos.

4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população para este estudo foram os responsáveis legais de crianças de zero a seis anos de idade que foram vítimas de traumas físicos, no período de junho a novembro de 2002, os quais buscaram o Serviço de Emergência do Hospital Cristo Redentor para pronto atendimento. Os critérios de inclusão para amostra do estudo foram os seguintes:

- ser o responsável legal pela criança que sofreu trauma físico, independentemente do tipo, e que foi internada;

- concordar em participar da pesquisa;

- ter, o trauma físico, ocorrido no domicílio da criança ou em algum outro onde ela se encontrasse;

- ser, o período da internação da criança, decorrente do trauma, maior ou igual a 24 horas, a fim de possibilitar a realização da entrevista.

O tamanho da amostra correspondeu aos representantes legais de todas as crianças internadas em conseqüência de traumatismos físicos, pois não houve nenhuma recusa. O período de realização do estudo ocorreu durante os seis meses consecutivos após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, durante os meses de junho a novembro de 2002. Em estudo preliminar junto à Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição – Hospital Cristo Redentor[#], constatou-se que, entre janeiro e março de 2001, cerca de 115 crianças, de zero a seis anos, foram internadas por um período de, no mínimo, 24 horas, devido a traumas físicos ocorridos no trânsito, na rua, em escolas e em domicílios, entre outros.

Segundo dados apresentados por Tepas III (1995), estima-se que um terço dos traumatismos na infância ocorram em domicílios. Com base nesta informação e nos resultados preliminares dos seis meses contínuos de coleta de dados, julgava-se possível reunir uma

---

[#] O estudo preliminar constou da análise da relação de pacientes internados por faixa etária e entrevistas com o médico Samir Schneid, que muito contribuiu na estruturação prévia deste trabalho. Em etapas posteriores deste projeto, a consultoria com o Dr. Charly Genro Camargo foi decisiva para a sua construção. Esse cirurgião é Consultor Científico e Assistente da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição – Hospital Cristo Redentor.

amostra de, aproximadamente, 80 crianças. Mas, a população que a pesquisa envolveu superou essa expectativa: o número de sujeitos-responsáveis legais pelas crianças que sofreram traumas físicos domiciliares foi de 120.

4.4 COLETA DE DADOS

Após a qualificação do projeto de pesquisa que deu origem à presente dissertação, elaborou-se o instrumento semi-estruturado para a coleta de dados, aplicado ao responsável legal de cada uma das 120 crianças que sofreram trauma físico em domicílio. Realizado por meio de entrevista, tal instrumento permitiu conhecer as circunstâncias individuais, familiares e domiciliares ligadas ao evento do trauma físico (Apêndice A).

Anterior à aplicação desse instrumento, que colheu informações aos objetivos do estudo, foram elaborados outros três, necessários à dinâmica administrativa e operacional para coleta de dados da pesquisa, a fim de captar e selecionar a população em estudo.

Assim, foram aplicados os formulários constantes nos Apêndices B1 e B2, preenchidos, respectivamente, pela pesquisadora e pela secretaria da Unidade de Queimados. Elaborou-se também uma planilha conclusiva da população potencial ao estudo, utilizada para o controle do desenvolvimento do processo de coleta de dados (Apêndice C), que foi preenchida concomitantemente com o primeiro instrumento, contendo uma síntese das informações do prontuário da criança, específicas ao trauma físico (Apêndice D).

Ao aplicar o formulário durante a entrevista, houve a necessidade de, às vezes, interromper e retomar a conversa, por causa das interrupções pelo *round clínico* ou porque a criança requeria a atenção do familiar entrevistado.

Com o cuidado de não provocar angústias ou aumentar da ansiedade da família em situação de estresse, devido ao trauma físico da criança, a entrevista só era realizada após a internação e previamente agendada. Essa atitude vem ao encontro do que afirma Santos (1999, p. 196): "Durante o atendimento à criança ferida uma das principais dificuldades é lidar com os pais. Os pais geralmente estão ansiosos e preocupados. É importante ganhar a confiança dos pais, pois ela é transferida para a criança...".

4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis de interesse, embasadas na Fundamentação Teórica, frente aos objetivos, foram extraídas do instrumento de coleta de dados, sendo apresentadas e agrupadas em blocos segundo os processos que elas indicam. A partir disso, construíram-se quatro quadros demonstrativos das variáveis em estudo e suas respectivas categorias.

Quadro 1 – Bloco relativo aos dados sobre a criança que sofreu o trauma

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Sexo	Masculino
	Feminino
Faixa etária	0 ├ 6 meses
	6 ├ 12 meses
	12 ├ 24 meses
	24 ├ 36 meses
	36 ├ 48 meses
	48 ├ 60 meses
	60 ├ 72 meses
	72 ├ 84 meses

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

Quadro 2 – Bloco relativo aos dados sobre o trauma sofrido pela criança

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Horário	24 horas
Turno	Manhã
	Tarde
	Noite
Dia da semana	Domingo
	Segunda-feira
	Terça-feira
	Quarta-feira
	Quinta-feira
	Sexta-feira
	Sábado
Tipo de trauma	Queimadura
	Queda
	Maus-tratos
	Esmagamento
	Atropelamento
	Mordida de animal
	Ferimento por arma branca
	Patada de animal
	Ignorado
Mês da internação	Junho, julho, agosto, setembro, outubro e novembro.
Descrição da lesão	Traumatismo crânio-encefálico (TCE)
	Queimadura de 1° e 2° grau, queimadura de 2° grau, queimadura de 2° e 3° grau, queimadura de 3° grau
	Fratura em membro superior, fratura em membro inferior, fraturas múltiplas, fratura de fêmur, fratura de membros inferiores, fratura de mandíbula.
	Trauma raqui-medular
	Perda de superfície cutânea
	Derrame articular
	Fístula esofágica

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

Quadro 3 – Bloco relativo às situações de ocorrência do trauma

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Local do acontecimento do trauma	Cozinha
	Banheiro
	Pátio
	Sala
	Quarto de dormir
	Área de serviço
	Outros: escritório, garagem, churrasqueira
Situação do trauma	Escaldo
	Queda de altura < 1 metro
	Queda de altura >1 metro
	Chama
	Queda de colo de familiar
	Agressão do pai
	Aparelhos elétricos
	Atropelado
	Queda de peso
	Sólido quente
	Soluções químicas
	Mordida de animais
	Ferimento por arma branca
	Choque elétrico
	Brincando
	Não brincando
	Ignorado
Cuidador responsável da criança	Mãe biológica/social
	Pai biológico
	Ambos os pais biológicos
	Avós
	Irmãos
	Outros parentes
	Não sabe/não respondeu
	Outros
Pessoa que estava junto com a criança no momento do acidente	Mãe biológica/social
	Pai biológico
	Ambos os pais biológicos
	Avós
	Irmãos
	Outros parentes
	Não sabe/não respondeu
	Outros
Reincidência ao trauma	Sim e não

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

Quadro 4 – Bloco relativo aos processos familiares e domiciliares

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Tipo de pais	Biológicos
	Biológico Único
	Biológico e companheiro
	Sociais
	Avós
	Ignorado
Número de membros da família	Menor ou igual a quatro
	Cinco
	Maior ou igual a seis
	Ignorado
Número de crianças de zero a doze anos no mesmo domicílio	Uma
	Maior ou igual a dois
	Três
	Maior ou igual a quatro
	Ignorado
Anos de estudo (da mãe, do pai, do cuidador)	Nunca estudou
	Um a quatro anos
	Cinco a oito anos
	Nove a 11 anos
	Acima de 11 anos
Configurações da família	Nuclear
	Monoparental
	Extensa
	Reconstituída
	Ignorado
Trauma de outra criança no mesmo domicílio	Sim
	Não

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

Os princípios bioéticos foram respeitados com o objetivo de proteger os direitos dos sujeitos envolvidos, considerando-se as questões expressas na Resolução 196/96 do CNS-MS (BRASIL, 1996), as recomendadas por Polit e Hungler (1995) e os aspectos apontados por

Goldim (1997). Neste sentido, elaborou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), no qual se informa aos sujeitos do estudo:

- a justificativa e objetivos da pesquisa;
- os procedimentos da coleta de dados a serem utilizados;
- a previsão de não haver desconforto para eles;
- os benefícios que se pode obter da pesquisa.

Nesse documento foi assegurado aos sujeitos:

- garantia de resposta a qualquer pergunta;
- liberdade de abandonar a pesquisa, sem prejuízo para si e para a criança;
- garantia de sigilo e privacidade;
- compromisso com informação atualizada do estudo.

Por se tratar de estudo sobre ocorrências com crianças, foram entrevistados somente seus representantes legais.

Previamente, foi solicitada autorização aos coordenadores de área onde a criança estava hospitalizada e à Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição – Hospital Cristo Redentor, para desenvolver o estudo na Unidade de Traumato Pediatria e Unidade de Queimados. As respectivas aprovações constam nos Anexos A1 e A2.

Concomitantemente, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos do Grupo Hospitalar Conceição (Anexo B).

No decorrer do processo de aprovação, alguns esclarecimentos foram necessários. Fez-se cinco entrevistas, sendo duas acompanhadas pela Profa. Orientadora, com Dr. Charly Genro Camargo e o Dr. Samir Schneid, a fim de solidificar o objeto de estudo e as perspectivas éticas para a sua realização.

Além da divulgação dos resultados da pesquisa através da dissertação de mestrado, em artigos e eventos científicos, assume-se, também, o compromisso de divulgá-los junto ao Grupo Hospitalar Conceição – Hospital Cristo Redentor, permitindo que a Instituição faça uso científico deste relato final.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o banco de dados do *software* SPSS 10.01[φ], para fins estatísticos em método descritivo.

Os dados foram analisados segundo a distribuição de freqüências absolutas e relativas e de medidas de tendência central (estatística descritiva).

Após a digitação efetuou-se o controle de qualidade, com a conferência de cada formulário e correspondente correção de erros identificados. Em etapa anterior à análise dos

---

[φ] O SPSS 10.01 é um programa de computador que permite inserir dados, em formato de banco de dados, no qual se tem um amplo sistema de vigilância: organização e analise de dados através de cálculos estatísticos (do mais simples, como freqüência, até os mais complexos, como uma regressão logística), tabelas e gráficos, entre outros. Esse programa roda em ambiente Windows, tendo uma boa interface com o usuário, e permite translado entre os programas.

dados, após a correção da digitação, foram realizadas as análises de coerência e consistência dos dados.

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os resultados obtidos na presente pesquisa serão apresentados e discutidos conforme cada objetivo específico proposto, permitindo assim a inclusão das falas dos participantes alusivas às variáveis em estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRAUMA E SUA SITUAÇÃO DE OCORRÊNCIA

5.1.1 Sexo e Faixa Etária das Crianças

Pode-se observar, na Tabela 1, que na faixa de zero a seis meses incompletos há uma maior concentração de traumas em meninas, embora exista uma predominância de traumatismos no sexo masculino a partir de 24 meses, que se mantém prevalente até 72 meses incompletos. Entre 72 e 84 meses, volta a aumentar o número de eventos nas meninas.

Tabela 1 – Distribuição das crianças com traumas, segundo sexo e faixa etária, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Faixa Etária	Sexo					
	Feminino		masculino		total	
	n	%	n	%	n	%
0 ├ 6 meses	5	71,4	2	28,6	7	5,8
6 ├ 12 meses	8	50,0	8	50,0	16	13,3
12 ├ 24 meses	14	53,8	12	46,2	26	21,7
24 ├ 36 meses	8	38,1	13	61,9	21	17,5
36 ├ 48 meses	5	29,4	12	70,6	17	14,2
48 ├ 60 meses	4	36,4	7	63,6	11	9,2
60 ├ 72 meses	4	33,3	8	66,7	12	10,0
72 ├ 84 meses	6	60,0	4	40,0	10	8,3
Total	**54**	**45,0**	**66**	**55,0**	**120**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Broilo et al. (1994) referem a maior ocorrência de traumas em meninos, que pode estar associada com características de comportamento, como agressividade e hiperatividade, mais pronunciadas no sexo masculino.

Para alguns dos pais e/ou responsáveis a justificativa do acontecimento dos traumas eram as atividades e/ou brincadeiras realizadas com mais freqüência pelos meninos, como subir em muros, escadas e árvores, entre outras. É o que uma tia confirma quando relata a queda de escada que levou ao traumatismo crânio-encefálico de seu sobrinho.

> "*Tavam brincando lá em cima com os primos na escada caracol, quando estão comigo fico em cima e não deixo brincar na escada, mas a mãe tinha chegado em casa. Caiu do sexto degrau*" (cr. 60 – 3 anos).

Constatou-se que na faixa etária compreendida entre 72 a 84 meses, retorna a prevalência dos traumas ocorridos no sexo feminino. Um pai confirma tal dado, ao referir-se à fratura ocorrida em sua filha, de seis anos:

> "*Ela caiu de uma carretinha, tava picando pasto para dá prôs bichos, daí foi pulá e caiu. Ela sempre ajuda... é melhor do que fica presa em casa, já tinha feito o percurso quatro vezes*" (cr. 88 – 6 anos).

Nessa faixa, muitas vezes, as causas relacionavam-se às atividades domésticas inadequadas à criança nesse grupo etário, como, também, num caso referido pelo pai de uma criança com queimaduras de 2° e 3° graus:

> "*Pra mim ele levantou a tampa da chaleira e saiu bafo. Só que ele é ensinado, ele já tá com cinco anos. Tem que ter uma noção da vida*" (cr. 108 – 5 anos).

Esse comportamento dos pais não considera as condições próprias do desenvolvimento da criança, o que enfatiza Blank (1996, p. 110),

> "Vários estudos demonstram que adultos tendem a apresentar um comportamento incongruente com seu grau de educação e conhecimento específico permitindo ou estimulando a criança a assumir responsabilidades para as quais não esta suficientemente amadurecida (ex. andar de andador, atravessar a rua sozinha)".

Considerando-se o total de traumas ocorridos, encontrou-se uma maior prevalência entre os meninos (55,0%).

Esses dados confirmam os estudos realizados em hospital pediátrico de Madrid por Del Rio et al. (1997; 2000), que encontraram uma prevalência aumentada dos traumas físicos em meninos (69,0%). Corroborando esses achados, a pesquisa realizada por Fonseca (2002) também encontrou maior ocorrência de traumas físicos em meninos em idade pré-escolar. Contudo, observou-se, no presente estudo, uma maior aproximação entre as ocorrências em ambos sexos.

Outro resultado a destacar é o tipo de trauma mais freqüente, conforme ilustra o Gráfico 1. Observa-se que há um predomínio das quedas e queimaduras em relação a outros tipos de traumas (maus-tratos, esmagamento, atropelamento, ferimento por arma branca, patada de animal e mordida de animal).

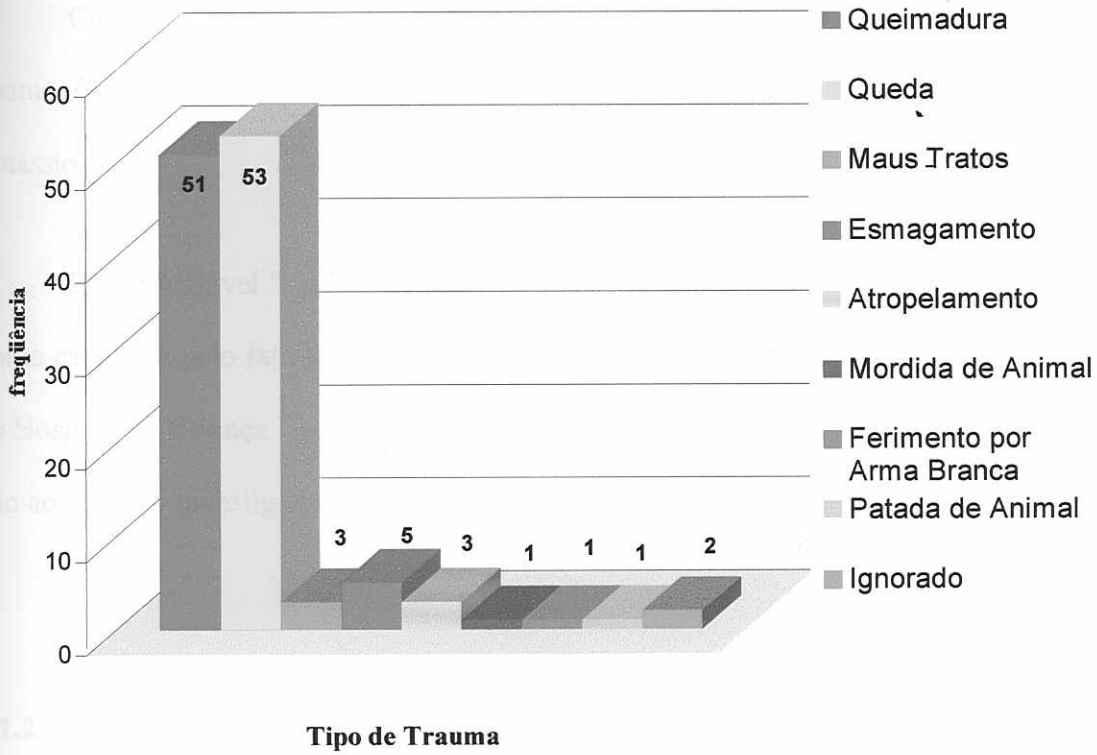

Gráfico 1 – Distribuição da população estudada segundo o tipo do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Na categoria "quedas", foram incluídas: quedas de altura, de pequena altura e de colo de familiares. Neste estudo, consideram-se queda de altura as ocorrências que tenham tido queda a uma altura maior que um metro, incluindo nessas os diversos tipos, como de árvore no pátio, de escada, de muro, de mesas. Nas quedas de pequena altura, estão incluídas as de andador, de triciclo e da própria altura. Broilo et al. (1994, p. 119) relacionam essas ocorrências com os estágios do desenvolvimento infantil, "(...) ao mesmo tempo em que um pré-escolar pode escalar com segurança os degraus de uma escada, crianças com menos de dois anos correm sérios riscos de queda ao fazê-lo".

Chama ainda atenção que as queimaduras, que totalizam 51 casos, foram por escaldo, chama (fogo), choque elétrico ou uso indevido de produto químico (permanganato de potássio).

Para a variável "tipo de trauma", os casos de intoxicação exógena não foram incluídos como categoria pelo fato de que, quando ocorrem, as crianças são encaminhadas diretamente ao Hospital da Criança Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (GHC), e não ao hospital investigado.

5.1.2 Horário da Ocorrência do Trauma

Em relação à variável horário da ocorrência do trauma, dos 120 casos somente em 107 foi possível obter essa informação. Verificou-se que os casos de não reposta estavam associados às situações que envolveram maus-tratos e negligência. Isso ocorreu, provavelmente, porque nessas situações a família omite ou dificulta o acesso a informações, que, muitas vezes, são obtidas somente no decorrer de entrevistas terapêuticas.

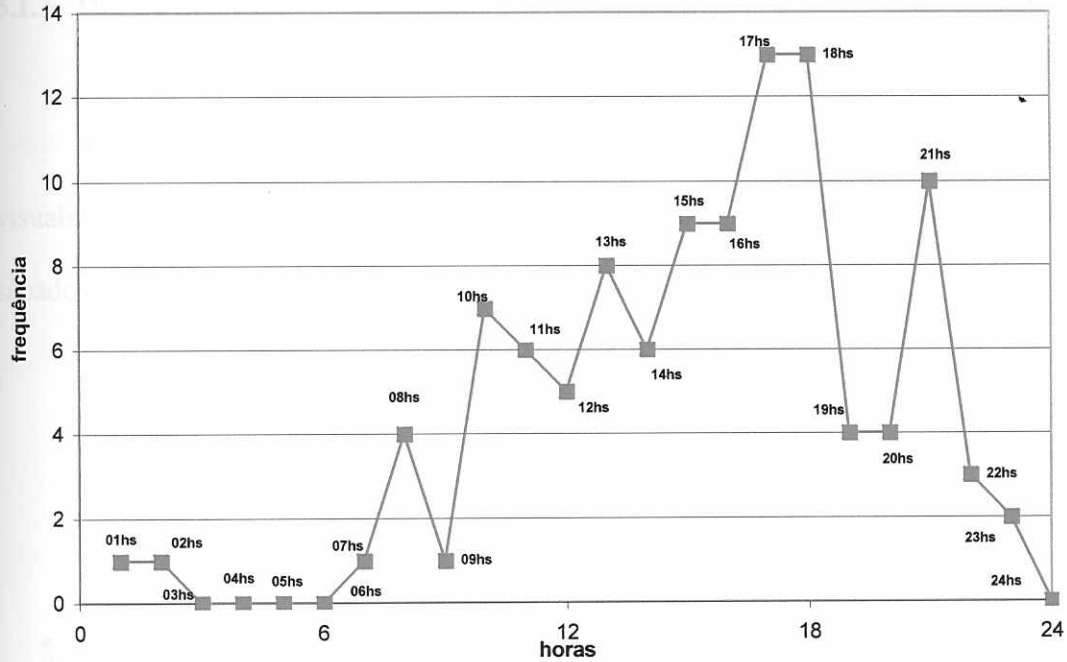

Gráfico 2 – Distribuição da população estudada segundo o horário em que ocorreu o trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

Verificou-se que o horário do trauma é uma variável bimodal, apresentando a moda às 17 e às 18 horas, sendo também às 21 horas um horário com muitas ocorrências.

O horário, em um grande número de casos, era o momento em que os pais voltavam do trabalho, ou ainda o horário de chegada ao lar, como mostra a fala de uma mãe:

> *"Estávamos chegando em casa e tem um gramado com uma passarela, ela se desequilibrou e caiu. Fui rápida, juntei ela... como estava com manga comprida não percebi nada. Achei que não era nada, só depois é que vi o que tinha acontecido: o osso fora do lugar e muito inchado"* (cr. 87 – 1 ano).

5.1.3 Dia da Semana

Quanto à variável "dia da semana" em que ocorreu o trauma, o Gráfico 3 permite visualizar que praticamente de domingo à sexta-feira há pouca variação; entretanto, aos sábados, ocorre maior número de traumas.

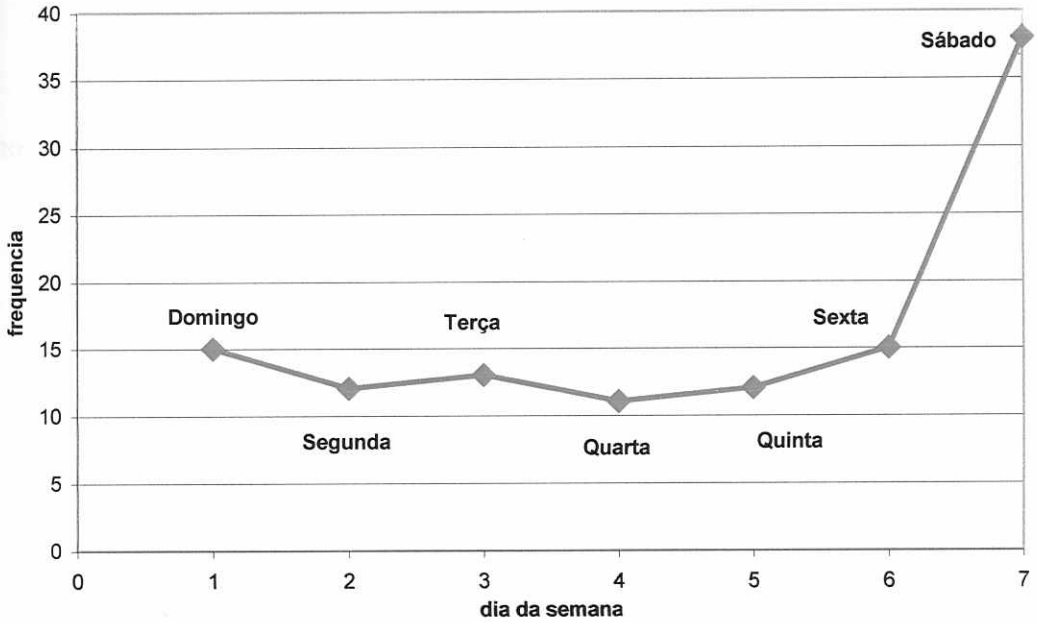

Gráfico 3 – Distribuição da população estudada segundo o dia da semana em que ocorreu o trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

A análise da situação das ocorrências dos traumas mostra que muitos deles aconteceram no momento em que a família agregava maior número de pessoas no domicílio, estando muitas vezes associadas às festividades, como aniversários ou grandes eventos, como a Copa do Mundo. O alerta dos profissionais de saúde sobre a elevação dos traumas em datas festivas foi reforçado no Seminário sobre Acidentes na Infância e Adolescência, em Porto Alegre, quando Abreu (2002) relatou o aumento de ocorrências de queimaduras por ocasião de datas comemorativas.

Conforme observam Blank e Eckert (1990), há estudos que comprovam a grande dificuldade de realizar mudanças comportamentais das pessoas e/ou influenciá-las a assumirem hábitos de vida mais saudáveis, enfatizando a necessidade de modificações ambientais (proteção passiva). Entretanto, diversas propostas educativas citadas por Welander, Svanström, Ekman (2000) têm se mostrado efetivas quando baseadas em necessidades da comunidade.

Uma mãe, referindo-se à situação do trauma por ferimento de arma branca de seu filho, conta:

> "*Foi no dia do aniversário da minha filha. Eu não vi, não tava junto, eu tava lavando louça. Eles foram direto para o hospital com ele, nem me chamaram na cozinha. Lá no hospital é que me telefonaram, tinha que saber que faria uma cirurgia*" (cr. 83 – 5 anos).

Outra mãe referiu sobre o traumatismo crânio-encefálico de seu filho:

> "*Foi porque ele ficou com minha cunhada por causa do Jogo do Brasil. Ele sempre fica na creche, ele caiu de uma escada nos fundos, eu moro em cima*" (cr. 13 – 3 anos).

A Tabela 2, a seguir, permite observar como se distribuem os traumas ao longo dos turnos. Dos 106 casos em que se obtiveram informações sobre o turno do trauma físico, observou-se uma maior concentração no turno da tarde, de 53,8%. Considerou-se o turno da manhã como o período entre seis e doze horas; o da tarde, entre treze e dezoito horas; e o da noite, entre dezenove e cinco horas.

Tabela 2 – Distribuição das crianças com traumas, segundo o tipo de trauma e o turno em que ocorreu o acidente, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Tipo do Trauma	Turno em que ocorreu o acidente						
	manhã		tarde		noite		total
	n	%	n	%	n	%	n
queimadura	15	30,6	21	42,8	13	26,6	49
queda	8	17,4	30	65,2	8	17,4	46
maus-tratos	-	-	1	100,0	-	-	1
esmagamento	-	-	3	75,0	1	25,0	4
atropelamento	-	-	1	33,3	2	66,7	3
mordida de animal	1	100,0	-	-	-	-	1
ferimento por arma branca	-	-	-	-	1	100,0	1
patada de animal	-	-	1	100,0	-	-	1
Total	**24**	**22,6**	**57**	**53,8**	**25**	**23,6**	**106**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

No turno da manhã, o maior número de traumas evidenciados foi de queimaduras, o que, possivelmente, relaciona-se ao cotidiano familiar, como mostra o relato de uma mãe:

> "*Era meu marido que estava esquentando. Quando eu esquento deixo morno, mas ele esquenta bem. Todos estavam junto, eu virei as costa e o bebê puxou a caneca de leite, foi um instante. Meu marido levantou da cadeira. E quando eu tirei a roupa: as calcinha dele, vi que saiu as pelanquinhas*" (cr. 14 - 8 meses, com queimaduras de 2° e 3° graus).

Chama a atenção a maior freqüência dos traumas no turno da tarde em relação aos outros turnos. Entre os entrevistados, a situação era vista, muitas vezes, como resultante da sobrecarga de trabalho dos responsáveis.

> "*Naquela hora eu tava varrendo a casa e íamos num aniversário. Deu tudo errado. Eles (a criança e o pai) deitaram pra fazer uma sesta, até que eu terminasse o serviço. Deitam sempre lá, acho que meu marido se virou forte e ela caiu*" (uma mãe, cr. 95 – 2 anos, fratura de membro superior de sua filha).

Ainda, em outro relato, a mãe, de uma criança que sofreu queimaduras de 2° e 3° graus afirma:

> "*Só vi quando ela gritou... (se emociona) tinha botado o patinho dela na banheira e caiu com as duas mãos dentro da banheira. Eu tava na porta do banheiro atendendo a outra, que é gêmea. Desde que nasceram nunca mais parei é tudo, tudo comigo*" (cr. 111 – 1 ano).

Apesar de o cotidiano dessas crianças ser muito diversificado, os entrevistados revelaram haver, à noite, um maior número de pessoas com a criança no momento em que ocorreu o trauma. Segundo os informantes, era naquele momento que a família se reunia para confraternizar ou, ainda, organizar a rotina do dia-a-dia, como relata uma mãe, cujo filho teve a ocorrência de traumatismo crânio-encefálico:

> "*Eu pedi pra minha irmã cuidá, mas ela se distraiu com o gato e foi um instante, ele caiu na areazinha, de uma altura de mais ou menos um metro e meio. Tava todo mundo na área. Eu tava pintando o cabelo da minha mãe (avó). Quando vi os grito dele foi uma correria, então vi que tava sangrando, aí sim me apavorei*" (cr. 103 - 1 ano).

A presença de visitas no domicílio pode desviar o foco da atenção da criança para os visitantes, contribuindo para torná-la desprotegida dos cuidados e supervisão do cuidador. Pode-se deduzir desses relatos que a responsabilidade do cuidador da criança, ao ficar compartilhada com os demais adultos, torna a criança menos protegida.

Outra mãe conta, ao descrever o acontecimento da queimadura, ocorrido também à noite:

> "*Nós tava tomando chimarrão quando ele se queimou, a gente dorme tri tarde lá em casa... Ele chorou muito por causa da queimadura, mas acabou dormindo. Se soubesse não tinha deixado ele lá, pertinho do fogão... Ele fica lá pra se esquenta é muito friolento*" (cr. 54 – 1 ano, queimadura de 2° grau).

A omissão da busca do pronto atendimento ao sofrimento intenso da criança pode ser visto como uma forma de negligência/maus-tratos dos seus pais.

5.1.4 Mês da Internação

A Tabela 3 ilustra que, nos meses de julho e outubro, mais da metade dos traumas foram por queimaduras, e que no mês de setembro essas corresponderam à metade. As quedas, em ocorrência mensal, prevaleceram nos meses de junho e tiveram um pico no mês de novembro.

Tabela 3 - Distribuição das crianças com traumas, segundo o mês em que internaram, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

	Mês em que internaram													
	junho		julho		agosto		setembro		outubro		novembro		total	
Tipo de trauma	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
queimadura	9	45,0	7	53,8	7	31,8	8	50,0	12	52,3	8	33,3	51	43,2
queda	10	50,0	5	38,5	8	36,4	6	37,5	8	34,8	16	66,7	53	44,9
maus-tratos	1	5,0	-	-	2	9,1	-	-	-	-	-	-	3	2,6
esmagamento	-	-	1	7,7	1	4,5	2	12,5	1	4,3	-	-	5	4,3
atropelamento	-	-	-	-	3	13,7	-	-	-	-	-	-	3	2,6
mordida de animal	-	-	-	-	1	4,5	-	-	-	-	-	-	1	0,8
ferimento por arma	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,3	-	-	1	0,8
patada de animal	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,3	-	-	1	0,8
Total	**20**	**17,0**	**13**	**11,0**	**22**	**18,6**	**16**	**13,6**	**23**	**19,5**	**24**	**20,3**	**118**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

É possível que o alto percentual de queimaduras nos meses de junho, julho e outubro esteja relacionado com as variações climáticas (temperaturas). O mês de julho caracteriza-se como um mês de temperaturas baixas no estado do Rio Grande do Sul e, no ano de 2002, o mês de outubro apresentou uma frente fria. Tal observação também foi referida por um dos médicos pediatras da unidade de queimados, o qual relacionava esses traumas ao aumento do frio.

Percebeu-se ainda que, no mês de julho, o número de casos de traumas físicos apresentou-se baixo se comparado aos demais meses. Isso leva a refletir se essa diminuição

estaria ou não associada às férias escolares, quando a família organiza-se para maior permanência das crianças no domicílio.

Em relação ao mês de setembro, o trauma do tipo esmagamento representou 12,5% dos casos, estando relacionados com a presença de aparelhos elétricos que as famílias mantêm em seu domicílio. Tais equipamentos não deveriam estar em locais acessíveis para as crianças. No entanto, isso ocorre em função de que o trabalho remunerado dos pais e/ou cuidadores é no próprio domicílio.

Novembro apresentou um predomínio das quedas (66,7%) em relação às queimaduras (33,3%).

5.1.5 Descrição da Lesão

A Tabela 4 apresenta os tipos de lesões decorrentes dos traumas ocorridos, o que mostra a severidade do trauma na infância. Identificam-se queimaduras de 2° grau e os traumatismos cranianos como as lesões mais freqüentes, seguidas das fraturas em membros superiores.

Tabela 4 – Distribuição das crianças com traumas, segundo a descrição da lesão, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Descrição da lesão	n	%
queimadura de 2° grau	36	30,0
traumatismo crânio-encefálico	31	25,9
fratura em membro superior	19	15,9
queimadura de 2° e 3° grau	12	10,0
fratura em membro inferior	8	6,7
perda de superfície cutânea	3	2,5
queimadura de 3° grau	2	1,7
fraturas múltiplas	2	1,7
queimadura de 1° e 2° grau	1	0,8
trauma raquimedular	1	0,8
fratura em membros inferiores	1	0,8
fratura de fêmur	1	0,8
fratura de mandíbula	1	0,8
derrame articular	1	0,8
fístula esofágica	1	0,8
Total	**120**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Oliveira Santos et al., citados por Back, Lentz e Schmtitz (1995), encontraram a faixa mais acometida como sendo a de dois a seis anos de idade, tendo as quedas e as queimaduras entre as quatro principais ocorrências.

Há de se considerar a importância de cada trauma ocorrido, visto que as seqüelas são muitas vezes avassaladoras, interferindo na qualidade de vida da criança e sua família. Como foi observado nas entrevistas, o progenitor ou responsável legal pela criança mostrava uma preocupação evidente com a recuperação e possíveis seqüelas. É o que revela uma mãe ao relatar a queda de altura, em que seu filho sofreu traumatismo crânio-encefálico:

> "*Só peço a Deus que não fique com seqüela. Naquele momento passa tudo na cabeça, como um filme. Pensei em voltar pra São Borja sem ele, lembrei de tudo, do nascimento dele, de tudo. Quem salvou a vida dele foi o vizinho, ele mora do lado. Sou grata a Deus e a ele, de ele (a criança) estar aqui mexendo as perna e os braço, do meu lado*" (cr. 105 – 3 anos).

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

Outra mãe diz:

> "*Meu marido chora todos os dias quando olha pra ela, assim queimada. Eu agora estou grávida de quatro meses, então é por isso que minha sogra quer me ajudar e fica de noite aqui*" (cr. 78 – 1 ano).

Em algumas situações, no entanto, podia-se identificar uma certa indiferença e/ou negação em relação ao acontecimento, em que, algumas vezes, os pais justificavam responsabilizando as próprias crianças pela ocorrência, conforme comentado por uma mãe:

> "*Ô idadezinha terrível. Eu tinha uma que era calminha, essa e o irmão são terríveis!*" (cr. 45 – 8 meses).

Outra mãe justifica a queda do roupeiro sobre a criança dizendo:

> "*Ela foi no quarto pegar o pijama, subiu numa gaveta, e o armário virou em cima dela. Se ela pedisse... eu iria dar o pijama*" (cr. 44 – 6 anos, trauma raquimedular).

As crianças menores estão em contato com muitas situações de risco, não recebendo a vigilância adequada da família ou de um cuidador (SOUZA e BARROSO, 1999). No entanto, a criança pré-escolar necessita de orientações preventivas aos traumas físicos, sendo que nessa idade ela é receptiva aos ensinamentos (GREENSHER apud FARINATTI, BIAZUS e LEITE, 1993).

A tabela 5 mostra que a fratura parietal foi a lesão mais freqüente entre os traumatismos crânio-encefálicos (TCE).

Com relação ao tipo de fratura nos casos de traumatismos cranianos, há estudos que confirmam os danos neurológicos graves decorrentes desses, como o psiquiatra Souza (2002, p. 6) refere:

"(...) uma criança que sofre uma concussão – um acidente de trânsito, uma queda em casa ou na prática de esportes - pode apresentar mais tarde alterações de comportamento. As principais são irritabilidade, agressividade ou deficiências cognitivas".

Tabela 5 - Distribuição das crianças com traumatismo crânio-encefálico (TCE), segundo o tipo de lesão, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Tipo de lesão	n	%
fratura parietal	12	38,7
fratura occipital	3	9,7
fratura suboccipital	2	6,5
fratura frontal	2	6,5
fratura temporal e clavícula	1	0,8
fratura temporal	1	0,8
ferimento cortante	1	0,8
afundamento occipital	1	0,8
contusão temporal	1	0,8
fratura de crânio	1	0,8
ferimento cortante frontal e fratura MI	1	0,8
Ignorado	5	16,2
Total	**31**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Verificou-se, em relação ao registro das lesões por TCE, um número expressivo de dados "ignorado" (16,2%). Nesses casos, a internação fazia-se necessária, muitas vezes, para observar sinais e sintomas que pudessem requerer uma intervenção mais efetiva.

É importante considerar a situação do trauma a partir do local da ocorrência. Os dados da Tabela 6 mostram que, dos 116 entrevistados que responderam essa questão, 38 indicaram a cozinha, sendo 35 o pátio da casa e 18 o quarto de dormir, como os locais do domicílio com a maior incidência de ocorrências traumáticas.

Tabela 6 – Distribuição das crianças com traumas, segundo o local de ocorrência do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

	Local de ocorrência do trauma														
	cozinha		banheiro		Pátio		sala		quarto de dormir		área de serviço		outros		total
Tipo de Trauma	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
queimadura	33	86,8	1	100,0	5	14,3	2	18,2	5	27,8	1	50,0	3	27,3	50
queda	4	10,5	-	-	22	62,9	7	63,6	11	61,1	1	50,0	5	45,4	50
maus-tratos	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11,1	-	-	1	9,1	3
esmagamento	-	-	-	-	3	8,6	1	9,1	-	-	-	-	1	9,1	5
atropelamento	-	-	-	-	3	8,6	-	-	-	-	-	-	-	-	3
mordida de animal	-	-	-	-	1	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ferimento por arma branca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1	1
patada de animal	-	-	-	-	1	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ignorado	1	2,6	-	-	-	-	1	9,1	-	-	-	-	-	-	2
Total	**38**	**100,0**	**1**	**100,0**	**35**	**100,0**	**11**	**100,0**	**18**	**100,0**	**2**	**100,0**	**11**	**100,0**	**116***

* quatro casos foram excluídos da tabela por não ter sido possível identificar o local onde ocorreu o trauma
Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Na cozinha, ocorreram mais queimaduras (86,8%), sendo 22 por água quente, seguidas por queimaduras por leite, alimentos quentes (sopa, mingau, arroz e polenta), óleo, chá e café. Essas ocorrem no momento do preparo das refeições, sendo ainda referido por algumas mães que o reduzido espaço físico favoreceu ao trauma:

> "*Tinha voltado do tanque, aí botei a chaleira para esquentar do lado tinha uma frigideira com banha fritando. Ia dar ovo com pão pras criança e passá um café pra mim... A casa é muito pequenininha! Entra na porta e já dá no fogão*" (cr. 30 – 3 anos, queimadura de 2° grau).

Mães e outros cuidadores consideraram, no entanto, que esse local não é adequado para o trânsito livre da criança. Parecer semelhante foi aconselhado pelas Enfermeiras Pediátricas Whaley e Wong (1989).

> "*Ele já sabe esquentá comida, bota as panela no fogão e liga o forno. Quem ensinou foi a vó ela sempre diz que tem que aprender a se virá e ele é de observar. Ele é muito puxa saco da vó. Mas eu penso: agora cada coisa tem seu tempo, cozinha com criança não combina. Ele corta maçã! Quando eu menos esperar ele tá com a faca na mão*" (cr. 15 – 2 anos, queimadura de 2° grau).

Como evidencia esse relato, agrega-se ao local impróprio de estar a criança o seu ferimento, relacionado com a falta de habilidade motora e cognitiva para desempenhar estas tarefas. Ao manusear inadequadamente estes objetos e utensílios perfuro-cortantes, o menino está exposto a fatores de risco ao trauma físico. Possibilidades de situações semelhantes foram levantadas em estudos de Filócomo et al. (2002).

Além da vulnerabilidade individual da criança associa-se a vulnerabilidade familiar, em que a ignorância e a falta de perspectiva de seus membros concorrem ao estabelecimento do trabalho infantil, originando situações de negligências e maus-tratos.

O banheiro foi indicado como local onde ocorreu um caso de queimadura no momento em que a criança iria tomar banho de banheira. As queimaduras ocorridas no pátio referem-se a situações em que a cuidadora colocou a panela para esfriar sopa ou arroz num local inadequado ou, ainda, traumas com chama ocorridos em momentos em que a criança, desacompanhada de um responsável, realizava atividades, como queimar carrapatos ou fazer fogueiras. O pátio é o local onde ocorre um grande número de quedas. Essas quedas relacionam-se às situações que envolvem o brincar e o descobrir o mundo, estando o local, em alguns casos, com problemas de manutenção e proteção, como onde o próprio responsável revela:

> "*Eles tavam no pátio brincando com os dois tios pequenos e parece que veio um amiguinho de bicicleta e deu uma trombada. Não sei ao certo... minha esposa estava no local ela e minha mãe não conseguiam levantar o portão. Eu não vi o local, eu acredito que um parafuso tenha soltado. Eu acredito que houve uma falha de manutenção. A gente já imaginou várias coisas*" (cr. 71 – 4 anos, traumatismo crânio-encefálico).

Na sala, houve uma maior freqüência das quedas, seguidas das queimaduras e de um caso de esmagamento por equipamento elétrico (no caso, máquina de overloque), que estava instalado e ligado na sala, sem que um responsável estivesse operando a máquina no momento do acontecimento. É o que relata a mãe da criança, com extenso ferimento palmar, tendo tido perda de substância tendinosa em um dos dedos:

> "*Foi alcançar a máquina e nisso ligou um botão e a máquina disparou... A vizinha devia ter desligado da tomada, foi um descuido mesmo*" (cr. 42 – 4 anos).

No quarto de dormir, as situações mais comuns referem-se à queda, sendo mais freqüente a ocorrida da cama ou berço. Os pais vêem essa situação como imprevisível, é o que expressa uma mãe após ter feito o bebê dormir, colocando-o na cama dos pais:

> "*Rodeei de travesseiro em volta, o irmão tava junto me chamou gritando... não podia sabê, eu botei os travesseiro tudo, não sei...*" *(cr. 113 – 7 meses, traumatismo crânio-encefálico). Ou, ainda, em outro relato: "Foi um instante, foi só eu virá... (referindo que a criança caiu da cama), ele chorô muito. Ele já caiu outras vezes e já sei que tenho que cuidá, se não vomita. Como no caso não aconteceu, fiquei olhando, né!*" (cr. 51 – 10 meses, traumatismo crânio-encefálico).

A vulnerabilidade de ambas as crianças decorre de suas faixas etárias e estágios de desenvolvimento, que determinam os tipos de trauma mais prováveis de ocorrerem, necessitando de medidas preventivas por parte de seus cuidadores (WHALEY e WONG, 1989).

As queimaduras ocorridas no quarto expressam o hábito de tomar chá/café ou o uso de banhos em locais não impróprios para sua realização.

Considera-se como "outros" os locais do domicílio como área de serviço, churrasqueira, escritório e garagem.

Souza e Barroso (1999) colocam que locais inadequados para permanência de crianças menores, sem a supervisão de um cuidador responsável, constituem-se em fatores de risco ao trauma físico. Exemplificam como locais perigosos a cozinha, o banheiro, as áreas de serviço, as escadas e os jardins (pátio).

A Tabela 7 apresenta as situações referidas pelos entrevistados como sendo a situação de ocorrência do trauma, e se as crianças estavam ou não brincando no momento. Os casos considerados como ignorados (1,7%) referem-se a dois casos em que as crianças receberam alta hospitalar sem que houvesse a realização da entrevista.

Tabela 7 – Distribuição das crianças com traumas, segundo a situação de ocorrência e situação de brincadeira, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Situação de ocorrência	**n**	**%**
Escaldo	37	30,9
queda de pequena altura < 1m	34	28,3
queda de altura >1m	8	6,7
queda de peso	8	6,7
Chama	7	5,8
queda do colo de familiares	6	5,0
sólido quente	5	4,2
agressão do pai	3	2,5
Atropelado	3	2,5
aparelhos elétricos	2	1,7
Ignorado	2	1,7
soluções químicas	1	0,8
mordida de animal	1	0,8
ferimento por arma branca	1	0,8
patada de animal	1	0,8
choque elétrico	1	0,8
Situação de brincadeira		
não	85	70,8
sim	33	27,5
ignorado	2	1,7
Total	**120**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

A situação do escaldo apresenta-se com uma freqüência de 30,9%, sendo a mais freqüente entre as queimaduras, e indica situações em que a criança puxa a toalha da mesa, entornando líquidos superaquecidos; sobe na porta do forno, derrubando chaleira/leiteira sobre si; ou ainda falhas no manejo do uso da garrafa térmica ou colocação de panelas com alimentos superaquecidos ao fácil acesso da criança. É o que diz uma mãe ao contar como ocorreu a queimadura de seu bebê:

> "*(...) ele está engatinhando aprendendo a andar... Então eu me descuidei, e ele puxou a panela, aquela de cabo comprido. Tinha arroz dentro, a panela estava em cima do fogão*" (cr. 76 – 11 meses).

As quedas de pequena altura ocorreram em 28,3%, referindo-se a situações como queda da cama, do andador, de sofá, de degraus ou ainda queda da própria altura. É o que mostra a fala de um pai:

> "*Ela caiu do andador. Tava todo mundo sentado e ela no andador. Ela (o bebê) foi pegar o mano e caiu. Ela é um aviãozinho não dá pra piscar um olho*" (cr. 45 – 8 meses, traumatismo crânio-encefálico).

As quedas de altura foram 6,7% das situações referidas, nos quais se considerou a queda de árvores, de escadas, de muros, portões de ferro ou ainda cama do tipo beliche. Uma mãe, ao descrever o acontecimento, revela ter colocado seu bebê em cima no beliche:

> "*O irmão tava estudando em cima da cama dele, quando fui ao banheiro escovar os dentes botei o nenê lá, pra ele cuidar. Então ela sapichou no chão quando cheguei no quarto, ela tava desmaiada. Ficou mole assim como uma polenta. Ficou assim uns cinco minutos desacordada*" (cr. 25 – 7 meses, traumatismo crânio-encefálico).

Outra mãe contou:

> "*Não sei muito detalhe. Só sei dizer que foi o irmãozinho dela que deixou ela cair... botou ela em cima da mesa e se descuidou. Ela tava sentada em cima da mesa que tem um metro de altura*" (cr. 12 – 8 meses, traumatismo crânio-encefálico).

Ao circunstanciar as situações de ocorrências do trauma dessas crianças, menores de um ano, chama-se a atenção à vulnerabilidade domiciliar e familiar propiciadoras (STEFANE, 1995).

Quedas de peso ocorreram em situações como queda de roupeiro, queda de pneu de caminhão, queda de um adulto, queda de viga de ferro e queda de portão de ferro. Em algumas vezes, a criança recebeu o impacto do peso sem estar interagindo com o objeto. É o que relatou a mãe de uma criança em que houve fratura exposta de membro inferior:

> "*Foi de tarde, ela sempre fica na casa da avó, meu cunhado tem caminhão e foi desmontar no pátio, então ele encostou o pneu na parede e minha filha tava do lado. Acho que ela bateu, ou tava mal apoiado*" (cr. 72 – 5 anos).

Dos sete casos em que a situação da ocorrência foi chama, verificou-se que mais da metade ocorreram pelo uso indevido do álcool líquido ou por brincadeiras com o uso de isqueiros ou fósforos. Outros dois referiram-se a ocorrências em que a criança caiu em churrasqueira ou braseiro. Embora haja a legislação que proíba o uso do álcool etílico líquido, restringindo seu uso para a apresentação gel (BRASIL, 2002b), é necessário desnaturalizar seu uso na forma líquida, extinguindo-o dos domicílios. Ao falar da queimadura de 2° grau ocorrida com seu filho, um pai mostra a maneira da utilização do álcool líquido:

> "*Eu peguei o álcool tinha botado fogo na churrasqueira e larguei em cima do armário, ele pegou a garrafa e eu não vi que o guri foi botar fogo de novo na churrasqueira, daí explodiu. Quando eu vi tava com fogo, na blusa e no calçãozinho, rasguei as roupas dele. Peguei ele no colo, e sai porta afora*" (cr. 19 – 2 anos).

Em relação à queda do colo de familiar, essa era ocasionada no momento em que a criança solicitava atenção, às vezes, chorando e/ou quando os próprios irmãos, pais ou outra criança deixavam-na cair. Segundo o relato da mãe de uma criança com traumatismo crânio-encefálico:

> "*O mano viu que ela tava chorando e foi tirar ela da cama para botar no carrinho, então ela caiu. Pelo menos foi isso que ele falô. A vó que mora com nós, não viu nada, porque é surda*" (cr. 2 – cinco meses).

Os casos de maus-tratos ocorreram por agressão do pai, sendo um deles denunciado pela progenitora, que informou o seguinte:

> "*Meu marido fuma maconha. Mas ele não é meu marido é o pai. Tudo começou porque um guri bateu na cerca e pediu meu rádio. E ele tinha dado o rádio pela 'buchinha'. Não dei o rádio. Aí ele pediu a guria (criança) e ela começou a chorar, sempre começa a chorar quando ele pega. Daí minha vó pediu a guria. Daí ele começou a sacudir a guria e jogou na cama. Quando ele tava sacudindo, então eu fui telefoná prá polícia. Eu já tinha avisado que da próxima vez ia fazer isso. Quando eu voltei a guria tava desmaiada parada na cama nem chorava*" (cr. 11 – dois meses, traumatismo crânio-encefálico).

Na ocorrência dos maus-tratos, a drogadição aparece como um importante fator desencadeante, e a faixa etária que ocupa um percentual muito elevado de crianças vítimas da violência doméstica corresponde de zero a seis anos (DESLANDES, 1994).

Cabe ressaltar o trabalho realizado pela Comissão de Maus-Tratos do Hospital Cristo Redentor (HCR). Dentre os 120 casos, nove estavam sendo investigados pela Comissão de Acompanhamento à Criança e ao Adolescente do Hospital Cristo Redentor articulado com o Conselho Tutelar devido à suspeita de maus-tratos, enquanto que três crianças tiveram esse diagnóstico realizado ao internarem-se.

Idade	Sexo	Tipo de Trauma	Situação do trauma	Cuidador Presente	Horário	Recebeu orientação
2m	Masculino	Queda	Ignorado	Mãe	Não sabe	Não
2m	Feminino	Maus-tratos	Agressão do Pai	Mãe	Tarde	Não
1 ano	Masculino	Queda	Queda de pequena altura < 1m	Mãe	Tarde	Sim
3 anos	Feminino	Ignorado	Queda de pequena altura < 1m	Mãe	Tarde	Não
10m	Feminino	Maus-tratos	Agressão do Pai	Mãe	Não sabe	Não
6 anos	Masculino	Queimadura	Escaldo	Mãe	Tarde	Não
5 anos	Masculino	Maus-tratos	Agressão do Pai	Mãe	Não sabe	Não
4m	Feminino	Queda	Queda de pequena altura < 1m	Avó	Não sabe	Não
4 anos	Feminino	Queimadura	Escaldo	Tia	Noite	Não
8m	Masculino	Queda	Queda de pequena altura < 1m	Mãe	Tarde	Não
3 anos	Masculino	Queimadura	Chama	Irmã	Tarde	Não
10m	Feminino	Queda	Queda de pequena altura < 1m	Mãe	Noite	Não

Quadro 5 – Caracterização de crianças internadas por maus-tratos ou suspeita de maus-tratos

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Nas situações de trauma que envolviam aparelhos elétricos, pôde-se identificar que o acesso a eles estava facilitado, ocorrendo assim o manuseio. É o caso referido por uma mãe de uma criança com esmagamento dos dedos em máquina modeladora de pão:

> "*A padaria é dentro de casa, a gente mora ali, vai ter que passar sempre por ali. Mas eu não estava em casa. A irmã dela (13 anos) tava com ela no colo então foi dizê prô padeiro como funcionava uma outra máquina (a cortadeira) e foi quando ela colocou a mão*" (cr. 27 – 1 ano).

Algumas crianças tiveram seus traumatismos ao manusearem inadequadamente os aparelhos de trabalho de seus pais, localizados no domicílio. Conforme Elsen e Patrício (1995), as crianças devem ser vistas no seu contexto físico, sociocultural e econômico.

Entre os casos de atropelamentos dentro do próprio pátio do domicílio, dois foram de duas irmãs que escutavam rádio ao serem atingidas por um carro foragido e desgovernado. O outro caso refere-se a uma manobra realizada dentro do pátio por um vendedor de verduras.

Nas situações do trauma por sólido quente, verificaram-se dois dos casos provocados por chapa superaquecida do forno, dois ocorridos em churrasqueira e um por ferro elétrico.

> "*O pai tava na sala. Eu tinha dado banho nas duas crianças. E então fui passar as calça dele na cozinha. Já tinha passado e acabei de desligar o ferro, então... ele que tava sentado no cadeirão (criança) foi olhar os furinhos do ferro, que acabou caindo em cima da mão dele*" (cr. 82 – 1 ano, queimadura de 3° grau).

Para Eidt e Canabarro (2001), a criança pequena tem como característica a exploração do ambiente. Isso requer a supervisão consciente do adulto e um ambiente protetor.

O caso de mordida de animal foi provocado por um cão do próprio domicílio da criança, que teve perda de superfície cutânea do couro cabeludo, com um tempo de internação superior a 60 dias. A mãe desabafou:

> "*Ele era amarrado no pátio... E ela foi lá no cachorro. Estava assistindo tv e acho que comendo doce, depois acharam o pote (perto do cão). Era um cachorro grande da casa (pastor alemão), ouvimos uns gemidos... Agora o cachorro já tá morto, meu pai matou ele ontem*" (cr. 46 – 2 anos).

Esses acontecimentos, ainda que não sejam prevalentes, são devastadores, podendo intervir na qualidade de vida da criança envolvida, representando ainda altos custos e riscos inerentes ao tipo de traumatismo. É o que confirmam os estudos sobre mordeduras de cães em crianças. Del Ciampo et al. (2000, p. 412) referem que

> "As seqüelas psicológicas que podem advir em função da agressividade a que foi exposta a vítima infantil podem levar a tratamento e apoio especializados por períodos prolongados, o que se traduz em custo econômico e social muitas vezes incalculáveis".

Ainda outra situação em que o animal era do domicílio foi a patada de animal – no caso, um cavalo – levando a criança à fratura de mandíbula. Seu pai referiu:

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

> "*O cavalo é de charrete, é manso, desde pequeno meu filho passa em baixo das perna dele. Mas o animal tem o dia dele, não é de estranhá! Acho que foi porque tava brincando com a varinha*" (cr. 84 – 4 anos).

O ferimento por arma branca ocorrido foi com um espeto de assar carne. Esse equipamento estava carregado de maneira inadequada em momento de festividade familiar.

Quanto à situação que envolvia o mau uso de substância química (permanganato de potássio), a intenção da mãe era dar um banho de assento a fim de tratar a dermatite amoniacal, mas pela concentração inadequada levou a uma queimadura em área perineal.

A situação de ocorrência do choque elétrico levou à queimadura de 3° grau, situação essa descrita pela mãe:

> "*Ela e a prima de onze anos estavam tomando banho e então a prima que é mais velha mandou a pequena desligar o motor, eu sei como é aquela tomada, é meio solta*" (cr. 65 – 6anos).

Esses ferimentos são considerados graves e causam lesões profundas. Observações realizadas em crianças com ferimentos por queimaduras elétricas, segundo Cristaldo, Dalcin e Wilhelm (2001, p. 29), confirmam que "queimaduras por agentes elétricos são lesões graves e determinam ações locais e sistêmicas. Mesmo que o percentual da área seja pequeno (inferior a 1,0%), invariavelmente, causa lesões profundas".

Em 27,5% dos traumatismos (Tabela 7), as crianças estavam brincando, na maioria das vezes, sem o acompanhamento ou supervisão de um adulto, sendo que algumas dessas brincadeiras envolviam uso de objetos inadequados para a faixa etária.

É muito importante conhecer quem era o cuidador responsável pela criança e a pessoa que estava junto com ela no momento do trauma. Os dados da Tabela 8 mostram a mãe como

responsável em 70,0% dos casos, sendo que somente em 24,2% ela estava presente no momento da ocorrência.

Tabela 8 – Distribuição das crianças com traumas, segundo o cuidador responsável e a pessoa que estava junto com a criança no momento da ocorrência do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

VARIÁVEIS	n	%
Cuidador responsável		
mãe biológica/social	84	70,0
pai biológico	2	1,7
ambos os pais biológicos	2	1,7
irmãos	6	5,0
Avós	13	10,8
outros parentes	5	4,1
outros	6	5,0
não sabe/ não respondeu	2	1,7
Quem estava junto no momento do trauma		
mãe biológica/social	29	24,2
pai biológico	10	8,3
ambos os pais biológicos	11	9,2
irmãos	23	19,2
Avós	7	5,8
outros parentes	13	10,8
outros	8	6,7
não sabe/não respondeu	19	15,8
Total	**120**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Chama atenção que 1,7% dos pais biológicos foi considerado responsável pelo cuidado da criança e, também, em 1,7% dos casos, ambos os pais foram considerados pelo entrevistado como responsáveis pelo cuidado, referindo também reconhecimento e divisão de tarefas no cuidado da criança devido a ambos trabalharem fora do lar.

A importância da responsabilidade do cuidador para prevenir o trauma é inquestionável. No dizer de Blank (1996), a criança até dois anos está completamente sujeita a riscos impostos por terceiros. Neste estudo, 40,8% das crianças estavam com idade inferior a dois anos (Tabela 1).

> "*Eu ainda ouvi quando meu marido gritou. Pega ele! Eu tava na sala até eu chegar só vi ele voando... meu marido tava trabalhando desde às 5 da manhã, no computador e o bebê foi pedir colo (gatinhando). O pai cuida dele todas as noites... estou sobrecarregada (20 horas no Estado e 20 no município)*" (cr. 16 – 11 meses).

No que se refere à pessoa que estava junto com a criança, as mães biológicas e as sociais foram agrupadas, pois 28 eram biológicas e apenas uma social. Percebeu-se ainda que, quando os irmãos eram as pessoas que cuidavam, o sexo predominante era o feminino, apontado em 13 dos 23 casos.

Os "outros" eram, na maioria das vezes, crianças, vizinhos ou amigos que estavam junto com a criança quando ocorreu o trauma físico, sendo considerado como "outros familiares" tias, tios, bisavôs, bisavós e primos.

Constata-se que há uma ampliação considerável quanto ao número de pessoas que não são os cuidadores responsáveis pela criança, mas que eram as pessoas que estavam com ela no momento do trauma. Esses resultados refletem provavelmente a necessidade de informação sobre os cuidados preventivos aos traumas infantis, indicadas às pessoas que cuidam de crianças no decorrer do seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Essa necessidade fica evidente no relato de uma mãe:

> "*Os pais não sabem, alguém precisa ajudá a gente. Os profissionais, eu acho, tem que ser mais rápidos, tem que saber orientar. A própria Saúde tem que ter agilidade, até que consegui ser atendida demorou. Quando vim pra cá sim, vi que sabem o que tão fazendo*" (cr. 72 – 5 anos, fratura de membro inferior).

Eidt e Canabarro (2001) enfatizam a urgente necessidade de um olhar e agir preventivos e sistematizados na infância, a fim de evitar esses acontecimentos traumáticos,

que podem se tornar limitantes, fatais e sofredores para as crianças e suas famílias no presente e no futuro.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, FAMILIAR E DOMICILIAR

A tabela 9 mostra a distribuição etária das crianças que sofreram algum tipo de trauma domiciliar. A maior incidência dos traumas ocorreu na faixa de doze a vinte e quatro meses incompletos, seguida das duas faixas subseqüentes.

Tabela 9 – Distribuição das crianças com traumas, segundo a faixa etária e o tipo do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

	Tipo de Trauma																		
	Queimadura		queda		maus-tratos		esmagamento		atropelamento		mordida de animal		ferimento por arma branca		patada de animal		ignorado		total
Faixa Etária	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**
0 ├ 6 meses	-	-	6	85,7	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
6 ├ 12 meses	6	37,4	8	50,0	1	6,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,3	16
12 ├ 24 meses	17	65,4	8	30,8	-	-	1	3,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
24 ├ 36 meses	12	57,1	7	33,3	-	-	-	-	1	4,8	1	4,8	-	-	-	-	-	-	21
36 ├ 48 meses	6	35,3	10	58,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,9	17
48 ├ 60 meses	4	36,4	5	45,4	-	-	1	9,1	-	-	-	-	-	-	1	9,1	-	-	11
60 ├ 72 meses	2	16,7	4	33,4	1	8,3	3	25,0	1	8,3	-	-	1	8,3	-	-	-	-	12
72 ├ 84 meses	4	40,0	5	50,0	-	-	-	-	1	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Total	**51**	**42,5**	**53**	**44,2**	**3**	**2,5**	**5**	**4,2**	**3**	**2,5**	**1**	**0,8**	**1**	**0,8**	**1**	**0,8**	**2**	**1,7**	**120**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Na faixa de zero a seis meses, foram as quedas os traumas mais significativos, ocorridas de berço, cama ou colo de familiares, seguidas dos maus-tratos. Considerando o processo de desenvolvimento da criança de zero a seis meses, segundo Greenssher (apud FARINATTI, BIAZUS e LEITE, 1993), Duncan (1996) e Whaley e Wong (1989), nos

primeiros meses de vida, devido aos movimentos desordenados próprios da idade, como acordar e rolar, há vulnerabilidade a esses acontecimentos. Esses profissionais também enunciam características para as outras faixas etárias, prenunciando as vulnerabilidades aos riscos de traumas.

Dos seis aos doze meses, prevalecem as quedas e as queimaduras. É nesse período que a criança senta, puxa, fica em pé, engatinha e caminha, ficando mais vulnerável a esses tipos de traumatismos.

É na faixa dos 12 aos 24 meses que a queimadura apresenta um pico, sempre associada com as atividades próprias de seu desenvolvimento, como caminhar, puxar a toalha, subir e pegar objetos (mamadeiras e xícaras), como é referido na fala desta mãe:

> "*Tinha colocado a chaleira em cima da mesa, mas ele nunca tinha puxado nada (...)*" (cr. 62 – 1 ano, queimadura de 2°grau).

E outra mãe relata:

> "*A minha irmã tava com ele na cozinha, ferveu uma jarra de água no microondas e colocou em cima da mesa.Ela caminha, puxa tudo. O microondas já está em cima, cozinho com as panelas com o cabo virado pra dentro. Eu tinha ido levar minha cunhada lá fora no carro e quando voltei, vinha minha irmã com ele no colo*" (cr. 36 – 1 ano, queimadura de 2°grau).

Na faixa seguinte, dos 24 aos 36 meses, continuam as queimaduras e quedas apresentando a maior prevalência. Entre os 36 e 48 meses, o tipo de trauma mais comum foi à queda, sendo as mais preponderantes as de muro, árvore, portão ou da própria altura. Nessa idade, a criança corre, pula sobe e desce, pois há um universo a descobrir, e, em algumas situações, torna-se difícil para os pais o cuidado.

Entre as crianças com mais de 48 meses, observa-se uma diminuição na freqüência dos traumas. Esse comportamento é esperado, visto que essas crianças têm maiores condições motoras, espaciais e cognitivas, sendo mais receptivas ao aprendizado. No entanto, em alguns casos, podem-se identificar momentos em que a família percebe que há uma situação de risco no domicílio, porém, busca a justificativa do trauma no comportamento esperado dos filhos. É o que diz uma mãe ao relatar a fratura que ocorreu:

> "*Caiu na frente de casa nas pedra da construção. Elas estão meio espaiada na frente de casa tem duas pilha. Ela caiu entre as duas, foi o que ela disse não sei ao certo... eu não vi, ela tava no pátio brincando com umas três amigas. Eu tava nos fundos. É eu que dou banho nela e só no outro dia fui vê o braço dela e vi que estava roxo. Ela não reclama, nem se queixa de dor. Corre... saiu como um menino*" (cr. 38 – 4 anos).

A tabela 10 ilustra a distribuição das crianças segundo a situação e o tipo do trauma. Observa-se que, dentre as queimaduras, a situação de escaldo é a mais freqüente, seguida de chama (fogo).

Tabela 10 – Distribuição das crianças com traumas, segundo a descrição da situação do trauma e o tipo do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

	Tipo de Trauma																		
	Queimadura		queda		maus-tratos		esmagamento		atropelamento		mordida animal		arma branca		patada animal		ignorado		total
Situação do trauma	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
escaldo	37	72,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37
queda de altura < 1m	-	-	33	62,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0	34
queda de altura > 1m	-	-	8	15,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
queda de peso	-	-	5	9,4	-	-	3	60,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
chama	7	13,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
queda do colo de familiares	-	-	6	11,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
sólido quente	5	9,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
agressão do pai	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
atropelado	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	3
aparelhos elétricos	-	-	-	-	-	-	2	40,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ignorado	-	-	1	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0	2
soluções químicas	1	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
mordida de animal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1
ferimento por arma branca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1
patada de animal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1
choque elétrico	1	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	**51**	**42,5**	**53**	**44,2**	**3**	**2,5**	**5**	**4,2**	**3**	**2,5**	**1**	**0,8**	**1**	**0,8**	**1**	**0,8**	**2**	**1,7**	**120**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Referente ao escaldo, Souza e Barroso (1999) relacionam as situações facilitadoras de risco com aspectos socioculturais da família, estilo de vida dos pais, idade da criança e sua etapa de desenvolvimento.

Uma mãe fala:

> "*A água não parecia tão quente. Meu irmão (9 anos) tava com ele, ele ia posá lá, pois eu tava sozinha, moro sozinha com meus dois filhos (minha mãe mora na frente). Ele (o irmão) ia fazer um nescafé mas sentou na cama. Ela gatinha, tá quase caminhando. Foi pegar e virou a caneca*" (cr. 17 – 1 ano, queimadura de 2° grau).

Segundo Chandra et al. (1997), as famílias monoparentais agregam fatores socioeconômicos predisponentes às queimaduras. Ao se analisar essa variável no nível de

vulnerabilidade familiar e social, encontrou-se que dentre os domicílios das 19 famílias monoparentais, em 12 (63,1%), ocorreram as queimaduras.

As quedas que apresentaram maior freqüência foram de uma altura menor que um metro. Observa-se também um índice percentual significativo por queda de colo de familiares. Tal fato é retratado na fala dessa mãe:

> "*Tava na área na frente da casa com o bebê no colo. Fui eu mesma que cai quando tava descendo a escada*" (cr. 63 – 6 meses).

Nesse estudo, observou-se uma prevalência mais alta de quedas, seguidas de TCE entre as crianças de zero a doze meses em relação às outras faixas etárias. Tal dado contrapõe-se a resultados apresentados por Freitas et al. (1990), que apontaram a predominância desses traumatismos em crianças de doze a vinte e quatro meses.

A tabela 11 mostra como o tipo de trauma, faixa etária e sexo comportam-se em relação à reincidência. Observa-se que entre os entrevistados 29,2% manifestaram que a criança era reincidente em algum tipo de traumatismo, sendo mais freqüente a reincidência entre os meninos.

Tabela 11 – Distribuição das crianças com traumas, segundo tipo de trauma, faixa etária, sexo e reincidência, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

VARIÁVEIS	Reincidência						
	Sim		não		ignorado		total
	n	%	n	%	n	%	n
Tipo do Trauma							
Queimadura	10	19,6	40	78,4	1	2,0	51
Queda	17	32,1	35	66,0	1	1,9	53
maus-tratos	3	100,0	-	-	-	-	3
Esmagamento	3	60,0	2	40,0	-	-	5
Atropelamento	-	-	3	100,0	-	-	3
mordida de animal	-	-	1	100,0	-	-	1
ferimento por arma branca	1	100,0	-	-	-	-	1
patada de animal	-	-	1	100,0	-	-	1
Ignorado	1	50,0	1	50,0	-	-	2
Faixa Etária							
0 ├ 6 meses	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7
6 ├ 12 meses	5	31,3	11	68,7	-	-	16
12 ├ 24 meses	3	11,5	23	88,5	-	-	26
24 ├ 36 meses	7	33,3	14	66,7	-	-	21
36 ├ 48 meses	6	35,3	11	64,7	-	-	17
48 ├ 60 meses	4	36,4	6	54,5	1	9,1	11
60 ├ 72 meses	6	50,0	6	50,0	-	-	12
72 ├ 84 meses	3	30,0	7	70,0	-	-	10
Sexo							
Masculino	22	33,3	43	65,2	1	1,5	66
Feminino	13	24,1	40	74,1	1	1,8	54
Total	**35**	**29,2**	**83**	**69,1**	**2**	**1,7**	**120**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Nos casos de maus-tratos, 100,0% já tiveram outros tipos de traumas, sendo a reincidência agravada paulatinamente conforme as mães referiram:

> "*Nunca foi assim, ele já tinha apertado a cabeça dela, mas nunca foi assim*" (cr. 11 – 2 meses, traumatismo crânio-encefálico).

Outra mãe confirma:

> "*Tenho um quadro de violência doméstica. A violência é entre todos. Depois, minha filha de 17 anos assumiu o papel do pai. Já vi briga entre as duas até de faca. Mas eu não queria que ele pegasse o guri nos fins de semana mas como separamos, isso foi uma decisão da juíza. Agora quero reverter esta situação com esse acontecimento*" (cr. 49 – 5 anos, traumatismo crânio-encefálico).

A confirmação, por parte dos entrevistados, de que as crianças já tiveram algum tipo de trauma foi de 60,0% no esmagamento, seguida por 32,1% para as crianças que tiveram quedas, e 19,6% em queimaduras. No entanto, há de se considerar que em alguns casos a negação desta informação deve-se ao fato de haver negligência e maus-tratos, passando a família a ser acompanhada pela Comissão de Maus-Tratos do hospital.

Há um predomínio das reincidências de trauma na faixa de 60 a 72 meses, seguida da faixa de 48 a 60 meses, sendo apontado pelos pais como justificativas o comportamento ou falta de limites das crianças:

> "*Mas ele é terrível, não bati nele, mas é terrível!*" (cr. 55 – 2 anos, queimadura de 2° grau).

Blank (1996), ao descrever a relação entre desenvolvimento da criança e o risco aos traumas, enfatiza que a promoção da segurança constitui-se em uma prioridade.

Conforme constatou-se na tabela 8, freqüentemente, quem cuidava da criança no momento do trauma não era o cuidador responsável citado na entrevista. Por isso, optou-se por apresentar uma tabela especificando quem era o cuidador no momento do trauma, relacionando ao tipo e à situação do trauma (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das crianças com traumas, segundo quem cuidava no momento do trauma, o tipo e a situação do trauma, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

VARIÁVEIS	Quem cuidava no momento do trauma																
	Mãe[1]		pai bio[2]		ambos bio[3]		irmãos		avós		parentes[4]		outros[5]		ignorado		total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Tipo de Trauma																	
queimadura	17	33,3	2	3,9	6	11,8	8	15,7	3	5,9	6	11,8	-	-	9	17,6	51
Queda	9	17,0	7	13,2	3	5,7	13	24,5	3	5,7	4	7,5	7	13,2	7	13,2	53
maus-tratos	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
esmagamento	-	-	-	-	-	-	1	20,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0	5
atropelamento	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	3
mordida de animal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
ferimento por arma branca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1
patada de animal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
Ignorado	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Situação do Trauma																	
Escaldo	13	35,2	2	5,4	5	13,5	5	13,5	3	8,1	3	8,1	-	-	6	16,2	37
queda de altura < 1m	4	11,8	6	17,7	3	8,8	10	29,4	3	8,8	-	-	5	17,7	3	8,8	34
queda de altura > 1m	3	37,5	-	-	-	-	3	37,5	-	-	2	25,0	-	-	-	-	8
queda de peso	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,5	3	37,5	3	37,5	8
Chama	1	14,3	-	-	1	14,3	2	28,6	-	-	1	14,3	-	-	2	28,5	7
queda do colo de familiares	1	16,7	1	16,7	-	-	1	16,7	-	-	2	33,2	-	-	1	16,7	6
sólido quente	2	40,0	-	-	-	-	-	-	1	20,0	1	20,0	-	-	1	20,0	5
Agressão do pai	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
atropelado	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	3
aparelhos elétricos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2
Ignorado	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0	2
Soluções químicas	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
mordida de animal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
ferimento por arma branca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1
patada de animal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1
choque elétrico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1
Total	**29**	**24,2**	**10**	**8,3**	**11**	**9,2**	**23**	**19,2**	**7**	**5,8**	**13**	**10,8**	**8**	**6,7**	**19**	**15,8**	**120**

Notas: [1] mãe biológica ou social
[2] pai biológico
[3] ambos os pais biológicos
[4] outros parentes
[5] outros

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Em relação às queimaduras, em um terço dos casos, a mãe cuidava da criança no momento desse trauma, seguido pelos irmãos e pais biológicos, enquanto que, em 17,6% dos casos, os informantes desconheciam quem era o cuidador.

Uma mãe refere que:

> "*Ele abriu a porta do fogão e subiu e a chaleira caiu sobre ele, aprendeu a fazer isso e diversas vezes tem tentado subir. Mas eu sempre o repreendo, dessa vez não compreendi como, mas aconteceu. A irmã mais velha se culpa, pois ela me ajuda, esta sempre cuidando dele*" (cr. 50 – 2 anos, queimadura de 2° grau).

Conforme Chandra et al. (1997), os escaldamentos e as queimaduras por contato ou elétrica são especialmente mais freqüentes em crianças menores de quatro anos. Entre os fatores predisponentes, os autores citam os socioeconômicos referentes à supervisão e aos cuidados inadequados às crianças.

No momento da ocorrência das quedas, os cuidadores da criança eram respectivamente os irmãos, mãe e, na mesma freqüência, o pai biológico, ignorado e outros (vizinhos, amigos, padrinhos e outras crianças). A mãe relata que:

> "*Nos estavamos todos na sala (pai, mãe e criança) foi bem ligeiro, não deu tempo para pegar ela, mas ela tava ali... trepada na guarda do sofá. Eu queria ter pegado mas não deu tempo, não sei...*" (cr. 115 – 2 anos, fratura de membro superior).

Outra mãe afirma:

> "*Fui informada que o marido da vizinha que cuida do bebê e que carregava ele no colo escorregou na escada e caiu. Eles que praticamente cuidam meu filho, trabalho o dia todo... aquela escada já quebrou três é terrível, trabalho com vendas, não de carteira, não posso parar*" (cr. 99 – 5 meses, fratura de membro inferior).

Frente a esse contexto, constata-se que entre os fatores socioeconômicos predisponentes do trauma estão os recursos financeiros reduzidos da família. Em decorrência disso, o cuidado da criança é delegado aos "outros", em ambientes sem proteção adequada, contribuindo à vulnerabilidade da ocorrência do trauma âmbito domiciliar.

Ambientes e mobiliários do domicílio que muitas vezes encontram-se sem proteção são fatores de risco ao trauma físico (FILÓCOMO et al., 2002).

O enfermeiro tem atuação importante na prevenção de traumas com crianças no decorrer da visita e do cuidado domiciliar. Ao conhecer a realidade familiar, domiciliar e social da criança e sua família, deve-se procurar meios educativos e comunitários para reduzir as situações predisponentes à vulnerabilidade.

Vale ressaltar que é de vital importância a necessidade de orientar e ensinar os cuidadores efetivos das crianças sobre a prevenção do trauma, pois com freqüência evidenciou-se neste estudo que esses não eram seus responsáveis.

Três princípios básicos para a prevenção do trauma precisam ser enfatizados no que se refere à proteção passiva, instruções específicas antecipadas para prevenir o trauma e educação individual reforçada por programas educacionais comunitários (CHANDRA et al., 1997).

> "*Ele estava brincando com o pai, que recém chegou do trabalho. Corriam pela casa, quando tropeçou e caiu, fez um barulho forte... Ficamos desesperados... Muitos pais acabam tornando a criança mais agitada, as brincadeiras podia ser diferentes, meu marido podia evitar essas brincadeiras de luta, podia jogar e ler com a criança. As vezes ele dá um soco em algum colega e conta com satisfação em casa. Isso não tá certo!*" (cr.29 – 6 anos, traumatismo crânio-encefálico).

Souza e Barroso (1999, p. 111) afirmam que é de suma importância a

> "necessidade do atendimento e participação dos pais ou responsáveis por ensinar, desde cedo, à criança, a compreensão dos riscos do ambiente que a envolve e saber como evitá-los. A enfermagem deve reforçar esses ensinamentos junto à família e à sociedade, conhecendo os aspectos socioculturais e fortificando sua responsabilidade como detentora do cuidado".

Broilo et al. (1994) referem que embora os pediatras notem a necessidade de aconselhamento preventivo da família em relação aos traumas na infância, eles têm despendido um tempo mínimo para orientações aos pais sobre segurança na infância.

A tabela 13 apresenta a situação familiar, destacando que em 64,2% das famílias os pais biológicos conviviam no domicílio. Entretanto, em 25,8% as mães eram provedoras e únicas responsáveis pelas crianças no domicílio.

Tabela 13 – Distribuição das crianças com traumas, segundo o tipo de pais, quantidade de membros na família e o número de crianças na família, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Variáveis	n	%
Tipo de pais		
biológico casal	77	64,2
biológico único (mãe)	31	25,8
biológico + companheiro	7	5,8
Sociais	1	0,8
Avós	2	1,7
Ignorado	2	1,7
Número de membros na família		
≤ 4	58	48,3
5	32	26,7
≥ 6	28	23,3
Ignorado	2	1,7
Número de Crianças		
1	40	33,3
≥ 2	37	30,8
3	24	20,0
≥ 4	17	14,2
Ignorado	2	1,7
Total	**120**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

As famílias apresentaram um número de membros menor ou igual a quatro em 48,3% dos casos, sendo, em 23,3%, consideradas numerosas.

É importante levar em conta o número de crianças no domicílio, considerando que, muitas vezes, a presença de outros irmãos pode interferir na qualidade de cuidado da criança, como enfatiza Fonseca et al. (2002, p. 103), quando analisam os fatores de riscos em traumas com crianças em apontam que no *"(...) momento em que a criança tem um irmão menor, as atenções tendem a voltar-se para este irmão"*. Dessa maneira, ao identificar um número de crianças maior que dois no domicílio, este ainda pode ser interpretado como um fator interferente no cuidado às crianças. Em 14,2% dos domicílios, o número de crianças era maior ou igual a quatro. Nesses casos, constatou-se que, muitas vezes, o trauma ocorrido estava associado a brincadeiras ou ao trabalho realizado pela própria criança, assumindo funções não adequadas à sua faixa etária.

A vulnerabilidade da criança por não ter um domicílio protetor evidencia-se no relato de uma mãe sobre a queda de seu filho:

> "*(...) a escada não tem proteção de nenhum dos lados. As crianças tavam brincando e nós na mesa. Foi assim nós nos assustamô e viemô pra cá... Eu não esperava a gente tá sempre em casa, sempre em cima. Mas é demais...*" (cr. 81 – 2 anos, traumatismo crânio-encefálico).

Ainda outra mãe expressou:

> "*Foi se esconder do vô na garagem. Caiu... na casa dele tem junto uma madeireira, elas tão sempre brincando, trepando. Meu marido tava lá, ... O pai nem acreditou pois achou que era brincadeira, elas tão sempre brincando de desmaiá depois viu que tava chorando, pegou ela no colo e me chamou*" (cr. 40 – 5 anos, fratura de membro superior).

Para Elsen e Patrício (1995), a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros. É um núcleo primário no qual a criança recebe e aprende os cuidados para promoção de saúde e prevenção de doenças.

A tabela 14 apresenta as configurações familiares, refletindo a vulnerabilidade da família e ocorrência de trauma de outra criança que resida no mesmo domicílio:

Tabela 14 – Distribuição das crianças com traumas, segundo configuração da família e ocorrência de trauma em outra criança do domicílio, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Variáveis	n	%
Configuração da família		
nuclear	65	54,2
extensa	27	22,5
monoparental	19	15,8
reconstituída	7	5,8
ignorado	2	1,7
Trauma em outra criança do domicílio		
sim	36	30,0
não	82	68,3
ignorado	2	1,7
Total	**120**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Mais da metade das famílias entrevistadas era nuclear. Esse dado coincide com os de Mioto (1999), referindo que na sociedade brasileira existe um predomínio das famílias nucleares, com uma forte tendência de aumento das famílias monoparentais com mulheres na posição de chefes da família. Embora entenda-se a família nuclear como a mais protetora, é necessário olhar para as dificuldades vividas. Isso justifica-se quando os progenitores revelam ter dificuldades de cuidar, de saber os perigos, de fazer o apego, de colocar limites e ainda dificuldades de caráter econômico e de subsistência. As falas a seguir refletem sua vulnerabilidade, sendo urgente refletir sobre os tipos de estratégias educativas na busca de ajuda às ações e atitudes preventivas:

> "*Não sei como o pai deles tem calma. Todos os dias tem coisa pra fazer, tem os horários, tem roupa pra lavá (eu sempre lavei) mas hoje é pior. À vontade que tenho é de voltar a trabalhá. E ainda pra colocá as crianças em assistencial tem que ter atestado de pobreza. Assim é difícil... Já temos que pagar R$ 500, 00 de aluguel, não dá pra acreditar! Eu queria sabe como lidá com meus filhos para ter mais paciência. O pai tem paciência. Eu não quero uma criança que não seja criança. Mas os meus são demais. Queria um curso algo pra me ajudá a tê paciência*" (cr. 67 – 5 anos, fratura de membro inferior).

> "*As crianças são a única coisa que tenho... Mas tenho minha família, minha mãe que me ajudam em tudo que podem, moram no mesmo pátio e agora que vem outro (estou grávida de três meses) não posso arrumar serviço. Eu até estou inscrita num concurso, mas agora tô presa aqui e não posso estudar*" (cr. 17 – 1 ano, queimadura de 2° grau).

Ambos casos refletem a importância e a necessidade da parceria parental no cuidado com os filhos. Pereira (2001) coloca que o núcleo familiar, ao estar desfalcado do pai, da mãe ou de ambos, torna-se um risco não só para o desenvolvimento e encaminhamento dessas crianças como para a própria sobrevivência, especialmente em camadas de renda mais baixa.

Em relação ao trauma ocorrido com outra criança no mesmo domicílio, 30,0% confirmaram seu acontecimento, algumas vezes justificando como sendo o trauma uma situação imprevisível e incontrolável. É o que aparece quando uma mãe diz:

> "*Acho que quando tem que acontecê, não adianta. Foi muito rápido, ele tava na sala, quando fervi o leite. Quando vi já tava queimado*" (cr. 107 – 2 anos, queimadura de 2° grau).

Ainda outra afirma:

> "*O mais velho engoliu um prego e ficou no HPS, foi em casa. Foi por uma promessa da tia dele que conseguiu botar o prego para fora... eu não vi o mais velho falá em esquentar a água. O mais velho dá remédio, troca o guri! Foi um acidente não tem hora, não tem dia. É pra acontecer não adianta, acontece!*" (cr. 18 – 2 anos, queimadura de 2° grau).

A respeito da crença sobre a inevitabilidade do trauma, referido no relato acima, Souza e Barroso (1999, p. 107) citam que "culturalmente, os acidentes são percebidos como situações inevitáveis, não desejados pelas pessoas (...). Porém quando enfrentamos um acidente e refletimos como aconteceu, podemos descobrir que poderia ter sido evitado".

As contradições vividas no cotidiano familiar conflituam-se com o estatuto da criança e do adolescente. Türck (2001) refere ser um desafio da sociedade brasileira garantir a proteção integral à criança em risco pessoal e social.

A tabela 15 apresenta a escolaridade da mãe, do pai e do cuidador.

Tabela 15 – Distribuição das crianças com traumas, segundo escolaridade materna, paterna e do cuidador, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Variáveis	n	%
Escolaridade materna		
nunca estudou	10	8,3
1 ⊢ 5 anos	27	22,5
5 ⊢ 9 anos	44	36,7
9 ⊢11 anos	31	25,8
acima de 11 anos	2	1,7
ignorado	6	5,0
Escolaridade paterna		
nunca estudou	3	2,5
1 ⊢ 5 anos	30	25,0
5 ⊢ 9 anos	44	36,7
9 ⊢11 anos	17	14,2
acima de 11 anos	4	3,3
ignorado	22	18,3
Escolaridade do cuidador		
nunca estudou	12	10,0
1 ⊢ 5 anos	23	19,1
5 ⊢ 9 anos	42	35,0
9 ⊢11 anos	29	24,2
acima de 11 anos	2	1,7
ignorado	12	10,0
Total	**120**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

Em relação aos anos de estudo da mãe, observou-se que 36,7% estudaram de cinco a oito anos, seguidas de 25,8%, que estudaram de nove a onze anos incompletos. Esses dados mostram consonância com as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 1999), que informa que, embora haja o declínio nas taxas de analfabetismo, a população economicamente ativa apresenta uma média de 5,4 séries completas.

Considerando que um grupo significativo de pais enquadra-se no grupo analfabetos funcionais (os pais que nunca estudaram e os que freqüentaram até cinco anos de estudo), é importante que na pré-escola e nas séries iniciais do ensino fundamental sejam abordados conteúdos relativos à prevenção dos traumas infantis domiciliares, pois possibilita que a criança se familiarize com o tema, permitindo precocemente sua conscientização e assimilação de hábitos protetores da qualidade de vida. Enfatiza-se, então, a importância de não se restringir esse conhecimento somente às pessoas em seu papel de pais e cuidadores. Outrossim, há necessidade de divulgar ações preventivas em comunidades, contemplando as necessidades das pessoas que nunca estudaram.

Pereira (2001) refere que o grau de instrução medido em anos de estudos relaciona-se com o nível de saúde das pessoas, quer pelos conhecimentos que oportunizam modos e comportamentos de vida saudáveis, quer pelas possibilidades que profissionalmente se criam com uma maior escolaridade, ainda que haja uma outra explicação afirmando que as escolaridade e saúde são determinadas pelo mesmo fator.

A falta de conhecimento sentida e vivida pelos cuidadores é expressa por eles, ao mesmo tempo em que demandam por recursos educativos para instrumentalizá-los à proteção de seus filhos.

Uma mãe exclamou:

> "*No momento não usei minha cabeça. Um momento de descuido e a gente pode acabar com a vida da gente. É assim que eu me sinto... (chora)*" (cr. 28 – 1 ano, queimadura de 2° grau).

Ainda outra disse:

> "*O que eu queria saber é o que eu faço pra mantê ele longe do perigo. Ele tá na fase da descoberta. Quero agora deixar ele longe da cozinha*" (cr. 14 – 8 meses, queimadura de 2° e 3° grau).

Outra mencionou:

> "*Como na questão do cigarro e do álcool, que tão sempre em cima. Também podiam dar folhetos e falar nestes assuntos de evitar acidentes*" (cr. 58 – 10 meses, queimadura de 2° e 3° grau).

A instrução do pai foi semelhante à materna, na faixa de cinco a oito anos de estudo (36,7%), apresentando um alto percentual de ignorados. Isso deve-se a respostas em que o informante desconhecia o grau de instrução desse, ocorrendo principalmente nos casos em que a mãe era a única provedora responsável pela família.

No instrumento elaborado para a coleta de dados, buscou-se obter informações junto ao familiar responsável, sobre se a criança/família freqüentava algum Serviço de Saúde (pergunta 24, apêndice A) e se já havia recebido alguma orientação sobre prevenção de acidentes com crianças durante os atendimentos que recebe nos Serviços de Saúde (pergunta 26, apêndice A).

Pelas repostas obtidas, constatou-se, conforme demonstrado na tabela 16, que apenas uma família não freqüentava o Serviço de Saúde. No entanto, entre as 117 crianças/famílias que o faziam, apenas 18 receberam alguma orientação sobre prevenção de acidentes (traumas) com crianças durante os atendimentos.

Tabela 16 – Distribuição das crianças com traumas que freqüentaram o Serviço de Saúde e receberam orientação sobre a prevenção de traumas, GHC-HCR, Porto Alegre, 2002.

Variáveis	n	%
Freqüentou Serviço de Saúde		
sim	117	97,5
não	1	0,8
não respondeu	2	1,7
Recebeu orientação		
sim	18	15,0
não	100	83,3
não respondeu	2	1,7
Total	**120**	**100,0**

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa

As orientações ocorreram em momentos diversificados: nas unidades sanitárias (em palestras sobre cuidados e orientações sobre cuidados e desenvolvimento infantil, ainda em palestras de Campanhas de Vacinação), no momento de internações hospitalares, na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA ou em cursos preparatórios de trabalho, sendo também mencionado ter recebido orientações sobre prevenção de traumas nas consultas médicas, por dois entrevistados.

O programa do Ministério da Saúde (Brasil, 2002a) para a supervisão do Crescimento e Desenvolvimento da Criança, indica orientações preventivas ao trauma físico, conforme o estágio de crescimento e desenvolvimento da criança; porém a sua operaccionalização não foi expressada nas falas dos sujeitos.

Resultados semelhantes quanto à carência de orientações foram encontrados por Souza e Barroso (1999) ao revisar bibliografias sobre acidentes com crianças. Ainda de acordo com essas autoras (1999, p. 108), que enfatizam o papel da enfermeira como educadora na família para prevenção dos traumas infantis, o contexto do trauma,

> (...) inclui todos os níveis de prevenção, como a primária, com programas educativos e medidas de segurança, a secundária, tratando eficazmente e minimizando seqüelas físicas, emocionais e sociais, e a terciária, reabilitando e reintegrando a criança em seus componentes físicos e socioculturais o contexto familiar e na sociedade.

Desta maneira, é preciso refletir sobre os vários momentos em que a enfermeira se encontra diante da criança e sua família e muitas vezes não se dá conta da possibilidade de aproveita-los para uma educação voltada à prevenção do trauma.

Revisando a análise e discussão realizadas no decorrer deste estudo, pode-se verificar que, nas circunstâncias dos traumas, os aspectos sociais, culturais, econômicos, programáticos e individuais interferiram para a sua ocorrência, evidenciando, dessa forma, as vulnerabilidades individuais, familiares/sociais e domiciliares e suas conseqüências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa mostra a importância de revelar a visibilidade dos traumas físicos em crianças de zero a seis anos acontecidos no domicílio. Ao longo do caminho percorrido ao aplicar a epidemiologia, é possível afirmar terem-se obtido subsídios para a caracterização do trauma.

Enfatizou-se a importância de conhecer os seus tipos, suas freqüências, situações e circunstâncias de ocorrência e aspectos de vulnerabilidade envolvidos. O conhecimento produzido, além de demonstrar a seriedade e complexidade desse problema pediátrico, familiar e de saúde pública, contribui para educar a família e indicar onde as ações preventivas são urgentemente necessárias.

As vulnerabilidades individual da criança, família, social e institucional ficaram evidentes neste estudo. Apreendeu-se, através da fundamentação teórica e dos relatos dos sujeitos da pesquisa, que, em relação aos traumas físicos, a prática assistencial junto à criança e à família está predominantemente voltada às prevenções secundárias e terciárias. Cuidou-se mais da criança quando o trauma já havia ocorrido; enquanto que, na realidade, por ser considerado um evento previsível, conforme demonstrado também nos resultados da pesquisa,

deve-se investir incansavelmente antes do trauma acontecer, isto é, na prevenção primária que traz em seus princípios três vertentes básicas de orientações: estratégias passivas de prevenção, instruções específicas e educação individual, reforçada por programas educacionais e comunitários.

A distribuição dos traumas em crianças de zero a seis anos estava associada com os momentos de crescimento, bem como com seu desenvolvimento motor e de maturidade psicossocial. Essas crianças eram, na maioria, oriundas de famílias com dificuldades socioculturais e baixa escolaridade, fatores que contribuem ao aumento da vulnerabilidade familiar e domiciliar. Essa fragilidade, conforme expressa pelos próprios entrevistados, apontou para situações de despreparo de cuidar a criança, o que certamente predispôs essas famílias a comportamentos e modos de vida os quais propiciaram a ocorrência dos traumas físicos domiciliares.

Essa pesquisa também identificou que a freqüência dos traumas ocorria mais entre às 17 e 18 horas, e o dia semanal mais incidente foi o sábado. Pelos depoimentos, constatou-se que essas informações coincidiam com momentos em que a família agregava maior número de pessoas no domicílio, revelando ser necessário preparo e conscientização do cuidador da criança para as medidas e atitudes protetoras, enfatizando a supervisão da criança.

O estudo demonstrou que somente uma criança e sua família não freqüentavam Serviços de Saúde para o atendimento da criança. Contudo, apenas 15,3% das famílias que freqüentavam o serviço de saúde receberam algumas orientações durante o atendimento dos profissionais de saúde sobre prevenção de traumas físicos infantis, evidenciando assim a vulnerabilidade institucional, por não proporcionar resolutividade na prevenção desses traumas.

Desse modo, no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios e outros locais de atendimento à criança e à família, os profissionais de saúde também necessitam preocupar-se com a prevenção dos traumas físicos infantis. Devem ser capazes de desenvolver uma orientação, sobretudo fundamentada nessa proteção requerida, ao exercer atividades assistenciais, como em campanhas educativas, consultas, grupos, ateliê de vivências, atendimentos em comunidades infantis, ambulatórios, domicílios e unidades de internação hospitalar, entre outras. O apoio de manuais educativos ilustracionais se faz necessário frente às evidências das diversas situações.

Vale lembrar que todas essas atividades e esses espaços de atuação estão incluídos na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem como competências do enfermeiro. As perspectivas dessas ações preventivas necessitam incluir os tipos de traumas infantis evidenciados neste estudo e que, devido à severidade do ferimento, necessitaram hospitalizações: queimaduras, quedas, maus-tratos, esmagamento, atropelamento, mordida e patada de animal e ferimento por arma branca.

Entre esses oito tipos de traumas físicos infantis, apresentaram-se, com maior incidência, as quedas e queimaduras, respectivamente 53 e 51 casos, entre as 120 crianças traumatizadas. Essa situação direciona os profissionais de saúde para a educação em saúde à família e à própria criança conforme o seu entendimento, antecipando, nos processos educativos, a orientação sobre situações de vulnerabilidade e perigo para essas ocorrências, situações essas que vêm em acordo com outros estudos referenciados.

Em relação às queimaduras ocorridas, deve-se considerar os relatos dos informantes e o período em que o estudo foi realizado, incluindo meses em que predominaram o frio, o que se constitui fator de grande relevância à sazonalidade. A regionalização devido à cultura e aos

hábitos gaúchos, quanto ao chimarrão e ao churrasco, ficou evidente no contexto das queimaduras. Nesse processo, os adultos atribuíram o trauma físico aos seus descuidos, desproteção do ambiente, participação e acesso inadequado da criança, aspectos esses que não foram encontrados em outros estudos. Esses conhecimentos contribuem para a inclusão dessa abordagem em processos educativos com a família, a fim de serem tomadas medidas protetoras.

Cabe ressaltar também, dentre as quedas ocorridas, as circunstâncias de vulnerabilidade domiciliar e familiar. Quanto aos cuidadores da criança, constataram-se: estresse, sobrecarga e fadiga laboral, tanto pelo trabalho doméstico como pelo trabalho formal, realizado fora ou no próprio domicílio, trabalho infantil doméstico, crianças cuidadoras de seus irmãos menores e ambientes desprovidos de proteções específicas. Neste quadro situa-se também o uso de equipamentos e mobiliário inadequado à proteção requerida para o desenvolvimento na faixa etária da criança.

Na configuração familiar, predominaram famílias do tipo nuclear, seguidas das extensas e monoparentais. A relação entre o cuidador responsável pela criança e quem estava junto com ela no momento do trauma diferiu muito neste estudo. Em 70,0% das crianças, a mãe biológica/social foi enunciada como cuidador responsável, seguindo-se dos avós (10,8%). Porém, no momento do trauma, apenas 24,2% das mães eram as que estavam presentes, seguindo-se dos irmãos (19,2%).

Essa situação traz um grande desafio aos profissionais da saúde, que, numa visão transdisciplinar, necessitam "descobrir" estratégias de como alcançar esses cuidadores a fim de capacitá-los aos cuidados de prevenção ao trauma físico domiciliar à criança de zero a seis anos de idade, pois não sendo os cuidadores responsáveis muitas vezes não estão presentes

nos momentos de atendimento à criança em Serviços de Saúde, quando poderiam receber as orientações específicas de como protegê-la de traumas físicos.

Partindo desse desafio pela afinidade com esse tema e as variáveis estudadas nesta pesquisa, destacam-se, entre outros métodos, as oficinas comunitárias com abordagens de estratégias passivas de prevenção para traumas físicos no domicílio e de proteção à criança, enfocando as especificidades necessárias do seu processo de desenvolvimento como um recurso indispensável para orientar os cuidadores de crianças.

Sugere-se que o ensino e a motivação à prevenção dos traumas infantis não se restrinjam somente às fases de cuidados e aprendizados em que as pessoas já sejam pai e mãe, mas que já se desenvolvam nas primeiras séries do ensino fundamental, ou mesmo na pré-escola, para despertar nas crianças suas responsabilidades a uma vida de hábitos que possam influenciar na qualidade de vida de seu futuro.

A educação em saúde com enfoque preventivo de traumas está incluída em vários momentos e dimensões não só no atendimento primário mas também na recuperação e reabilitação da saúde, pois essa criança e/ou seus familiares, muitas vezes, já sofreram outros traumas físicos, mas reincidem por não terem sido orientadas aos aspectos vulneráveis, próprios da criança e suas necessidades de proteção, o que ficou evidenciado em 29,2% das famílias.

Esse enfoque precisa ser enfatizado ao capacitar profissionais e cuidadores leigos da criança que interagem nos domicílios e nos diferentes ambientes infantis comunitários, pois, estando na base, assim convivendo e constatando as dificuldades socioculturais e econômicas do viver da família, podem conhecer melhor as vulnerabilidades decorrentes desses fatores, os quais colocam em risco a criança ao trauma físico no domicílio.

A constatação de maus-tratos e/ou suspeita de maus-tratos contra doze crianças chama a atenção para esse problema que freqüentemente surge para atendimento nos Serviços de Saúde e que são apenas diagnosticados como traumatismos infantis. Mas para que o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991), no seu artigo 13, seja respeitado, garantindo proteção à criança no Setor Saúde, é importante que o enfermeiro e os demais profissionais identifiquem e notifiquem a situação de maus-tratos ao Conselho Tutelar de sua respectiva comunidade.

O presente estudo reforça a necessidade dos enfermeiros introduzirem e/ou ampliarem a prevenção de traumas físicos em suas atividades assistenciais, pois, pela natureza de seu trabalho, permanecem em contato mais direto com a criança e a família. Têm oportunidades freqüentes de incluir em suas atividades esses aspectos educativos e de se engajarem nos processos do desenvolvimento comunitário, incluindo atendimento à população em áreas de riscos social.

No intuito de se criar uma rede de proteção específica, é necessário sensibilizar os profissionais que atuam com as crianças e suas famílias para que haja um trabalho no qual a promoção da saúde inclua comportamentos de segurança ambiental, mas que também esforços se dêem no sentido de modificações físicas, ambientais e sociais a fim de serem reduzidas as situações de vulnerabilidades.

Também urge a necessidade de um sistema de registros nos ambulatórios e hospitais que dêem conta de expressar a magnitude da freqüência, tipos, circunstâncias e causas dos traumas físicos ocorridos na infância. Nesse sentido, os profissionais de saúde necessitam conhecer e se inserir nas propostas governamentais nos âmbitos federal, estadual e municipal,

nos quais preconiza-se um sistema de protocolos e ações preventivas mais efetivos e unificados.

O Programa Cidade Protetora da Vida, da Prefeitura de Porto Alegre, integrando profissionais multidisciplinares e a própria comunidade, é um processo que inclui todos os esforços em concordância para modificar estruturas, ambiente (físico, social, tecnológico, político, econômico e organizacional), bem como atitudes e comportamentos relativos à segurança. Sua dinâmica e estrutura operacional abrangem também a proteção de traumas infantis. Assim, uma rede setorial protetora deve criar estratégias que promovam a mobilização comunitária e, ainda, medidas educativas como aconselhamento específico de traumas mais freqüentes e severos para os quais haja intervenções efetivas.

Nesta direção pode-se incluir a relevância do papel da mídia. Há necessidade de reverter seus espaços habituais de "transmissores da violência", constituindo-os como uma fonte de informações e conhecimentos de impacto e que, com certeza transformam e criam hábitos dos mais variados.

É requerido, também, que, na área universitária, esse tema de traumas físicos infantis seja incluído nos currículos de todos os profissionais da área da educação e da saúde que integram a assistência à criança e família, constituindo-se uma verdadeira fonte de ação educativa.

Na conjuntura político-educacional, professores e acadêmicos universitários têm que se imbuir da realidade e da fragilidade profissionais, assistenciais e socioculturais para que se transforme o saber acadêmico numa práxis cidadã. Precisam descentralizar o saber compartilhando-o com as bases para que profissionais e cuidadores leigos tenham subsídios e, dessa maneira, possam intervir efetivamente, assim, protegendo as crianças e suas famílias.

Desse modo, há necessidade de aprofundarem e ampliarem pesquisas nessa linha para que se possa identificar e desvelar outras situações de vulnerabilidade que influenciam a ocorrência de traumas físicos aos quais as crianças e suas famílias estão expostos.

Certamente, a diminuição dessas ocorrências está atrelada a uma profunda mudança, cujas banalização e desnaturalização do trauma físico na infância precisam ser trabalhadas em todos os âmbitos, buscando-se uma sensibilização coletiva da responsabilidade social de cada indivíduo e uma conscientização profissional da possibilidade de mudança.

Espera-se que os dados deste estudo possam contribuir para os esforços e ações desejáveis à proteção e promoção da saúde da criança no que se refere à prevenção de traumas físicos e que, devido aos seus sofrimentos e possíveis conseqüências e seqüelas decorrentes, também e constituem-se em traumas emocionais presentes e/ou futuros, interferindo na qualidade de vida das crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. **Oficina de queimaduras.** In: SEMINÁRIO PORTO ALEGRE CIDADE PROTETORA DA VIDA: QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE. Porto Alegre: Fundação Pão dos Pobres, 2002.

ADVANCED LIFE SUPPORT GROUP. **Pre-hospital pediatric life support.** London: BMJ Publishing Group, 1999.

ALGERI, S. **Caracterização de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar.** 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Suporte avançado de vida no trauma**: programa para médicos. Tradução de American College of Surgeons. [s.l]: American College of Surgeons, 1996.

ANDRADE, J. P. et al. Líquido superaquecido: análise de 1858 casos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUEIMADURAS, 3., 2001. Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2001, p. 56.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 2., 1997, Rio de Janeiro. **Programa de Estudos...** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

BACK, H. E. H.; LENTZ, R. A.; SCHMITZ, E. M. R. Acidentes na infância. In: SCHMITZ, E. M. R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 379-91.

BLANK, D. Promoção da segurança da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, J. R. E. **Medicina ambulatorial:** condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 108-14.

BLANK, D.; ECKERT, G. E. **Pediatria ambulatorial:** elementos básicos e promoção da saúde. Porto Alegre: UFRGS, 1990.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Conselho de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (Resolução 196/96). **Diário Oficial da União**, 16 de outubro de 1996.

_____. **Brasil em números**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11, Brasília, 2002a.

_____. **O uso do álcool etílico líquido restringindo seu uso para a apresentação gel (Resolução n. 46/2002).** Brasília: ANVISA, 2002. Disponível em Internet: <http://www.saude.gov.br/noticias/pdf/saude68.pdf>. Acesso em 12 dez. 2002b.

BROILO, E. P. et al. Injúrias físicas não intencionais em crianças: alguns aspectos epidemiológicos. **Revista de Medicina ATM.** Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 117-21, 1994.

CAPUCCI, P. F. In: XAVIER, C. In: VI CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1999, Associação Paulista de Saúde Pública, Águas de Lindóia, 1999. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/tema19.html>. Acesso em 01 mar. 2002.

CARDONA, V. D. et al. **Trauma nursing:** from resuscitation though reabilitation. Philadelphia:Saunders Company, 1994.

CHANDRA, N. C.; et al. **Suporte básico de vida em pediatria.** [S.l.]: American Heart Association, 1997.

CLINCO, O. Fraturas em crianças. In: TASHIRO, M. T. O., MURAYAMA, S. P. G. S. **Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia.** São Paulo: Atheneu, 2001.

CRISTALDO, K. R. S.; DALCIN, V.; WILHELM, R. O. Queimaduras elétricas em crianças – uma observação de 13 casos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUEIMADURAS, 3., 2001, Porto Alegre. **Livro de Resumos...** Porto Alegre: AQ/HPS, 2001. p. 29.

DEL CIAMPO, L. A.; et al. Acidentes por mordeduras de cães na infância. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 34, n. 4, p. 411-12, ago. 2000.

DEL RIO, J. A. N.; et al. Estudo epidemiologico de los accidentes en la infancia: primer registro de trauma pediatrico. **Anales Españoles de Pediatria...** v. 47, n. 4, p. 369-72, 1997.

DEL RIO, J. A. N.; et al. First spanish trauma registry: analysis of 1500 cases. Division of Pediatric Surgery. Hospital Infantil Gregório Marañón. Madrid, Spain. **Eur J Pediatr Surg.** v. 10, p. 310-18, oct., 2000.

DE NEGRI FILHO, A. **Acidentes na infância e na adolescência.** In: SEMINÁRIO PORTO ALEGRE CIDADE PROTETORA DA VIDA-QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE – COMITÊ DA CIDADE PROTETORA DA VIDA. Porto Alegre: Fundação Pão dos Pobres, 2002a. mimeo.

_____. **Fundamentos do projeto de comunidades protetoras da vida ou comunidades seguras.** In: SEMINÁRIO PORTO ALEGRE CIDADE PROTETORA DA VIDA-QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE – COMITÊ DA CIDADE PROTETORA DA VIDA. Porto Alegre: Fundação Pão dos Pobres, 2002b. Anexo.

_____. **Pequenas vidas, grandes saudades.** In: SEMINÁRIO PORTO ALEGRE – CIDADE PROTETORA A VIDA "PELA CONSTRUÇÃO DE UMA CULTURA DE PAZ". Porto Alegre: Associação Médica do Rio Grande do Sul, 2002c.

DESLANDES, S. F. Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública.** São Paulo, v.24, supl. 1, p. 177-87, 1994.

DUNCAN, B; SCHMITD, M. I; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial:** condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

EIDT, O. R.; BIEHL, J. I.; ALGERI, S. Atelier de vivências: um ambiente propício à construção do cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 47-55, 1998.

EIDT, O. R.;CANABARRO, S.T. Acidentes físicos não intencionais : a urgência preventiva no cuidado com famílias. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn/PR, 2001. 1 CD-ROM.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 169-79.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias In: ELSEN, I. et al. **Marcos para prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. p. 61-77.

FARINATTI, F.; BIAZUS, D. B.; LEITE, M. B. **pediatria social à criança maltratada.** Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

FERRAZ, S. T. **Cidades saudáveis:** uma urbanidade para 2000. Brasília: Editora Paralelo 15, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Novo aurélio - século XXI:** o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FILÓCOMO, F. R. F. et al. Estudos dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. **Revista Latino-Americano Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 41-7, jan./fev. 2002.

FLETCHER, R.; FLETCHER, S.; WAGNER, E. **Epidemiologia clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FONSECA, S. S.; et al. Fatores de risco para injurias acidentais em pré-escolares. **Jornal de Pediatria.** São Paulo, v. 78, n. 2, p. 97-104, mar./abr. 2002.

FREITAS, P. E. P.; et al. Traumatismos crânio-encefálicos acidentais em crianças: estudo de 2173 casos. **Revista AMIRGS.** Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 19-23, jan./mar. 1990.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 1997.

HILL, J. S. Queimaduras. In: MARKOVCHICK, V. J.; PONS, P. T.; WOLF, R. E. **Segredos de medicina em urgência - respostas necessárias ao dia-a-dia:** em rounds, na sala de urgência em exames e concursos. Tradução de ZIMMER, L. P.; DILLEMBURG, R. J. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995. p. 504-10.

MIOTO, R. C. T. Famílias hoje:o começo da conversa. **Revista Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 211-19, mai./ago. 1999.

MCNAMARA, R. M. Trauma da coluna e medula vertebral. In: MARKOVCHICK, V. J.; PONS, P. T.; WOLF, R. E. **Segredos de medicina em urgência - respostas necessárias ao dia-a-dia:** em rounds, na sala de urgência em exames e concursos. Tradução de ZIMMER, L. P.; DILLEMBURG, R. J. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995. p. 447-51.

MEDEIROS, A. B.; DIRANI, M. Fraturas e luxações na criança. In: NASI, L. A. **Rotinas em pronto socorro:** politraumatizados e emergências ambulatoriais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 346-63.

OLIVEIRA, Q. E.; BURD, E.; BASSOLS, J. V. Ressuscitação no trauma pediátrico. In: NASI, L. A. **Rotinas em pronto socorro:** politraumatizados e emergências ambulatoriais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 341-45.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PERIN, T. et al. Injúrias na infância. In: BIEHL, J. I.; et al. **Manual de enfermagem em pediatria.** Rio de Janeiro: Medsi, 1992. p. 335-44.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Tradução de Garcez, R. G. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Gabinete do Prefeito. **Ofício circular n° 033/01-GEP.** Porto Alegre. 19 nov. 2001.

ROBERTSON, L. S. Injuries, causes, control strategies and public policy. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Prevención de accidentes y lesiones.** Série PALTEX 29, p. 3, 1993.

ROGERS, J. H.; OSBORN, H. H.; POUSADA, L. **Enfermagem de emergência:** manual prático. Tradução de MAGALHÃES, A. M. M. et al. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SANTOS, B. R. L. **Educação, enfermagem e prática profissional com famílias:** vivências de professores de um curso de graduação. 1996. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1996.

SANTOS, J. M. V. Trauma na criança. In: OLIVEIRA, B. F. M.; PAROLIN, M. K. F.; TEIXEIRA-JÚNIOR, E. V. **Trauma:** atendimento pré-hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001.

SANTOS, R. R. et al. **Manual de socorro de emergência.** São Paulo: Atheneu, 1999.

SOUZA, C. A. C. Traumatismos leves, mas perigosos. **ZERO HORA.** Caderno Vida. Porto Alegre, 15 jun. 2002. p. 6.

SOUZA, L. J. E. X.; BARROSO, M. G.T. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 107-12, jun. 1999.

STEFANE, J. M. J. A Enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil. In: SCHMITZ, E. M.; cols. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo: Atheneu, 1995. p. 1-24.

TRAJANO, L.; COUTINHO, A. L. **Acidentes na infância e na adolescência.** In: SEMINÁRIO PORTO ALEGRE CIDADE PROTETORA DA VIDA-QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE – COMITÊ DA CIDADE PROTETORA DA VIDA. Porto Alegre: Fundação Pão dos Pobres, 2002.

TEPAS III, J. J. Pediatric Trauma. In: FELICIANO, D. V.; MOORE, E. E.; MATTOX, K. L. **Trauma.** 3. ed. Stanford, Connecticut: Ap'leton & Lange, 1995. p. 879-98.

TÜRCK, M. G. M. G. **Rede interna e rede social:** o desafio permanente na teia das relações sociais. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

VALÊNCIA, A. Cidades saudáveis: projeto e movimento. In: Tema 19/Radis/Ensp/Fiocruz/RJ-BR. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/tema19.html>. Acesso em 01 mar. 2002.

XAVIER, C. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1999, Associação Paulista de Saúde Pública, Águas de Lindóia, 1999. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/tema19.html>. Acesso em 01 mar. 2002.

WELANDER G.; SVANSTöM, L.; EKMAN R. **Safety promocion an introduction.** Karolinska Instituted. Department of Health Sciencies – Division of Social Medicine, Norrbacka, Stockholm, Kristianstands Boktryckeri AB, 2000.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção coletiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA

ESTUDO DOS TRAUMAS FÍSICOS
em crianças de zero a seis anos ocorridos em domicílio
PORTO ALEGRE / 2002

Obs: Para melhor compreensão dos responsáveis legais, será usada na entrevista a palavra "acidente" em substituição a "trauma fisico" por recomendação de especialista. O * será utilizado para o nome da criança.

1ª PARTE: ESTUDO DOS TRAUMAS FÍSICOS

1.NOME DO RESPONSÁVEL	ID [_[_[_]
2.ENTREVISTADO: [1]mãe [2]pai [3]avós [4]irmãos [5] outros parentes [6]outros:_____	ENTREV [_]
BLOCO DO ACIDENTE	
3.Me conta, como foi o acidente da criança?	
4.Ocorrência:Quando ocorreu o acidente? Data do acidente: ___/___/___ Horário: [_[_] h Dia da semana:[_]	DATA:__/__/__ HORA: [_[_] DIA: [__]
5.História da busca do atendimento: _____ _____ _____ _____ _____ _____	

6.Onde ocorreu o acidente? [_] cozinha [_] sala [_] banheiro [_] quarto de dormir [_] pátio [_] área de serviço [_] outros lugares_____	ONDE[__]

7.Tinha alguém com a criança no momento do acidente? [_]Não [_]Sim [_] Ambos os pais biológicos [_] Padrasto [_] Pai biológico [_] Pai social [_] Madrasta [_] Mãe biológica [_] Mãe social [_] Irmão [_] Irmã [_] Avô [_] Avó [_] Outros Qual? _____	QUEM[__]
8.Já havia ocorrido outro acidente com esta criança? [_]Não [_]Sim Onde foi atendido?_____ _____ _____	OUTRO[__]
BLOCO DA FAMÍLIA	
9.Quem mora na casa com *?(dorme a maior parte dos dias) Nº Nome Parentesco (criança) Idade 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	TIPO FAMÍLIA[_] TIPO PAIS [__] MEMBROS [__] CRIANÇA [__]

***Marcar com "X" o cuidador e com "O" o entrevistado.**

10.Quem é o responsável pelo cuidado do *?	CUIDADOR [__]
11.Até que série na escola a mãe de * estudou? [_] não tem mãe social	ANOSM [_[_]
12.Ocupação da mãe (mais detalhado possível):	
13.Até que série na escola o pai de * estudou? [_] não tem pai social	ANOSP [_[_]
14.Ocupação do pai (mais detalhado possível):	
15.Até que série na escola o cuidador de * estudou?	ANOSC [_[_]
BLOCO DA MORADIA	
16.Água encanada [1] dentro de casa [2] no terreno [3] não tem	AGUA [__]
17.Sanitário [1] com descarga [2] sem descarga [3] casinha [4]coletivo [5] outros	SANIT [__]
18.Quantos pontos de luz tem a casa? [_[_]	LUZ [_[_]

19.Qual o tipo de construção de moradia? [1] alvenaria [2] mista [3] madeira [4]outros materiais:_____	HABMAT [__]
20.Quantas peças há na casa? (excluir banheiro, corredor, garagem, depósito) [_[_]	PEÇAS [_[_]
21.Onde dormem as pessoas?(quantos quartos) [_[_] peças dormitórios	DORM [_[_]
22.Quais os equipamentos que a família possui? Fogão a gás [1] sim [2] não Carro [1] sim [2] não Fogão a lenha [1] sim [2] não Telefone [1] sim [2] não Geladeira [1] sim [2] não Máquina lavar roupa [1] sim [2] não Televisão [1] sim [2] não	FOGÃOG [_] FOGÃOL [_] GELAD [_] TELEV [_] CARRO [_] TELEF [_] MAQLV [_]
23.A moradia está localizada numa região que possui: Rede de esgoto [1] sim [2] não Rede de água [1] sim [2] não Pavimentação na rua [1] sim [2] não Área verde(de invasão) [1] sim [2] não	 ESGOTO[__] ÁGUA [__] PAVIM [__] AREAV [__]

2^A PARTE: INFORMAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO DE TRAUMAS

24. A criança /família freqüenta algum Serviço de Saúde? [_] não [_]sim Qual?_____ [_[_[_]	SS [_[_[_]
25. 25.Tem carteirinha? [_] não [_] sim	
26.Você já recebeu alguma orientação sobre prevenção de acidentes com crianças durante os atendimentos que recebe nos Serviços de Saúde? [_]não [_]sim Qual? • [_[_] • [_[_] • [_[_]	ORIENT1[_[_] ORIENT2[_[_] ORIENT3[_[_]
27.Outras crianças de sua família que moram no mesmo domicílio já tiveram algum tipo de acidente? [_]sim [_]não Como ocorreu?Quem era a criança?	OUTRA[_]
28. O que você gostaria de ter sabido antes que poderia ter ajudado a evitar o acidente?	EVITA1 [_[_] EVITA2 [_[_] EVITA3 [_[_]

APÊNDICE B1 – RELAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS CONFORME O LOCAL DO ACIDENTE

ESTUDO DOS TRAUMAS FÍSICOS EM CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS OCORRIDOS EM DOMICÍLIO

UNIDADE: TRAUMATOPEDIATRIA **MÊS:**

Nome da criança	Leito	Data de Internação	Local onde ocorreu o acidente				Critério de Inclusão		Obs.:
			Domicílio (marque c/ X)	Escola (marque c/ X)	Rua (marque c/ X)	Outros (descrever)	Sim	Não	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									

APÊNDICE B2 – RELAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS CONFORME O LOCAL DO ACIDENTE

ESTUDO DOS TRAUMAS FÍSICOS EM CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS OCORRIDOS EM DOMICÍLIO

UNIDADE: QUEIMADOS **MÊS:**

Nome da criança	Leito	Data de Internação	Local onde ocorreu o acidente				Critério de Inclusão		Obs.:
			Domicílio (marque c/ X)	Escola (marque c/ X)	Rua (marque c/ X)	Outros (descrever)	Sim	Não	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									

APÊNDICE C – RELAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS CONFORME O LOCAL DO ACIDENTE

ESTUDO DOS TRAUMAS FÍSICOS EM CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS OCORRIDOS EM DOMICÍLIO

CONTROLE DA PESQUISA

Nº série	Nome da criança	Nome do responsável	Prontuário	Andamento					IDENT.
				Aceitas	Termo cons.	Data agend.	Entrevista	Revisão Prontuário	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
20									

APÊNDICE D – PRONTUÁRIO

ESTUDO DOS TRAUMAS FÍSICOS EM CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS OCORRIDOS EM DOMICÍLIO
PORTO ALEGRE / 2002

1. Nome da criança:	NºPRONT [_][_][_][_][_][_][_][_] ID [_][_][_]
2. Data de nascimento:___/___/___	DNASC ___/___/___
3. Sexo: [1] masculino [2] feminino	SEXO [_]
4. Tipo de trauma [1] Queimadura [2] Queda [3] Afogamento [4] Aspiração/inalação [5] Ignorado [6] Maus-tratos [7]Outro	TIPO [_]
5. Descrição da história do trauma [1]não [2]sim	TRAUMA[_]
6. Descrição da lesão	LESÃO [_][_]
7. Registro de suspeita/presença de maus-tratos [1] não [2] sim	MAUST[_]
8. Ingresso no serviço de pronto atendimento Data:___/___/___. Horário:___h. Dia da semana:_____	DATAHOSP __/__/__ HORABX[_] DIASEM [_]
Comentário/Observações:	

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: TRAUMAS FÍSICOS EM CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS OCORRIDOS EM DOMICÍLIO

Obs: Para melhor compreensão dos responsáveis legais das crianças, será usada na entrevista a palavra "acidente" em substituição a "trauma físico" por recomendação de especialista em trauma.

Eu, ... (responsável legal da criança), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito da entrevista que será realizada e esclareci minhas dúvidas. Sabendo que as informações coletadas na entrevista serão utilizadas para elaboração de um trabalho de mestrado em Enfermagem e realização de outros trabalhos. Esta entrevista é importante para conhecer *as circunstâncias familiares e domiciliares no relacionadas ao acontecimento do acidente com a criança* e contribuirá para desenvolver programas educativos com famílias, a fim de evitar esses acidentes com seus filhos.

A Enfermeira Simone Travi Canabarro certificou-me de que todas as informações que darei para esta pesquisa serão confidenciais, e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, em qualquer parte da mesma, sem que isto venha a meu prejuízo ou da criança por que sou responsável, garantindo a continuidade de seu tratamento.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar Simone Travi Canabarro, no telefone 9987.81.37. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo, ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar Dr.Samir Schneid, no Hospital Cristo Redentor, que é assessor da Gerência de Ensino e Pesquisa (Telefone:51-3361.33.66 – Ramal 4192). Declaro que recebi cópia do Termo de Consentimento.

_____ _____

Assinatura do Responsável Legal Nome Data

_____ _____

Assinatura do Pesquisador Nome Data

Este formulário foi lido para _____ (nome do representante legal do paciente) em ___/___/___ (data) pelo _____(nome do pesquisador) enquanto eu estava presente

_____ _____

Assinatura de Testemunha Nome Data

ANEXOS

ANEXO A1 – TERMO DE CONSENTIMENTO DO COODERNADOR DA ÁREA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Eu, Dr. Ladimir Kosciuk, Chefe do Serviço/Responsável pela Área de Centro de Resultados de Ortopedia - Traumatologia, conheço o protocolo de pesquisa desenvolvido por Simone Franco Carnabarro, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

DR. LADIMIR KOSCIUK
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMERS 10226

Assinatura

Nome do Chefe do Serviço

10/12/2007
Data

Enf.ª Rita Iara M. N[illegible]
Assist. Coord. Centro [illegible]
Ortopedia - Traumatologia - [illegible]

DR. LADIMIR KOSCIUK
Coord. C. R. Ortopedia - Traumatologia
Hospital Cidade Redentor S.A.

ANEXO A2 – TERMO DE CONSENTIMENTO DO COODERNADOR DA ÁREA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA UNIDADE DE QUEIMADOS

Eu, Dr. Sérgio Moacyr V. Bouchut Coord. Centro de Resultados Cirurgias - Especializadas - HCR, Chefe do Serviço/Responsável pela Área do _____, conheço o protocolo de pesquisa desenvolvido por SIMONE TRAVI CAVABARRO, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Assinatura | Nome do Chefe do Serviço | Data

21/11/01

Enfª. Eliane de Oliveira Motta
Ass. Coord. Centro de Resultados
Cirurgias Especializadas - HCR

Dr. Sérgio Moacyr V. Bouchut
Coord. Centro de Resultados
Cirurgias Especializadas - HCR

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM HUMANOS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GHC
HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. - CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 - F.341-1300 - Porto Alegre - RS - CEP: 91350-200
HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)
HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. - CNPJ 92.787.126/0001-76 - Rua Domingos Rubbo, 20 - F.361-3366 - Porto Alegre - RS - CEP: 91040-000
HOSPITAL FÊMINA S.A. - CNPJ 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardeiros, 17 - F.311-9898 - Porto Alegre - RS - CEP: 91430-001
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEP - GHC
RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 08 de maio de 2002.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 08/05/2002 analisou o projeto de pesquisa:

Nº 011/02

Título: Traumas físicos com crianças de 0 a 6 anos circunstâncias familiares e domiciliares.

Pesquisador: Simone Trave Canabarro

Este trabalho, bem como o Termo de Consentimento Pós Informado, no aspecto ético e metodológico, por estarem de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96) obtiveram o parecer **APROVADO**. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Projetos de áreas temáticas especiais não podem ser iniciados sem a aprovação da CONEP. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Dr. Mário Roberto Silveira
Coordenador
Comitê de Ética do GHC

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo