

Micila Chielle Beier

**AGRAVOS POR CAUSAS EXTERNAS NA INFÂNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE  
PÚBLICA**

Dissertação a ser apresentada para a conclusão do  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento  
Regional - Mestrado – Universidade de Santa Cruz  
do Sul - UNISC.

Professora Orientadora: Dr<sup>a</sup> Sandra D. Torossian

Santa Cruz do Sul, fevereiro de 2004

## **AGRADECIMENTOS**

Às minhas colegas e amigas, Leni e Fernanda, pelo insubstituível auxílio.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Sandra Torossian, pela parceria e constante presença.

Ao meu marido, Régis, pela paciência e pelo carinho.

Ao meu pequeno João Victor, por entender a minha ausência.

Aos meus amigos queridos que sempre me apoiaram...

*“É preciso voltar brutalmente a atenção para o presente tal como é,  
se se quer transformá-lo”.*

Antonio Gramsci

## **AGRAVOS POR CAUSAS EXTERNAS NA INFÂNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

A idéia de pesquisar o tema “Agravos Externos na Infância” surgiu durante o desenvolvimento das atividades do Projeto Pediatria, na Unidade Pediátrica do Hospital Santa Cruz, em Santa Cruz do Sul/RS, dentre as quais se destacam acompanhamento diário, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, atividades recreativas, consultas de enfermagem e outros. Foram observados índices consideráveis de agravos (acidentes, maus tratos, negligências, abusos...) sofridos pelas crianças de 0 a 12 anos, o que despertou o interesse pelo problema, demonstrando ser fato preocupante no que se refere à saúde, à segurança e ao bem estar da criança. Muitos casos, provavelmente, acabam não saindo do lar ou do serviço de saúde próximo à residência da criança e passam despercebidos. Mesmo assim, após a observação dos casos de internação no Hospital Santa Cruz, constatamos que muitas famílias procuram atendimento após o agravo pela gravidade dos mesmos. Além dessa observação, percebeu-se a necessidade de realizar uma investigação qualitativa sobre esses eventos para que um trabalho de educação, prevenção e discussão acerca do assunto possa ser realizado, tanto com famílias, com profissionais da saúde, quanto com instituições e órgãos públicos envolvidos na atenção à criança. Por isso, o objetivo geral desta pesquisa é analisar questões relacionadas à clientela hospitalizada por agravos externos na infância, enfocando aspectos sociais, familiares e assistenciais, que possibilitem uma reflexão sobre a saúde da criança, propondo-se a levantar dados para subsidiar ações educativas e assistenciais. O desejo de trabalhar com crianças, aliado ao interesse pelas perspectivas de prevenção, são as principais características deste estudo, pois a realização deste projeto representa uma estratégia de desenvolvimento regional, já que focaliza a saúde da criança e a redução de uma das principais causas de mortalidade infantil que são os agravos externos. Outro fator relevante foi o local escolhido para a realização deste projeto, caracterizado por uma instituição hospitalar-pólo, de referência regional.

UNITERMOS: Agravos por causas externas na infância; atenção à saúde da criança; educação e saúde.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I – APRESENTAÇÃO .....	7
1.1 Introdução .....	7
1.2 Questões norteadoras do trabalho .....	13
1.3 Apresentando os objetivos da pesquisa .....	14
1.3.1 Objetivo geral .....	14
1.3.2 Objetivos específicos .....	15
1.4 Contextualizando os agravos externos na infância .....	15
 CAPÍTULO II – CARACTERIZANDO A PESQUISA .....	 33
2.1 Metodologia .....	33
2.2 Os sujeitos da pesquisa .....	37
2.3 Coleta de dados .....	38
2.4 Análise dos dados .....	40
 CAPÍTULO III – RESULTADOS DA PESQUISA .....	 58
3.1 O perfil das crianças em 2002 .....	58
3.2 O perfil das famílias em 2003 .....	64
3.3 Os sentidos produzidos pelos familiares .....	
 3.4 Os sentidos produzidos pela equipe de saúde .....	 75
 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	 82
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	 90
 ANEXOS .....	 95
ANEXO A - O roteiro das entrevistas .....	96
ANEXO B - Os mapas de associação de idéias .....	99
ANEXO C - As árvores de associação .....	167
ANEXO D - Os resumos das entrevistas .....	178

## **CAPÍTULO I – APRESENTAÇÃO**

### **1.1 Introdução**

A idéia de pesquisar o tema “Agravos Externos na Infância” surgiu durante o desenvolvimento de atividades de extensão na Unidade Pediátrica do Hospital Santa Cruz, em Santa Cruz do Sul/RS, dentre as quais se destacam: acompanhamento diário às crianças internadas, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, atividades recreativas,

consultas de enfermagem, busca de dados e outros. O Projeto de Extensão, Projeto Pediatria, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, implantado em março de 2000, inspira-se em um conceito de assistência centrada na criança e em sua família, assumindo características diferenciadas que modificam o papel da Enfermagem. Durante o desenvolvimento dessas atividades, foram observados índices consideráveis de agravos (acidentes, maus tratos, negligências, abusos...) sofridos pelas crianças de 0 a 12 anos, o que despertou o interesse pelo problema, demonstrando ser fato preocupante no que se refere à saúde, à segurança e ao bem estar da criança.

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1996), podem ser considerados agravos externos os seguintes itens: acidentes automobilísticos, traumas diversos causados por quedas, contato com máquinas, objetos perfuro-cortantes e armas de fogo, penetração de corpo estranho através de um orifício natural, queimaduras e corrosões, picadas de animais peçonhentos, síndrome de maus-tratos (agressão, negligência, abuso sexual e psicológico), efeitos do frio (congelamento), afogamentos, choque elétrico, queimaduras (solares, elétricas, por substância ou contato com objeto quente), intoxicações (medicamentos, drogas, substâncias biológicas e de origens diversas não medicinais) entre outros, sendo estes os de maior incidência entre as crianças.

Numa investigação inicial, realizada durante o trabalho de extensão, no período de junho a dezembro de 2001 detectou-se que, de 1.574 crianças internadas na Unidade Pediátrica do Hospital Santa Cruz 104 (6,6%) apresentavam como motivo de hospitalização os agravos por causas externas. O agravo de maior incidência eram politraumas (fraturas e traumatismo cranioencefálico, 44%); em segundo lugar, as contusões e escoriações (26%); em terceiro lugar, as intoxicações (10%); em quarto lugar, a aspiração de corpo estranho (7%); em

quinto, lugar lesões por cortes e esmagamentos (5%) e, por último, mordedura de animais e queimaduras (4%).

Na história que vem sendo construída na realização da proposta, há um pressuposto de que a intersecção entre o conhecimento científico e a realidade de saúde encontradas na prática assistencial requerem um novo estatuto de cuidado em saúde, além de um entendimento mais profundo sobre os laços que unem o conhecimento científico, as inovações do cuidado humano e as mudanças sociais. É preciso indicar a superação de obstáculos para a consolidação de projetos que concebam e valorizem a saúde como uma prioridade matricialmente integrada e pré-requisitos de sustentabilidade e de desenvolvimento regional.

Valendo-se dessa compreensão, o Projeto Pediatria vem se orientando e estabelecendo recortes temáticos, produzidos pelo balanço entre a experiência acadêmica de ensinar em saúde e a vivência da prática assistencial, e sugerindo a construção de um conceito de interdisciplinaridade que minimize riscos de interpretação sob a forma de simplificações e racionalizações típicas do receituário, por vezes demasiadamente teórico.

Dessa forma, a presente pesquisa está articulada e embasada nas ações do Projeto de Extensão Pediatria, em desenvolvimento. Assim, também, o ensino de graduação é um dos elementos de integração, a partir das ações do projeto de extensão e da análise dos dados coletados por este projeto de pesquisa. É importante salientar que o tema pesquisado surgiu de observações de casos de crianças internadas e de atividades desenvolvidas no projeto de extensão e está inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta levanta dados e subsidia questões que promovem os princípios de ação do SUS com equidade, integralidade e universalidade.



O desejo de trabalhar com crianças, aliado ao interesse pelas perspectivas de prevenção, são as principais características deste estudo, pois a realização desta pesquisa representa uma estratégia de desenvolvimento regional, já que focaliza a saúde da criança e a redução de uma das principais causas de mortalidade infantil que são os agravos externos. Outro fator relevante foi o local escolhido para a realização deste projeto, caracterizado por uma instituição hospitalar-pólo, de referência regional, e o Serviço Integrado de Saúde (SIS), da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como um serviço de referência para encaminhamentos à assistência de saúde por equipe interdisciplinar.

Assim, o Serviço Integrado de Saúde (SIS), inserido na comunidade como um serviço de referência no atendimento da saúde da criança e da família, tem procurado integrar-se aos demais serviços da rede pública municipal no que se refere à atenção à criança acometida por agravos por causas externas.

A pesquisa sobre “Agravos Externos na Infância”, desenvolvida por profissionais da saúde, docentes e acadêmicos, visa refletir sobre essa realidade e subsidiar com dados, idéias, discussões e chamamentos os demais segmentos da comunidade envolvidos na atenção à criança e à família.

A intenção desta pesquisa é sensibilizar e mobilizar a sociedade para o desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais, através da efetivação de uma rede de apoio, pois na experiência dos pesquisadores têm sido desenvolvidas ações pelos serviços de saúde, porém de forma isolada.

Sloan (1996) considera a hospitalização como um momento pedagógico, mesmo que às vezes desnecessário e doloroso, mas um excelente motivador para a esperança de “ficar

bom”, “curar-se”, “voltar a trabalhar” (...), o que pode significar que risco e responsabilidade compartilhados podem, a longo prazo, mudar estilos de vida e transformá-los em hábitos saudáveis. Os indicadores detectados, traduzidos nas diversas internações pediátricas, são caracterizados pela divisão estanque, entre a assistência hospitalar desvinculada de abrangência comunitária. Alguns motivos de internação infantil são concebidos como passíveis de serem tratados em um referencial de educação em saúde e anunciam a possibilidade de serem instrumentos ampliados na maneira de desenvolver ações de atenção à saúde da criança.

Muitos casos de agravos, provavelmente, acabam não saindo do lar ou do serviço de saúde pública próximo à residência da criança e passam despercebidos. Mesmo assim, após a observação dos casos de internação no Hospital Santa Cruz, constatamos que muitas famílias procuram atendimento após o agravo pela gravidade dos mesmos. Além dessa observação, percebeu-se a necessidade de elaborar uma investigação sobre esses eventos para que um trabalho de educação, prevenção e discussão acerca do assunto possa ser realizado, tanto com famílias, com profissionais médicos e enfermeiros, quanto com instituições e órgãos públicos envolvidos na atenção à criança.

Assim, este estudo sobre “Agravos Externos na Infância” teve sua origem em outubro de 2001. Em março de 2002 recebeu o incentivo do Programa de Apoio à Implantação de Grupos de Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (PROGRUPE), inserido em um projeto de pesquisa em serviços: “Atenção integral à saúde em unidade básica de serviço universitário: articulação, ensino, pesquisa e extensão como estratégia visando à consolidação de um programa permanente de pesquisa em saúde e à busca de um modelo assistencial com ênfase na promoção à saúde e à prevenção”.

Tendências atuais apontam que cada vez mais a prevenção e a recuperação da saúde necessitam além de políticas de saúde adequadas, de organizações de saúde eficientes e de práticas de atendimento estratégicas na concepção de cuidado, que valorizem saberes e habilidades tanto empíricas quanto profissionais. Partindo dessa perspectiva, o Curso de Enfermagem da UNISC e o Projeto Pediatria, em sua concepção nuclear e desde sua criação, têm se orientado pelo compromisso com a formação de profissionais críticos e comprometidos com a realidade sócio-político-econômica regional. Esse compromisso tem guiado o ensino do cuidado profissional contextualizado, em que clientes e cuidadores reconhecem a influência do ambiente e os papéis do ser cuidado e do cuidador.

Diante desses pressupostos, a assistência à criança hospitalizada assume características diferenciadas dos outros modelos apenas curativos, no sentido de incluir, além do atendimento ao cliente hospitalizado, problemas, interesses, potencialidades, expectativas de toda a família no cuidado à saúde. Dessa maneira, modifica-se também o papel da Enfermagem que, além de executar técnicas e procedimentos que ajudam na recuperação da criança, inclui aspectos de assessoramento às famílias em suas dúvidas, acompanhamento domiciliar e encaminhamentos a serviços especializados (Psicologia, Conselho Tutelar, Odontologia, entre outros).

A abordagem que orienta este trabalho desde o seu início é a da assistência de enfermagem centrada na criança e em sua família, que tem referência em estudos teóricos importantes da Enfermagem, principalmente as de orientação interacionista, como: teorias de Leininger & King em George (1993), mas sobretudo na proposta de sistematização do cuidado apresentado por Horta (1976) e adaptada por Elsen & Patrício (1995).

A escolha pela abordagem centrada na criança e em sua família se deve a alguns pressupostos pessoais e profissionais, tais como:

- a família é considerada a unidade básica, onde a criança recebe e aprende os cuidados de promoção da saúde e de prevenção de doenças e de primeiros atendimentos curativos;
- a criança é considerada como um ser, cujas condições de saúde física, mental e social estão diretamente relacionadas com as características da família e da comunidade onde vive. assim, a família é, nesse marco, vista em suas relações com seu contexto físico, socioeconômico, cultural e espiritual;
- a reflexão problematizadora e coletiva dos profissionais que assistem a criança hospitalizada é necessária, na busca de compreensão e transformação dessa assistência;
- as instituições de saúde e de educação são co-responsáveis pela política de preparação e formação adequada dos profissionais; e
- trabalhos dessa natureza podem responder concretamente à situação atual e apresentar novas formas de favorecer impacto sobre a realidade em transformação.

Sendo assim, este trabalho tem uma perspectiva de suma importância, pois enfoca a prevenção e a educação em saúde e vislumbra uma efetiva relação interinstitucional para potencializar parcerias que possam fazer diferenças na atenção à saúde das crianças, bem como a de seus familiares.

## **1.2 Questões norteadoras do trabalho**

Uma epidemia de agravos externos na infância se desenvolve no país, escondida pela falta de registros e pelo silêncio da população. A violência contra a criança, que se manifesta por meio de maus tratos, negligência, abandono, abuso sexual, acidentes e agressões, pode, em muitos casos, levar à morte. Segundo dados do Ministério da Saúde (1999), na faixa etária dos 5 aos 19 anos as causas externas ocupam o primeiro lugar no índice de mortalidade geral (59%).

Diante desses fatos, esta pesquisa, num primeiro momento (de julho a dezembro de 2002), buscou saber quais as causas desses agravos e em que tipo de ambiente familiar eles mais ocorrem, através de um levantamento de dados quantitativo baseado nos prontuários das crianças internadas, conforme apresentação no item 3.1 do capítulo III deste trabalho. Num segundo momento, em 2003, investigou-se, através de entrevistas, qual o significado desses acontecimentos para a vida familiar e como são tratados durante a internação hospitalar pela equipe de saúde, e como foi traçado o perfil dessas famílias através de dados obtidos nos prontuários e nas entrevistas, apresentados nos itens 3.2 e 3.3 do capítulo III. Assim, questões e informações que foram discutidas e aprofundadas no decorrer deste estudo estão sendo apresentadas neste trabalho.

### **1.3 Apresentando os objetivos da pesquisa**

#### **1.3.1 Objetivo geral**

Investigar os agravos externos na infância, enfocando aspectos sociais, familiares e assistenciais que possibilitem uma reflexão sobre a saúde da criança.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- identificar a frequência, os tipos e as causas de agravos por causas externas com crianças internadas em hospital de médio porte de Santa Cruz do Sul;
- conhecer o perfil das famílias das crianças que sofrem esses agravos na infância e são atendidas nesse serviço de saúde;
- investigar como as famílias percebem e lidam com as questões que envolvem esses agravos;
- analisar a percepção da equipe multidisciplinar sobre sua atuação no atendimento à saúde da criança, proporcionando subsídios para a qualificação da assistência; e
- sistematizar um conjunto de ações e observações sobre os agravos externos na infância, com a intenção de proporcionar subsídios para a formulação de políticas públicas, visando ao desenvolvimento regional.

### **1.4 Contextualizando os agravos externos na infância**

No Brasil, as causas externas, os acidentes e a violência vêm ocupando o terceiro lugar entre as causas de morte, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), sendo que a morbidade se apresenta com expressão 200 a 400 vezes mais elevada que a mortalidade. Portanto, como afirma Minayo (1992, p. 257), “exige-se uma visão interdisciplinar que integre uma análise sócio-econômica-política e cultural com os aspectos médico-legal-epidemiológicos e com estudos de caráter psicoanalíticos”, principalmente ao se constatar que grande parte dos acidentes não acontece ao acaso, mas pode ser controlável e previsível. As causas externas foram responsáveis por 45% das mortes de crianças na faixa etária de 5 a 9 anos de idade em nosso país, no ano de 1994, tendo as condições ambientais como um impacto poderoso no comportamento infantil em que uma das principais ameaças são os acidentes na infância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 22).

As crianças, em geral, apresentam maior susceptibilidade de sofrerem agravos à saúde por causas externas. Provavelmente, esse fator está relacionado à fragilidade corpórea, à ausência ou à dificuldade de percepção em relação aos riscos que correm e à necessidade de descobertas, habilidades e capacidades de seu mundo infantil.

No Brasil Colonial, segundo Guerra (2001), os castigos e as ameaças impostos às crianças foram introduzidos pelos primeiros padres da Companhia de Jesus, em 1549, sendo que muitos se admiravam a respeito da educação recebida pelas crianças indígenas, em que nenhum gênero de castigo era aplicado aos filhos. As crianças eram obedientíssimas a seu pai e sua mãe, todos muito amáveis e aprazíveis, o que nos leva a refletir seriamente sobre a origem dos costumes e sobre as conseqüências deles para as gerações futuras.

Na década de 1980, iniciou-se no Brasil uma luta de questionamentos sobre a “Política Nacional de Bem-Estar do Menor” e sobre o “Código de Menores”, enquanto

ordenamentos do regime autoritário. Ao lado disso, ampliam-se as denúncias sobre a gravíssima situação enfrentada pela infância brasileira, bem como sobre a constante violação de seus direitos. Azevedo e Guerra (2000) referem que esse período afigura-se como de fundamental importância na luta para a garantia dos direitos da infância e da adolescência, aproveitando a mudança da Constituição. Trava-se, então, intensa luta na Assembléia Nacional Constituinte, através da sedimentação dos direitos da infância e da adolescência no artigo 227 de nossa atual Constituição: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão”.

Para Miranda e Ferriani (2001), quando analisamos as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da criança, não podemos deixar de analisar a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Quando pesquisamos em documentos e na literatura produzida sobre a infância empobrecida no Brasil, revelamos que o tratamento dispensado às crianças e aos adolescentes, desde a colonização, tem sido repressivo e discriminatório.

Gabel (1997) salienta que a Constituição Federal ampliou de forma considerável a competência e as responsabilidades das cidades e da comunidade, restringindo o papel da União. Os municípios passaram a ser responsáveis pela organização e manutenção dos serviços básicos nas áreas da saúde, educação e assistência social. A municipalização é uma forma de ampliar a democratização da sociedade brasileira porque descentraliza as decisões e permite a participação ativa da comunidade nos planos e gastos locais. Decorre daí o entendimento do ECA de que cabe aos municípios a coordenação local e a execução direta das



políticas e dos programas destinados à infância e adolescência, em parceria com as entidades não-governamentais. E para isso, estabelece o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente como o fórum de discussão e de formulação da política social, numa co-responsabilidade dos poderes públicos e da sociedade civil. Para cumprir suas diretrizes, o Conselho de Direitos deve ser paritário, autônomo e apartidário.

Com isso, crianças e adolescentes passaram a ser um desafio para a comunidade. Gabel (1997) afirma tratar-se de um grande passo. No entanto, 14 anos depois da criação do ECA, há muito por fazer. O processo de implantação do Estatuto varia bastante no país. O Conselho de Direitos e o Conselho Tutelar, base de seu funcionamento, foram regulamentados em muitas cidades e estão em pleno funcionamento. Porém, outros municípios têm tido dificuldades para definir os Conselhos locais e, até mesmo, para passar da lei à ação.

Hoje podemos dizer que a infância recebe grande parte da atenção da sociedade. Parece que percebemos a importância da vivência da criança e o quanto essa fase da vida é significativa na vida do indivíduo. Assim, diferentes segmentos da sociedade organizam-se para promover a saúde e o bem-estar da criança, embora saibamos que ainda não é o suficiente. O ECA instituiu mudanças substanciais no tratamento que o Estado dispensava às crianças e aos adolescentes empobrecidos. A principal delas é a alteração do enfoque da situação irregular para o de proteção integral. Quem está em situação irregular não são as crianças pobres, mas as condições de pobreza em que elas vivem ou sobrevivem.

Assim, existe o entendimento de que a criança é alguém que possui necessidades físicas, sociais e emocionais que precisam ser atendidas para que seu desenvolvimento ocorra de maneira adequada. Porém, ainda assim a atenção à saúde e ao bem estar da criança no Brasil deixam muito a desejar. Como mencionado, destacamos aqui a problemática dos

“Agravos na Infância” que representam importante causa de morbimortalidade infantil e constituem grande problema de saúde pública da atualidade e que podem ser originados de diversas causas, inclusive de negligências, agressões e maus-tratos mascarados como acidentes. Experiências têm demonstrado que um número significativo de casos ambulatoriais e hospitalares tratados inicialmente como acidentes, nem sempre ocorrem sob essa forma.

O poder público e a sociedade brasileira explicitam que é necessário proteger as crianças para assegurar a elas um futuro promissor. Para tanto, instrumentos como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Declaração dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1959, configuram um suporte filosófico e legal para orientar a sociedade e o Estado.

O ECA, em seu artigo 4º, define que: “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar comunitária”. Fica claro no artigo 70 que “é dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança”. Mas, apesar da clareza da lei, experiências têm demonstrado a existência de uma grande lacuna entre o plano das idéias e a prática.

As ações destinadas à criança e ao adolescente, segundo Gabel (1997), são organizadas em quatro níveis no Estatuto e obedecem à seguinte hierarquia:

- Política Social Básica, considerada direito de todos e dever do Estado, como saúde, educação, esporte, lazer.

- Políticas Assistenciais, voltadas às pessoas necessitadas, como complementação alimentar e abrigo.
- Política de Proteção Especial, dirigida a pessoas e grupos que se encontram em situação de risco social e pessoal, como, por exemplo, criança vítima de maus-tratos.
- -Garantia de direitos, ações que visam garantir o cumprimento de direitos assegurados na Constituição e no ECA, como, por exemplo, a implantação de Centros de Defesa dos Direitos da Criança.

Para Jukemura (2000), a mortalidade geral tende à diminuição, mas, quando voltamos nossas atenções a crianças atingidas por acidentes, notamos que a mortalidade pouco se modificou, chegando a estar relativamente em ascensão.

Embora a preocupação seja grande, as ações na prevenção dos acidentes na infância são minoritárias tendo-se poucas notícias de programas com esse objetivo. A última campanha visando à redução geral de acidentes, realizou-se em 1999, e, em 2003, acompanhamos a campanha da Rede Brasil Sul de Televisão (RBS TV), através de diversos meios de comunicação, destinada à redução de maus tratos e de negligências contra a criança. Mesmo assim, percebemos diversos estudos sobre acidentes na infância. Contudo, em sua maioria, o enfoque é para determinados tipos de acidentes, definindo apenas características epidemiológicas, demonstrando poucas referências de atenção geral à saúde da criança e às demais implicações familiares e afetivas, bem como aos diversos problemas de origem social e cultural que muitas vezes permeiam as histórias de acidentes.

Segundo o Ministério da Educação e Cultura (1980), são vários os fatores que influenciam na ocorrência de acidentes, sendo resultado de várias causas simultâneas,

podendo ser motivados, psicologicamente, devido a desvios de conduta e pelo ambiente familiar desajustado, ou ainda com distúrbios e patologias mentais. O grau de exposição a riscos de acidentes e a fatores sociais, econômicos e culturais influi sobre a incidência dos acidentes, o que vem a apontar as famílias de classes sociais mais baixas como as mais freqüentes vítimas. É preciso não esquecer que essas não são as únicas características para deduzir que uma criança venha a ser vítima mais freqüente de acidentes, sendo que estas somente indicam a possibilidade de aumento na probabilidade de a criança se acidentar.

O Ministério da Saúde (2001) ressalta que a criança sadia está sempre em movimento, apresentando extrema curiosidade a novas descobertas, sem ter a percepção do risco iminente a que está exposta. O chamado conhecimento atávico, código básico de sobrevivência, conhecimento nato presente na maioria dos animais, não faz parte das funções congênitas do ser humano. Nascermos sabendo quase nada e podemos aprender quase tudo. No decorrer do crescimento temos a capacidade de aprender, em constante evolução com o mundo que nos rodeia, mas isso ocorre aos poucos. Assim, a criança necessita de proteção permanente nos primeiros anos, uma vez que não domina seu próprio ambiente.

Jukemura (2000) nos coloca que, embora os acidentes sejam freqüentemente considerados parte inevitável da experiência de vida das crianças, tem sido demonstrado que os acidentes têm características epidemiológicas próprias, variando de acordo com a população estudada.

O Ministério da Saúde (2001) esclarece que se observarmos o ambiente urbano e a moradia típica desse meio, mesmo que de maneira superficial, veremos o tráfego intenso de veículos nas ruas, os apartamentos em andares altos e as habitações construídas para adultos, encerrando uma série de equipamentos extremamente perigosos para as crianças pequenas: as

portas que prendem dedos, as janelas que abrem para precipícios, os móveis que podem tornar-se armadilhas ao pequeno curioso, as banheiras afogantes, a cozinha onde alguém pode se cortar e se queimar, e os quase inevitáveis produtos químicos venenosos, medicamentos, entre outras tantas condições perigosas. O ambiente doméstico, na verdade, é hostil aos pequenos habitantes e, somente sob a proteção atenta dos pais, podem-se evitar acidentes graves. A criança pequena, ignorando esses perigos, entregue a si própria, certamente não sobreviveria ao seu próprio lar.

A falta de informação, os descuidos e as negligências dos pais ou responsáveis vêm a ser um importante fator que permite a exposição das crianças aos acidentes em seu próprio ambiente. Segundo Schwartzman (1983), a casa com escadas, rampas, elevadores, portas, janelas, gás combustível, instalações elétricas é uma verdadeira armadilha para quem não tem noção do perigo que corre. Armas de fogo, agentes de limpeza, adesivos, produtos de higiene, inseticidas, medicamentos e inclusive brinquedos, quando inadequados, fornecem risco à criança. É importante lembrar da criança enquanto pedestre ou passageiro, pois um número significativo de acidentes ocorre durante brincadeiras e passeios na rua.

Apropriadamente, o Ministério da Educação e Cultura (1980) explica que os acidentes podem ser classificados conforme o agente causador que provoca lesões no indivíduo. Assim, poderíamos ter vários tipos de acidentes, cujos agentes lesionantes poderiam ser mecânicos (causados por objetos cortantes, contundentes ou perfurantes, por veículos, corpos estranhos, mordeduras de animais, etc.); químicos (intoxicações, queimaduras, etc.); elétricos (choque elétrico, queimaduras); caloríficos (queimaduras); e assim por diante. Esse sistema de classificação permite estudar os acidentes como se fossem doenças, isto é, compará-los às enfermidades quanto a um “agente lesionante” e a um “hóspede” susceptível.

As principais causas de acidentes na infância, de acordo com o informativo do Hospital Albert Einstein de São Paulo (2000), são automóveis, afogamentos, intoxicações, aspirações de corpo estranho, cortes, queimaduras, quedas, homicídios, suicídios e outros. Os acidentes podem ser evitados se considerarmos as características físicas e psicológicas da criança e as características do ambiente. A maioria dos acidentes na infância pode ser prevenida, embora ainda seja grande o número de mortes ou sofrimentos causados por eles. Não importa a idade das crianças, mas devido ao seu alto grau de curiosidade e à necessidade de testar as capacidades e habilidades conquistadas que fazem parte do seu crescimento, elas acabam sendo vítimas de objetos e circunstâncias do dia-a-dia.

Para Jukemura (2000), o mecanismo de ocorrência do acidente varia de acordo com a população estudada. Os acidentes na infância, em sua maioria, ocorrem dentro dos próprios lares, ou seja, são acidentes domiciliares.

Bates (1978) manifesta que algumas crianças têm propensão a acidentes ou sofrem mortes súbitas com esse nome, já que raramente uma criança comete suicídio. Há algumas crianças que freqüentemente correm perigo de uma maneira repetitiva, apesar dos conselhos e das punições. Tal comportamento pode bem ser equivalente a um suicídio. Um pedido de ajuda deve ser considerado, encaminhando-se o caso para uma revisão adequada da situação da criança e de sua família. Por outro lado, a avaliação de sua etiologia que, geralmente é indeterminada, não está dentro do alcance e nem é apropriada ao serviço de emergência.

A criança e sua família após o acidente chegam ao serviço de emergência em um estado de crise, com suas capacidades de controle esgotadas. Suas expectativas são confusas: esperam pelo melhor, isto é, a “cura” rápida e completa para a situação, mas temem o pior: os defeitos e as incapacidades irreversíveis. Procuram apoio, conforto moral e tratamento,

esperando receber ambos. As reações de uma criança ao trauma ou a uma situação de crise dependem de dois fatores: a realidade em geral - a dor, a evidência da lesão, o desconforto físico e das fantasias - e o pensamento de que a lesão é uma punição por desobediência, pensamentos e ações proibidos e uma retribuição mágica para um comportamento considerado inaceitável. O grau de reação está relacionado com a idade e a capacidade de compreensão. Sem considerar a realidade, muitos pais sentirão que a responsabilidade da doença ou do trauma sofrido por seu filho cabe a eles. Embora possam ter avisado a criança sobre o perigo que ela ignora, podem ligar isso a outros exemplos de sua capacidade para ouvir e se comportar. Então estarão preparados para culpar-se a si mesmos, ou esperando até serem culpados. Assim, muitas vezes a tendência à proteção demasiada torna-se acentuada ou há sentimentos de rejeição, assim como a preocupação com o tratamento da criança (GRANT, 1976).

Bates (1978) afirma que o fenômeno da agressão às crianças é conhecido desde o começo dos tempos. Os filósofos antigos batiam em seus alunos e as crianças eram mortas em sacrifícios rituais para os deuses da China e da Índia. Os lactentes eram abandonados durante as Cruzadas e na era da Revolução Industrial, as crianças apanhavam e eram tratadas como escravos. Apesar dessa triste história, somente na década passada a negligência e a agressão à criança foram reconhecidas como um dos maiores problemas médico-legais. Mas nós ainda permitimos às crianças desamparadas que sejam agredidas, pelo fato de não aceitarmos que a “Síndrome da Criança Agredida”, que são aqueles casos em que a criança é agredida constantemente, sendo muitas vezes levada aos serviços de saúde pela gravidade dos ferimentos, vem a ser um dos problemas mais perturbadores em nossa comunidade.

Conforme Motta (1999), o abuso e o maltrato de crianças não são problemas novos. A criança começou a ser cuidada e tratada como SER CRIANÇA no início do século XX, sendo

olhada com maior atenção a partir do estudo e da criação das especialidades de Puericultura e de Pediatria.

Motta (1999) ressalta que todas as sociedades manifestam a importância da família nesses casos. No entanto, isso não significa que historicamente essa instituição tenha se organizado sob os princípios fundamentais de respeito à pessoa humana. A família, além de todas as suas funções, tem sido o espaço hierárquico de subordinação, violência e negligência intrafamiliar, gerando sofrimento aos seus membros, particularmente a mulheres e crianças, que são os mais vulneráveis. É importante que a família assuma o papel de agente primário socializador, pois é no núcleo familiar que a criança aprende a viver, amar, tolerar frustrações, defender-se, lutar, competir, acreditar e sobreviver. A família é responsável pelo comportamento da criança e, no seu contexto, é que se inicia a caridade ou a violência.

Para Bates (1978), a frequência de registros de crianças maltratadas varia por uma multiplicidade de razões. Portanto, a frequência verdadeira, provavelmente nunca será conhecida. Os maiores fatores para a deficiência nos registros são a ignorância, o desejo de não-envolvimento e a ambigüidade de definição. O acentuado aumento de registros de crianças agredidas ou negligenciadas nos últimos tempos atesta que ainda há uma falta geral de apreciação desse problema.

Grant (1978) revela que a atenção a essa situação potencialmente letal teve aumento nos últimos anos. Isso ocorre mais frequentemente em famílias desorganizadas, em que os pais tiveram experiências semelhantes em sua infância e sentem-se inadequados para lidar com seus filhos.



Jungblut (1999) propõe que a enfermagem colabore com a ruptura, na instância profissional, do ciclo de violência contra a criança. A autora sugere que para romper esse ciclo é preciso tornar-se consciente de sua existência. De modo geral, os profissionais não reproduzem violência de forma consciente e deliberada, mas precisam refletir sobre sua prática para perceberem a dimensão de seus atos e o seu grau de comprometimento com o objetivo de suas atividades. Através do ensino, da reflexão teórica e da conscientização da prática do profissional de enfermagem frente às crianças e a suas famílias, torna-se possível auxiliar para que se recuperem das situações de violência vividas.

Segundo Jukemura (2000), é evidente que toda a sociedade é responsável pela prevenção dos agravos por causas externas, prevenção esta que deve ser planejada, com análise dos fatores antes, durante e após o evento. Um adequado entendimento e estudo da epidemiologia desses agravos na infância são essenciais na elaboração de estratégias de prevenção, tendo em vista a relevância deste estudo ao colaborar com ações nesse sentido para a realidade regional.

Contudo, a abordagem sobre a prevenção de agravos por causas externas por profissionais da saúde ainda é pouco valorizada, se considerarmos os danos emocionais que isso acarreta. Devido à sua importância, cabe à equipe de saúde a educação dos indivíduos para transformar os acidentes em ocorrências preveníveis e evitáveis.

No que diz respeito aos registros de dados e aos sistemas de informações sobre os agravos por causas externas na infância, Jukemura (2000) esclarece que no Brasil, os estudos realizados têm muita dificuldade na obtenção de dados epidemiológicos.

Os registros contêm dados reduzidos e insuficientes, em que os agravos por causas externas são registrados de maneira ampla, não se detendo na infância. A saúde da criança dispõe de pouca atenção especializada. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a última Campanha Nacional de Prevenção Geral de Acidentes foi realizada no ano de 1999, sendo que o informativo “SIASUS” traz dados da mortalidade em acidentes de modo geral, envolvendo adultos e crianças.

Cunha (1999) constata que as dificuldades encontradas pelo profissional de saúde em atender e notificar os casos de negligência e violência contra a criança são grandes. A boa vontade dos profissionais depara-se com uma atuação de certa forma ainda intimista e individualizada, contraditória com uma necessidade de implantação de uma política de direitos que favoreça a criação de redes de atendimento e onde se faz necessário pensar a saúde de forma integrada para viabilizar uma política de atendimento intersetorial, contemplando especialmente as áreas de educação e de saúde.

A agressão e a negligência são duas das doenças mais comuns do lactente ou da criança, conforme Bates (1978). Apesar disso, a equipe de saúde não é, por uma razão ou outra, alheia ao sofrimento da criança maltratada. É chegada a hora de assumirmos nossas responsabilidades morais e profissionais com essas crianças.

O papel do médico é importante num primeiro atendimento, em que a detecção e o diagnóstico precoce podem ser realizados. Logo que haja uma suspeita de negligência ou maltrato, a equipe de saúde deve ser mobilizada para prestar a assistência adequada à criança e à família, que também precisa de ajuda, pois a prevenção e a proteção da criança requerem um tratamento honesto e compassivo, ou seja, o trabalho do médico deve ser realizado juntamente

com a enfermeira, a psicóloga e a assistente social. A educação comunitária é um importante fator na detecção e prevenção dos abusos cometidos contra a criança (BATES, 1978).

Em concordância, Jungblut (1999) questiona o fenômeno da violência que tem trazido aos hospitais pediátricos um crescente número de crianças sob a situação de maus tratos, em suas diversas manifestações. Mas, quanto à enfermagem, como estão sendo assistidas essas crianças e suas famílias? Observa-se como a enfermagem conduz a questão da violência em relação às crianças sob seus cuidados: em algumas situações, encontramos profissionais desinformados e despreparados para trabalhar com a complexidade que envolvem essas situações, os quais traduzem, na repetição de tarefas automáticas, um trabalho reprodutor de violência sob a guarda institucional.

Veronese (1999) ressalta que muito se tem discutido acerca da violência ocorrida dentro da órbita privada da família. Orienta para o questionamento do conceito de educação, por parte dos pais ou responsáveis. Na concepção formada a partir do adultocentrismo, o que equivale dizer, de uma sociedade na qual somente os valores e as concepções dos adultos são consideradas como verdadeiras, a imposição dos castigos físicos situa-se dentro de um grau de normalidade.

A formulação de políticas públicas no contexto jurídico brasileiro adveio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, promotora de significativa mudança, que atende aos reclamos da sociedade brasileira, inconformada com o descaso legal para com os infantes. Esta estabelece a criança e o adolescente como prioridade absoluta. Citado por Veronese (1999), assim diz:

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

Apropriadamente, Mendes (1996) explicita que a prática sanitária é a forma como a sociedade, num dado momento, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde. Pensamos que é necessário repensar mais do que nunca as práticas de atenção integral à saúde da criança, viabilizando através dos profissionais e serviços de saúde a análise da atuação e os subsídios para a qualificação da assistência, seja ela de prevenção, promoção ou proteção à saúde.

Mendes (1996) reforça ainda que os espaços sociais de saúde estão delimitados pela forma como se dão os meios de produção. Essa polarização leva a uma passividade imobilizante, ao desconsiderar a sociedade como importante agente no planejamento e na operacionalização dos serviços de saúde. É imprescindível, portanto, a participação daqueles que estão diretamente envolvidos nesse contexto: a equipe de saúde.

Um sistema dominante de crenças não quer significar unanimidade sobre a concepção de um fenômeno, mas certa estabilidade entre diferentes pensamentos que coexistem sobre determinado fenômeno. Daí que uma reforma em profundidade do sistema de saúde significará a mudança de um sistema de crenças vigente por um outro emergente. Isso vai caracterizar a reforma da saúde como um processo longo, em que não há lugar para planos mágicos, de resultados espetaculares no curto prazo. A concepção de processo saúde-doença tem evoluído consideravelmente.

A defesa incondicional dos direitos humanos, o resgate do significado humanístico da solidariedade e o dever de participação de todos no cuidado com a saúde e o bem estar das crianças possibilita refletirmos sobre uma sociedade carente de valores, em que cada vez mais necessitamos do envolvimento de muitos que desejam que a sociedade proteja aqueles que não possuem condições para fazê-lo por si próprios. O desafio está, portanto, em construir socialmente um novo sistema de atenção à saúde que priorize a criança na sua integralidade, como ser humano carente e dependente única e exclusivamente do seu cuidador. Precisamos fazer cumprir o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente, que vem a ser um modelo de atenção, sendo criado em 1990 no Brasil. Nele, os direitos da criança estão garantidos desde o seu nascimento, pois “é dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança” (Artigo 70, ECA, Lei Federal 8.069/1990).

E é nesse sentido que este trabalho pretende colaborar: através da mobilização e de ações conjuntas da Universidade com as instituições envolvidas com a saúde e o bem estar da criança no município de Santa Cruz do Sul. Este estudo inseriu-se no grupo de pesquisas PROGRUPE do Serviço Integrado de Saúde/SIS da UNISC como um subprojeto, tendo como integrantes dois enfermeiros (um docente e um assistencial) e um acadêmico do Curso de Enfermagem/UNISC. Quanto ao objetivo principal do grupo de pesquisa, PROGRUPE, que é a atenção integral à saúde em unidade básica de serviço universitário, através da articulação ensino-pesquisa-extensão, visando à consolidação de um programa permanente de pesquisa em saúde, pode-se considerar que foi um aprendizado de grande valia sobre a realidade dos casos de agravos. Acompanhar momentos vivenciados pelos usuários dos serviços de saúde e detectar suas fragilidades, torna o atendimento mais real e humano, possibilitando discussões e, posteriormente, ações estratégicas de acordo com a realidade e necessidade das crianças e de suas famílias.

No decorrer do último semestre desta pesquisa, foi feito um chamamento aos diversos segmentos da comunidade que atuam na atenção à criança (Centro de Proteção ao Menor em Situação de Risco ou Abandono – COPAME, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – COMDICA, Centro de Atendimento Psicossocial à Infância e Adolescência – CAPSIA, Conselho Tutelar, Representantes dos cursos de Serviço Social, Enfermagem, Odontologia e Psicologia da UNISC), para discussão a respeito dos resultados da pesquisa e da reflexão sobre a atual situação em que vivem nossas crianças. Nesses encontros foi sugerida a efetivação de uma rede assistencial de atenção à saúde da criança e da família, que será remetida para apreciação dos participantes do projeto: “Problemas de Saúde da Criança e do Adolescente”, das áreas preferenciais da UNISC no ano de 2004, com o objetivo de dar segmento a este trabalho, não mais somente como pesquisa, mas como ação.

Assim, este trabalho, que iniciou como pesquisa e hoje já realiza suas primeiras ações, tem um grande comprometimento social com a realidade das crianças vítimas de agravos externos, em que a prevenção desses acontecimentos é o maior objetivo. Infelizmente, não há meios de prevenir agravos em sua totalidade e pensamos que quando não for possível a prevenção, pretendemos possibilitar à criança uma assistência integrada entre os serviços essenciais e proporcionar um atendimento às suas necessidades de maneira qualificada, rápida e eficaz.

## **CAPÍTULO II – CARACTERIZANDO A PESQUISA**

Como já apresentado anteriormente, os profissionais da saúde têm um desafio e um grande compromisso na problemática dos agravos externos. A enfermagem, por estar à frente da assistência nos serviços de saúde, possui um papel fundamental no atendimento qualificado e integral ao paciente, na troca e na divulgação de informações que viabilizem assistir a criança da melhor maneira possível. É com essa concepção, de acordo com o objetivo principal deste estudo, que se buscou investigar os agravos externos na infância, enfocando

aspectos sociais, familiares e assistenciais que possibilitem uma reflexão sobre a saúde da criança. Apresentamos, aqui, os métodos utilizados para a realização desta pesquisa.

## **2.1 Metodologia**

O presente trabalho será desenvolvido através do enfoque da pesquisa social qualitativa. Esta abordagem parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, ocorrendo um vínculo quase indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade (TRIVIÑOS, 1987).

A abordagem metodológica selecionada para realização deste estudo é o construcionismo social, conforme abordado por Spink (1999). Para essa autora, a investigação construcionista tem como foco principal a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmos. O mundo é compreendido através de artefatos sociais e produtos de trocas históricas entre as pessoas, construindo o conhecimento através da subjetividade.

A subjetividade é um dos principais motivos que fundamenta a escolha da abordagem qualitativa, contemplando a descrição das falas e experiências humanas, vivenciadas no cotidiano das famílias, e profissionais da saúde que lidam diretamente com os problemas das crianças que sofreram agravos externos. A subjetividade é o sistema de significação e sentidos subjetivos em que se organiza a vida psíquica do sujeito e da sociedade. Esta não é compreendida somente como uma organização intrapsíquica que se esgota no indivíduo, mas



como um sistema aberto e em desenvolvimento que caracteriza também a constituição dos processos sociais, de acordo com Gonzalez Rey (2002).

Conforme Thiollent (1992), o método qualitativo é basicamente útil para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, pois permite a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo. Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos, em que é necessário o diálogo entre o avaliador e a comunidade a ser avaliada, a começar pela superação da posição estereotipada de um avaliador formal, superior, distante de um lado, e, de outro, a comunidade como objeto.

O diálogo supõe relacionamento de igual para igual, porque os dois lados são desiguais. É uma fala contrária, um confronto dialético, na unidade própria e por isso pode colaborar e o ponto qualitativo dessa abordagem está na produção de conhecimento através do método do diálogo. É um dado que aparece como produto do processo de discussão, um dado discutido. Discutível por definição e, por isso, científico. O conhecimento obtido pelo diálogo não é obtido exclusivamente pela relação formalizada entre sujeito e objeto. É autoconhecimento que contém consciência política da realidade social pesquisada, é um conhecimento particularmente profundo que produz convicção, mais pelo compromisso político que sustenta do que por formas lógicas de que se reveste. É conhecimento inspirado e comprovado na prática, mas comprometido com a vida concreta que não pede apenas estudo, mas igualmente solução. Deve ser democrático, mas é um conhecimento ideológico que exige coerência na forma e na política. Trata-se de ciência alternativa, para se construir sociedade alternativa (VÍCTORA, 2000).

Spínola (1992) diz que a neutralidade é o engodo desse conhecimento crítico e serve precisamente para construir métodos ainda mais rigorosos de controle, que ultrapassam crivos formais, para atingir investidas políticas, típicas do diálogo aberto, discutível. O resultado de uma avaliação qualitativa não produz propriamente papéis escritos, registros e fichas, embora nada tenha contra. Seu produto mais típico, ainda que nunca exclusivo, é o depoimento, o testemunho, a proposta.

Para Triviños (1987), a avaliação qualitativa, em sentido pleno, não avalia a participação dos outros. Colocando-se como instância de observação externa, seria avaliação clássica, por mais cuidadosa que fosse. Implica participar no processo, adquirir familiaridade pelo menos, chegar a ser ator para poder sentir a empreitada comunitária como sua também. Somente assim emerge o dado curtido, que não é dado, é depoimento, é proposta, é reivindicação.

A pesquisa construcionista implica uma ressignificação da relação entre sujeito e objeto. Para Spink e Medrado (1999), o sentido é adquirido através de uma construção social, de uma interação, de um empreendimento coletivo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, constroem os termos a partir daquilo que compreendem e lidam nos fenômenos e nas situações que as rodeiam.

Na perspectiva construcionista, tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas. Essa afirmação implica problematizar a noção da realidade, significando que é o nosso acesso à realidade que institui os objetos que a constituem. Assim, o que a abordagem construcionista reivindica é a necessidade de remeter a verdade à esfera da ética, pontuar sua importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos.

As autoras citadas anteriormente ressaltam que a adoção da perspectiva construcionista exige um esforço de desconstrução de noções profundamente arraigadas na nossa cultura. O termo desconstrução se refere ao trabalho necessário de reflexão que possibilita uma desfamiliarização com construções conceituais que se transformaram em crenças e, enquanto tais, colocam-se como grandes obstáculos para que outras possam ser construídas.

O construcionismo nos permite, ainda, fazer uma reflexão em torno do rigor metodológico na análise dos dados da pesquisa, na busca pela concordância racional nas questões a serem levantadas, bem como situar a interpretação destas no plano da conversação. Trata-se de entender o longo processo de construção dessas regras e de compreender as características das linguagens sociais que aí se engendram. Assim, o rigor metodológico passa a ser concebido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação, de modo a propiciar o diálogo. Esse diálogo não é um processo livre, pois encontra-se preso aos processos históricos e sociais e ainda aos altos e baixos dos relacionamentos humanos (SPINK e MEDRADO, 1999).

Esta proposta metodológica enfatiza a compreensão da pesquisa qualitativa, na perspectiva construcionista, como processo dialógico que implica tanto o pesquisador, quanto o objeto da pesquisa como sujeitos do processo (GONZÁLES REY, 2002).

## **2.2 Os sujeitos da pesquisa**

Neste estudo, os sujeitos pesquisados são as crianças internadas por motivos de agravos externos, seus cuidadores e profissionais da equipe de saúde que prestam assistência às mesmas na Unidade Pediátrica do Hospital Santa Cruz. Salientamos que as crianças foram escolhidas sem critérios de convênio de saúde, abrangendo tanto os pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto os demais convênios.

No ano de 2002 foram coletados dados nos prontuários das crianças internadas por agravos externos e, em 2003, foram realizadas as entrevistas e foi definido o perfil das famílias selecionadas para este estudo.

Para a entrevista com os familiares, foram selecionados intencionalmente doze casos e, desses, foram analisados seis, contemplando diferentes tipos de agravos (abuso sexual, intoxicação por produto químico, ferimento por arma de fogo, queimaduras, atropelamento, queda de bicicleta) sendo aquelas que evidenciaram situação clínica de maior gravidade, buscando incluir a maior variedade possível de causas geradoras dos agravos. Quanto aos profissionais, foram selecionados aleatoriamente dois médicos pediatras, dois enfermeiros e dois técnicos em enfermagem.

### **2.3 Coleta de dados**

Como já foi citado, a coleta de dados se deu em duas etapas: a primeira foi realizada através dos prontuários e ocorreu no período de julho a dezembro de 2002, contabilizando 1.063 crianças, sendo 8% dessas acometidas por agravos externos, o que caracteriza a amostra inicial, contemplando aspectos como os tipos de agravos, as causas dos agravos, a procedência das crianças, o local onde ocorreu o agravo, se a criança estava acompanhada ou

não no momento do agravo e a faixa etária das mesmas, que justificam o interesse e a necessidade de pesquisar o tema em 2003 (ver item 3.1 do capítulo III). A segunda etapa foi realizada no decorrer de 2003, quando se realizou novo levantamento nos prontuários e novas entrevistas foram feitas com alguns familiares de crianças internadas por agravos externos e com profissionais de saúde na Unidade Pediátrica do Hospital Santa Cruz.

### **Prontuários**

A coleta de dados foi realizada em 2003, primeiramente através da busca investigatória nos prontuários dos pacientes, com o objetivo de obter informações relacionadas ao perfil da criança e de sua família sobre o quadro clínico do paciente, e de possibilitar uma análise de frequência dos casos de agravos externos selecionados para a realização da pesquisa.

Ao traçar o perfil, foram coletados dados e escolhidos aspectos principais para conhecer a realidade em que vivem essas famílias. Para isso, levantou-se o grau de instrução do familiar entrevistado, a faixa etária da criança vítima de agravo, o número de filhos por família, a situação socioeconômica (renda mensal) e a situação conjugal dos pais entrevistados, dados que estão presentes em forma de gráficos no capítulo III item 3.2, referente aos dados coletados no Hospital Santa Cruz.

Esses itens auxiliam o entendimento dos casos de agravos e das histórias e de fatores que coincidem e permeiam essas situações, bem como a elaboração de entrevistas, mapas e árvores de associação de dados, posteriormente.

## **Entrevistas e Observações**

Através de uma entrevista semi-estruturada (ver anexos) com os sujeitos da pesquisa (crianças, familiares, profissionais da equipe de saúde), foram abordadas questões sobre os seguintes tópicos: causas de agravos externos que acometem as crianças, o perfil das famílias acometidas, seus sentimentos e suas reações, e a atuação dos profissionais frente a essas situações. As entrevistas foram gravadas na sua íntegra e posteriormente transcritas.

Conforme Minayo (1994), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual que revela condições estruturais, sistema de valores, normas e símbolos, e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos.

Além das entrevistas, foram feitas observações do cuidado e do relacionamento entre os pais e as crianças e entre os profissionais e a criança no momento da assistência. Foram feitos posteriores registros dessas observações para facilitar a compreensão dos relatos dos mesmos. Para caracterizar os envolvidos, foram utilizados nomes de personagens de desenhos animados que transmitem um pouco do universo infantil. As crianças receberam o nome dos personagens da turma do Ursinho Pooh (Tigrão, Abel, Can, Guru, Pooh e Bisonho) e os profissionais, o nome da turma do Scooby-Doo (Velma, Daphne, Scooby-Doo, Scooby-Loo, Fred e Salsicha).

### **2.4 Análise dos dados**

#### **Análise dos Prontuários**

Nos prontuários dos pacientes foram levantados dados quantitativos para traçar o perfil das crianças e das famílias envolvidas na problemática dos agravos externos, bem como para realizar uma análise de frequência dos agravos.

Durante o ano de 2002, no primeiro momento da pesquisa, traçou-se o perfil das crianças, em que os dados obtidos nos prontuários foram: a faixa etária, o tipo de agravo externo, a causa, o local de ocorrência, se a criança estava acompanhada ou não no momento do agravo e a procedência dessas crianças. A escolha desses itens se deve ao fato de que o objetivo era conhecer qual a população infantil mais atingida pelos agravos externos no município de Santa Cruz do Sul e em que situação social se encontravam essas crianças (ver item 3.1 do capítulo III).

Em 2003, no segundo momento da pesquisa, os dados coletados nos prontuários novamente se referem ao perfil das crianças e das famílias. Os itens coletados foram: o tipo de agravo externo, a faixa etária das crianças e a procedência das famílias, já que os outros dados foram obtidos diretamente nas entrevistas (ver item 3.2 do capítulo III).

### **Análise das entrevistas**

A análise refere-se em si a conteúdos da prática, não importando se a linguagem é gramaticalmente correta, se a expressão é confusa, se há contradição e catalogações formais que aparecem sob a forma de fichas que sistematizam falas, mas sobretudo, para o caráter de depoimento dos participantes, naquilo que tem de compromisso político, obtendo-se um dado dialogal, discutido. Conteúdo será a implicação histórica concreta de vida das pessoas, os compromissos ideológicos em jogo, as lutas que envolvem o dia-a-dia, os fins que se perseguem, os resultados obtidos, e assim por diante.

Nas pesquisas que buscam entender os sentidos dos fenômenos sociais, a análise inicia-se com uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos sem encapsular os dados, conforme Spink (1999). Devemos considerar que a interpretação dos dados é sempre a interpretação de alguém e a articulação entre a linguagem, característica principal deste estudo, e a interpretação, e, as suspeitas aí engendradas, pontuam o sentido possível da hermenêutica na perspectiva construcionista, concebida como a relação entre discursos variados considerados como partes integrantes de uma conversação possível.

A análise e a interpretação dos dados das entrevistas na abordagem construcionista tendem a privilegiar a linguagem verbal comparando os sentidos contidos nos dados coletados, os conteúdos de registros e as bibliografias sobre o tema (triangulação). Assim, as entrevistas das famílias e dos profissionais foram analisadas através de “mapas de associação de idéias” e de “árvores de associação” através do método do construcionismo social, conforme a proposta de Spink (1999).

Os mapas de associação de idéias têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção lingüística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção dos sentidos. A construção dos mapas inicia-se pela definição das categorias gerais, constituindo formas de visualização das dimensões teóricas, procurando preservar a seqüência de falas e identificando os processos dialógicos em uma esquematização visual da entrevista, preservando o diálogo.

A construção dos mapas para este estudo iniciou-se pela definição de categorias que foram definidas após a transcrição e leitura cuidadosa das entrevistas, anotando-se os itens



relevantes citados em todos os casos, os dados importantes levantados que se repetiam ou se mostravam fundamentais para a construção do trabalho, baseados nos objetivos desta pesquisa.

A categorização emerge do confronto entre os sentidos construídos no processo de pesquisa e interpretação dos dados, e nesta perspectiva, para facilitar a compreensão desses sentidos. Após a categorização, transcreveu-se e dividiu-se as entrevistas na íntegra de acordo com a categoria estabelecida no mapa, através do recurso do Microsoft Word, que possibilita recortar e colar.

Nos mapas dos familiares, as categorias definidas foram: a descrição do acontecimento, se considerado acidente ou violência, a quem se atribui responsabilidade ou culpa, a possibilidade de prevenção, a naturalização do fato, conseqüências do agravo, o cuidado e atendimento (como foi, quem fez) e os sentimentos do familiar em relação ao ocorrido. As categorias dos mapas dos profissionais ficaram assim constituídas: o entendimento sobre agravo externo, como considera a hospitalização nesses casos, como o atendimento é realizado, o trabalho em equipe, qual a conduta do profissional, possibilidades e trabalhos relacionados à prevenção de agravos externos e os sentimentos do profissional em relação ao contexto dos agravos externos (ver Tabelas 1 e 2).

Na análise das falas realizadas através dos mapas, destacam-se aspectos como a culpa e a responsabilidade, a prevenção, a assistência à saúde e o entendimento sobre o que é um agravo externo. Por isso, procedemos a análise desses pontos através das árvores de associação que constituem mais um recurso para entender como um determinado argumento é construído no desejo de produzir um sentido no contexto dialógico. Permitem visualizar o fluxo das associações de idéias, iniciando pela pergunta do entrevistador e encerrando com

suas sínteses e com as afirmações dos entrevistados, possibilitando o entendimento das singularidades da produção de sentidos, atreladas à história de cada pessoa e à dialogia intrínseca do processo da entrevista, em linhas simples para o desenrolar das associações dos entrevistados e em linhas duplas para as intervenções do entrevistador. Em suma, as árvores associativas são estratégias adequadas para a compreensão de determinadas passagens das entrevistas, em que buscamos entender a construção do argumento, constituindo estratégias analíticas complementares dos mapas.

Nas árvores de associação deste trabalho, foram ressaltados dois aspectos principais que estavam presentes e constituíam um sentido relevante em todas as entrevistas: a quem se atribui a responsabilidade e as possibilidades de prevenção do agravo, no caso dos familiares das crianças, e o conceito de agravo externo, e como se dá a assistência à criança e à sua família, no caso dos profissionais da saúde.

Assim, a análise não ficou apenas nas fichas, nos relatórios e nas gravações, o que foi um instrumento. Foi preciso ir além disso de modo hermenêutico: saborear as entrelinhas, surpreender as insinuações, escavar os compromissos para além das verbalizações, explorar vivências, compor a intimidade da vida cotidiana, levar ao depoimento espontâneo para que a diferença entre teoria e prática se reduzisse ao mínimo possível.

Para detalhamento da análise dos dados, apresentamos, nas tabelas 1 e 2, exemplos de mapas e de árvores de associação de idéias das entrevistas de um familiar e de um profissional da saúde. O restante dos dados está nos anexos A, B, C e D.

**Tabela 1 - MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS DA ENTREVISTA COM UM FAMILIAR**

**A turma do Ursinho Pooh: O Abel**

**Agravo: Atropelamento**

**Entrevistado: O pai**

<b>Acontecimento</b>	<b>Acidente</b>	<b>Violência</b>	<b>Responsabilidade/Culpa</b>	<b>Prevenção</b>	<b>Naturalização</b>	<b>Conseqüência</b>	<b>Cuidado/Atendimento</b>	<b>Sentimentos</b>
			O mal cuidado, eu acho, né; o mal cuidado do motorista.					

Pela conversa  
que eu vi ela  
não tava  
atravessando,  
foi o carro;  
pelas conversa  
que eu ouvi  
falar, que o sr.  
que ajudou  
falou também,  
né, que ela não  
tava  
atravessando a  
rua, que ela tava  
com o balão e  
ela disse: - Vou  
pegar o balão!.  
E as crianças  
que tavam junto  
com ela ainda  
olharam pra trás  
ver se não tava  
vindo carro e aí  
quando ela só  
pegou o balão aí  
já veio o carro e  
atropelou. Foi  
muito rápido.

Eu acho que  
tem que ter  
mais  
prevenção  
contra  
acidentes, eu  
acho, né; Ter  
mais  
prevenção.

Olha, eu me  
senti muito  
ruim, né,  
muito ruim, eu  
achei muito  
ruim por causa  
que eu acho  
que quem é  
pai te que  
ficar, vê uma  
coisa dessa  
aqui, eu acho  
que Deus o  
livre, tem que  
ter coração,  
né, tem que ter  
coração.

Agora o que  
eu vou te  
dizer, né,  
como ela tá  
ali é por  
causa do  
acidente,  
como ela tá é  
brabo pra  
gente

Olha, hoje em  
dia tu vê cada  
violência, né, é  
em todos!  
Todos.

Então eu acho  
uma coisa  
muito... muito  
cuidado isso  
ali. Muita falta  
de cuidado.

Por causa que  
eu tô com ela  
né, e o cara  
que tá lá em  
casa, que  
atropelou ela;  
eu acho que  
pra mim é  
brabo né;

Não, só foi um acidente.

Poderia, com cuidado, poderia.

Eu acho injusto é o que que foi feito no nosso Brasil aqui, que criança não pode trabalhar, que criança pode correr rua, né? Então isso ali acontece

Quem prestou socorro foi a gurria do vizinho.

Elas tavam passando, elas tavam indo no mercado e daí quando tavam voltando, daí deu aquela batida daí a guria falou que ela tinha falado: -Ó, ali deu um acidente. Aí eles desceram e viram a guriazinha. Elas nem conheciam a guria.



Olha, o que  
que eu vou te  
dizer, eu me  
sinto assim,  
muito é...  
esmagado, né,  
por causa que  
eu não posso  
chorar, eu não  
posso chorar  
na frente dela,  
me sinto  
assim, muito  
assim, como é  
que eu vou te  
dizer, muito  
triste uma  
coisa assim,  
por causa que  
o cara vai fica  
dentro do  
hospital, tô  
aqui 2 meses  
sem trabalhar  
e sem nada,  
isso não é  
fácil. Não é  
fácil, né? Que  
nem tudo em  
casa, as conta  
vem tudo pra  
pagar, vem  
luz, água, vem  
conta que a

**Resumo da Entrevista** - O pai culpa o motorista pela falta de cuidado. Fala do sofrimento de um pai no hospital junto à filha acidentada durante dois meses e quem causou este sofrimento está em casa. Considera injusta a legislação brasileira por não permitir que as crianças trabalhem e ajudem os pais, mas deixa-as na rua.

**Observação/Informação feita e/ou coletada durante a Entrevista e Anotada Posteriormente** - Após o acidente da filha, a mãe sofreu um acidente vascular cerebral e ficou com parte do corpo paralisada. O pai perdeu o emprego e a família sobrevivia de doações da comunidade.

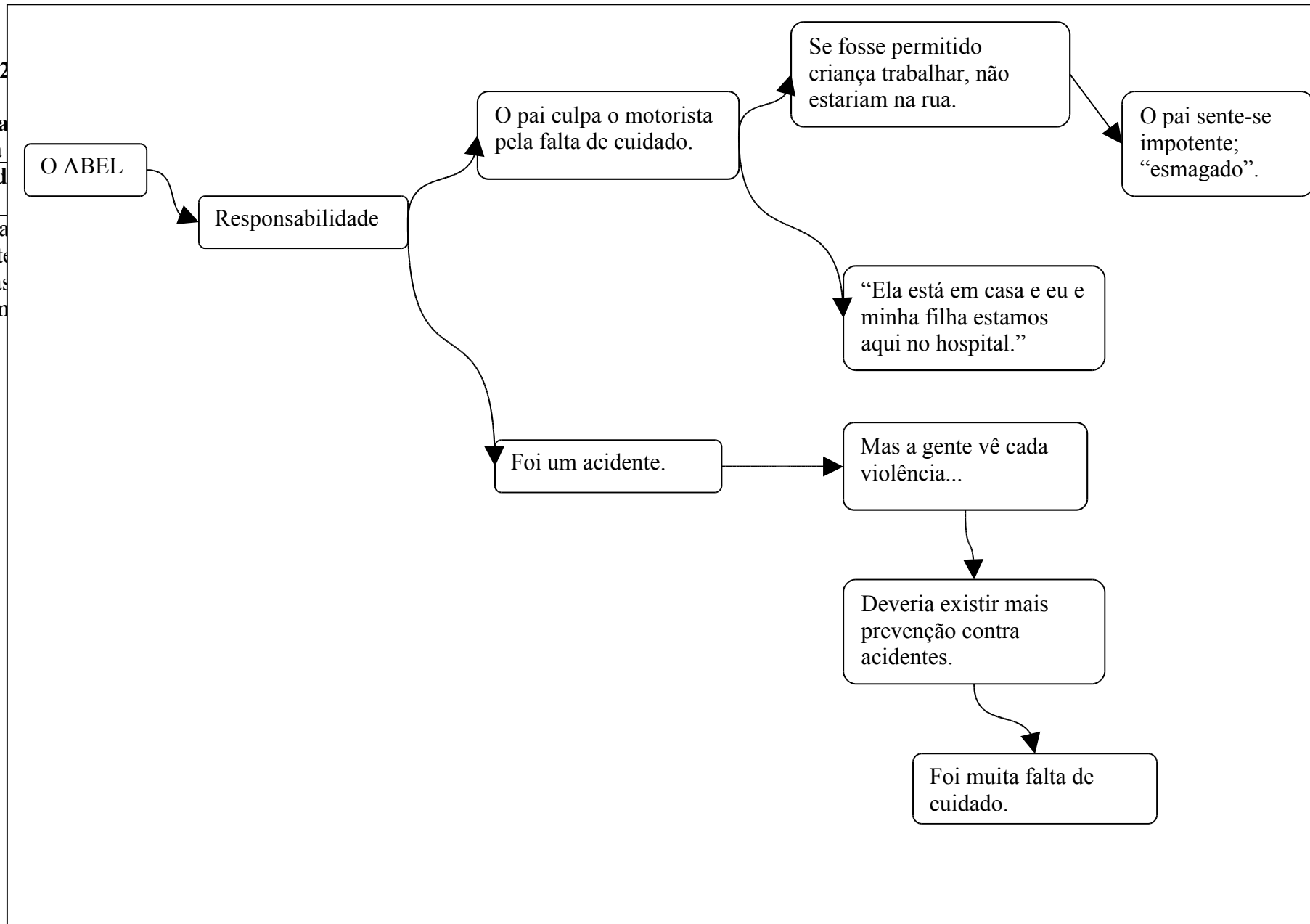
**ARVORE DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS REALIZADA COM  
INFORMAÇÕES RETIRADAS DA ENTREVISTA COM UM  
FAMILIAR**



Tabela 2

A turma  
Técnica  
Entend

Sei lá, a  
que bate  
crianças  
me vem  
é isso



: Geralmente é avisado o conselho tutelar, a assistente social e geralmente o conselho pra acompanhar até em casa, né, pra ver como é que os pais tratam em casa, né.  
Eu acho que é o certo o que é feito, né, que tem que acionar alguém. Que nem o conselho... não adianta a gente fazer o que a gente pode aqui e quando vai pra casa não ter ninguém que acompanhe.

Bom. A gente tenta atender da melhor forma possível, né, ficar junto... é claro que as vezes tem mais serviço e tu não consegue ta toda hora, né, mas quando dá, ou leva pro posto, a criança fica ali com a gente, conversa, a gente dá material pra desenhar, pintar, fica junto sempre com eles, né, nem que tenha mais serviço, mais um tempinho a gente sempre tira, né.

Eu acho com psicólogo, né, que não acontece, mas eu acho importante. Pra fazer um acompanhamento da família também. E o conselho, pra acompanhar fora daqui, né, por que a gente não fica sabendo.

Ai, tem que dar muito carinho, dar apoio, conversar, isso. É importante pra eles, né. Fazer com que eles sintam que tem alguém que se preocupe com eles, né, que teje do lado, que passe segurança.

Aquilo que eu te falei, né, conversar, dar apoio, tentar passar segurança, né, não só verificar temperatura, verificar pressão e deixar, né, porque eles precisam de atenção, todos precisam, mas eles precisam mais, né. E acho que o conselho, né, a assistente, tem os voluntários também que vem e conversam com os pais, essa conversa é importante, né.

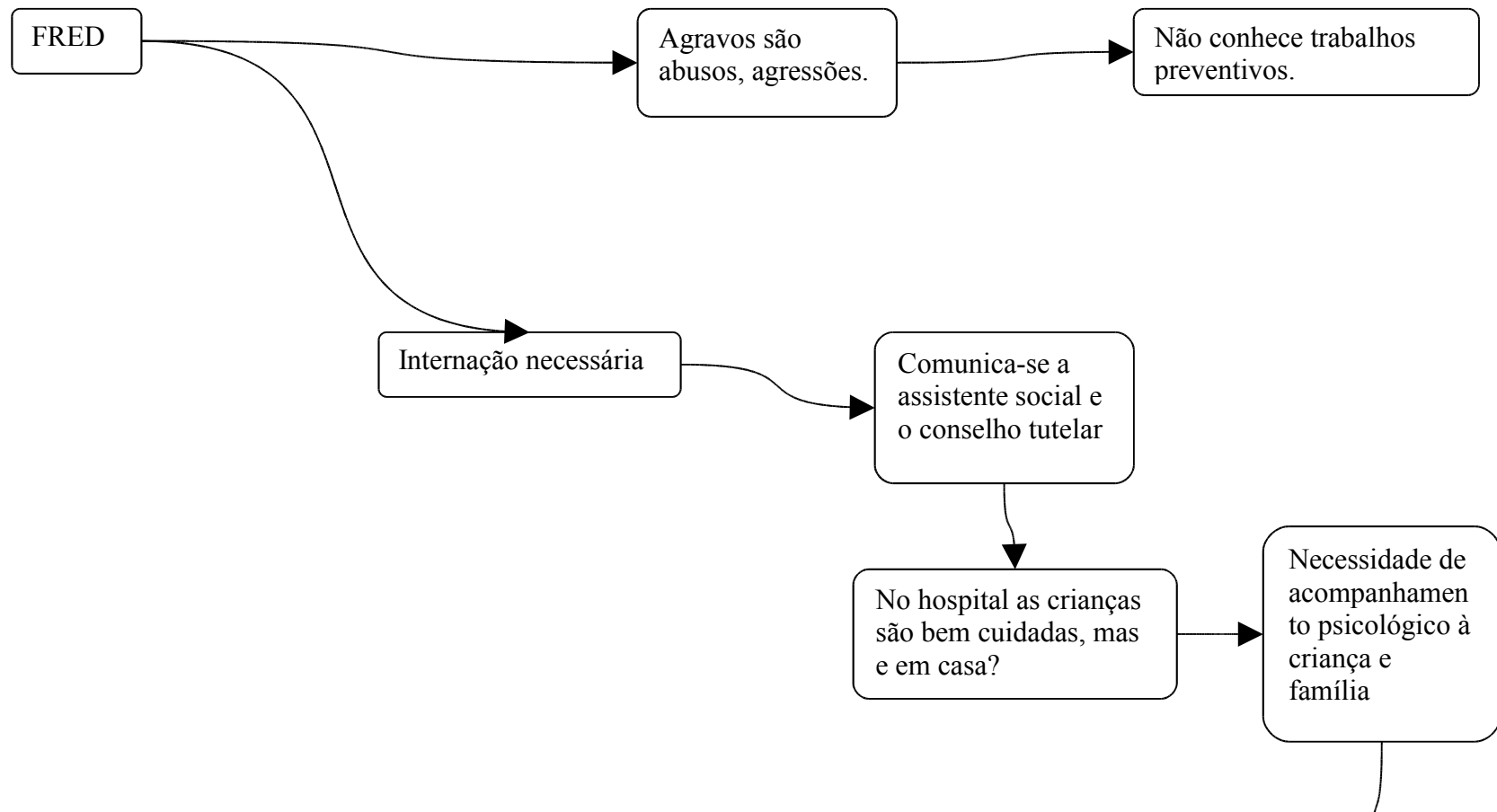
Não conheço nada com esse assunto



					<p>Aqui pode ser que ta bom, mas em outro lugar não ta, que nem eu moro em cidade pequena, o governo não chega lá, é tudo muito difícil, os recursos não tem, não tem material pra trabalhar direito. Então a gente vê, o pessoal lá quando tem alguma coisa tem que vir pra fora, né.</p> <p>Acho que tem bastante gente que faz pelas nossas crianças, que nem assim, campanhas de agasalhos, coisa pra fome, né.</p>
--	--	--	--	--	---

**Resumo da Entrevista:** Agravos são abusos, pais que batem em filhos. Considera a internação necessária. No hospital estes casos são comunicados à assistente social e ao conselho tutelar. No hospital é prestada assistência de saúde, mas quando vai para casa não tem ninguém que acompanhe. Ressalta a importância da atenção e do carinho que é dado pela equipe durante a hospitalização e a necessidade do acompanhamento psicológico da criança e família. Refere desconhecer o trabalho que é feito fora do Hospital. Não conhece nenhum trabalho preventivo no município. Refere que em municípios grandes, como Santa Cruz, tem sido feito algo pelas crianças, mas em cidades pequenas “o governo não chega lá”, é tudo muito difícil, falta recursos e na maioria das vezes esses casos são encaminhados.

**ARVORE DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS REALIZADA COM INFORMAÇÕES RETIRADAS DA ENTREVISTA COM UM  
PROFISSIONAL DA SAÚDE**



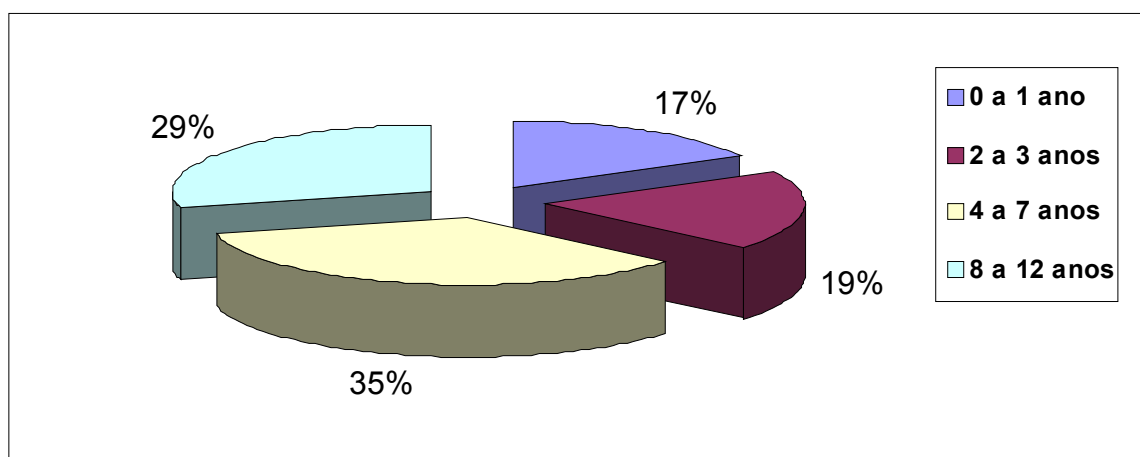
No hospital se  
desconhece o que é  
feito fora da  
instituição.

## CAPÍTULO III – RESULTADOS DA PESQUISA

### 3.1 O perfil das crianças em 2002

Os dados quantitativos encontrados aqui foram coletados no primeiro momento da pesquisa, no período de julho a dezembro de 2002, com o objetivo de conhecer o perfil das crianças acometidas por agravos externos que estavam internadas, por esse motivo, na Unidade Pediátrica do Hospital Santa Cruz.

**Figura 1 - Faixa Etária das Crianças Acometidas por Agravos Externos**



Fonte: Pesquisa direta nos prontuários das crianças internadas no Hospital Santa Cruz – Santa Cruz do Sul, RS.

Num total de 90 crianças internadas, acometidas por agravos externos, 35% tinham idade entre 4 e 7 anos; 29% tinham idades entre 8 e 12 anos; 19%, entre 2 e 3 anos, e 17%, de 0 a 1 ano.

Segundo Santos (1987), vários fatores desencadeantes ou predisponentes têm influência direta ou indireta com o tipo de acidente, como idade da mãe e da criança, sexo, antecedentes mórbidos familiares ou pessoais. Há grande correlação entre a idade da criança e o local do acidente, seja ele no lar, com acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos ou nas maiores de cinco anos, seja em acidentes de circulação e de esportes.

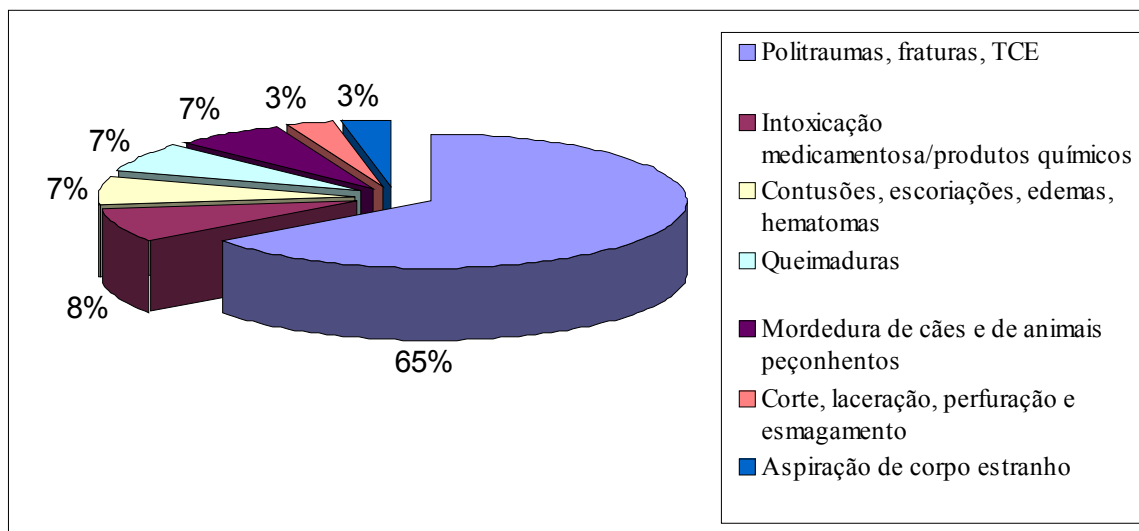
Santos (1987) diz que existe uma série de fatores desencadeantes ou predisponentes dos acidentes na infância, como por exemplo, a idade. Os lactentes, devido a reflexos involuntários, freqüentemente levam objetos à boca, facilitando a ingestão ou aspiração de corpo estranho. A ausência da consciência de risco nos lactentes em pré-escolares e fatores de ordem pessoal, como a inquietude, colaboram com a grande incidência de agravos por causas externas na infância.

A faixa etária e o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra podem ser fatores determinantes no tipo de acidente mais provável de ocorrer, nos fala Corpis (2001).

Marcondes (1994) refere que, do segundo ao quinto ano de vida, os acidentes assumem aspectos diversificados em relação ao agente lesivo. Em parte, isso pode ser explicado pelas características da criança nessa fase do desenvolvimento, quando ela corre, pula, brinca, descobre o mundo e as pessoas ao seu redor.

Segundo dados do Ministério da Saúde, do ano de 1999, a maior causa de mortalidade infantil, na faixa dos 5 aos 19 anos, são as causas externas, com um percentual de 59%, o que comprova a importância deste estudo no que se refere à segurança e ao bem estar da criança.

**Figura 2 - Tipos de Agravos Externos**



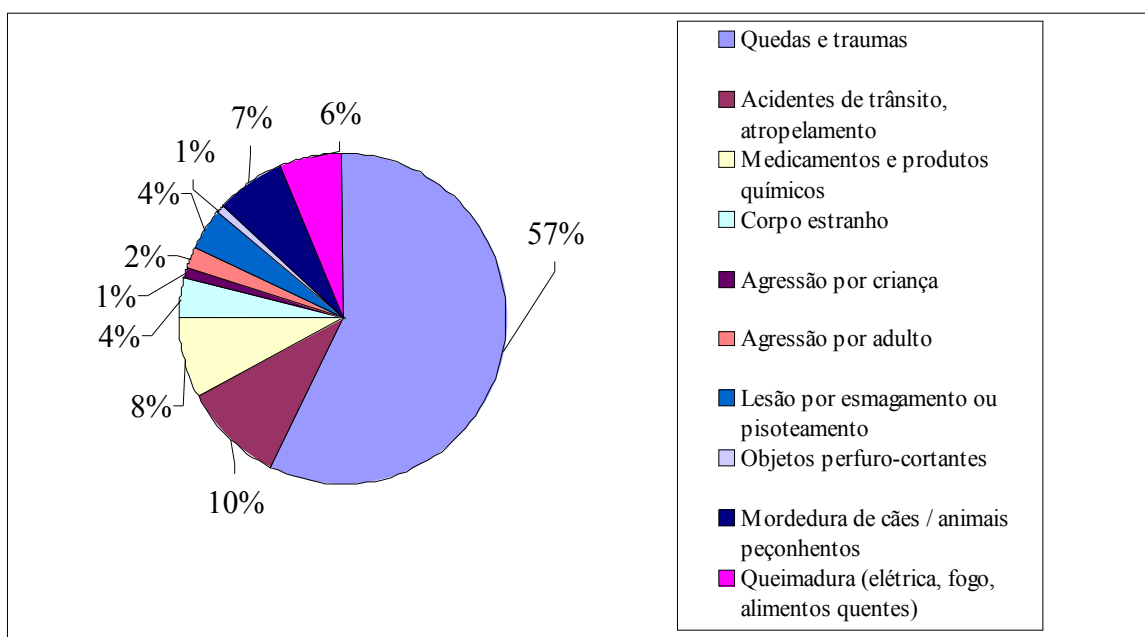
Fonte: Ibidem.

Observou-se que os traumas constituem o principal tipo de agravo sofrido pelas crianças internadas, com um percentual de 65%. Intoxicações por produtos químicos e medicamentos representam 8%; 7% referem-se a queimaduras, mordedura de cães e de animais peçonhentos, contusões e escoriações, enquanto que cortes, lacerações, perfurações, esmagamento e aspiração de corpos estranhos somam cada um 3%.

Para Whaley e Wong (1989), os acidentes representam a principal causa de morte nas crianças com mais de um ano de idade. O tipo de lesão e as circunstâncias que envolvem o acidente estão estreitamente relacionados ao crescimento normal e aos comportamentos próprios do desenvolvimento. À medida em que a criança se desenvolve, sua curiosidade impulsiona a investigar as atitudes e a imitar o comportamento dos outros. Os estágios do

desenvolvimento da criança determinam, parcialmente, os tipos de acidentes mais prováveis de ocorrer em uma faixa etária específica. Desta forma, fornece indicações de medidas preventivas que poderiam evitar os acidentes comuns. O lactente que engatinha, com sua tendência natural de colocar objetos na boca, encontra-se sob o risco de aspiração ou envenenamento. As crianças pequenas, quando começam a andar, com seu instinto de explorar e investigar, assim como com a capacidade de correr e subir, estão sujeitas a vários acidentes, incluindo-se quedas, queimaduras e batidas contra objetos. Quando a criança cresce, devido à sua concentração nas brincadeiras, não presta atenção para os riscos ambientais, tais como o tráfego das ruas ou água, e a necessidade que elas têm de se adaptarem e serem aceitas, impele as crianças maiores a aceitarem desafios e aventuras.

**Figura 3 - Causas dos Agravos Externos**

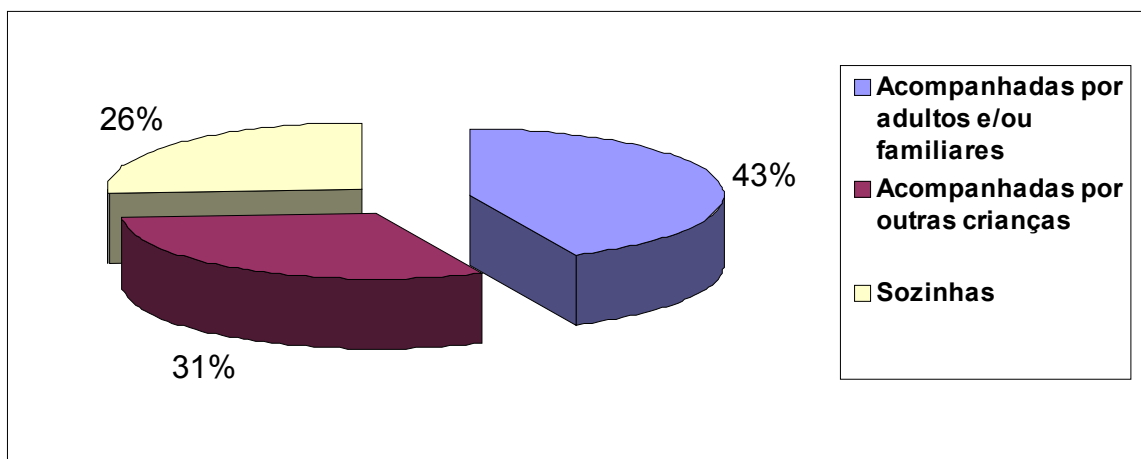


Fonte: Ibidem

Pode-se identificar que a maior causa de agravo detectada foram as quedas e os traumas com 57%; os acidentes de trânsito e atropelamentos representam 10%; produtos

químicos e medicamentos são as principais causas de intoxicação, com 8%; mordedura de cães e animais peçonhentos, somam 7%; queimaduras 6%; lesões por esmagamento ou pisoteamento de animais e corpos estranhos, 4%; agressão por adultos, 2% e agressão por crianças e acidentes com objetos pérfuro-cortantes, representam 1%.

**Figura 4 - Situação da Criança no Momento do Agravo**



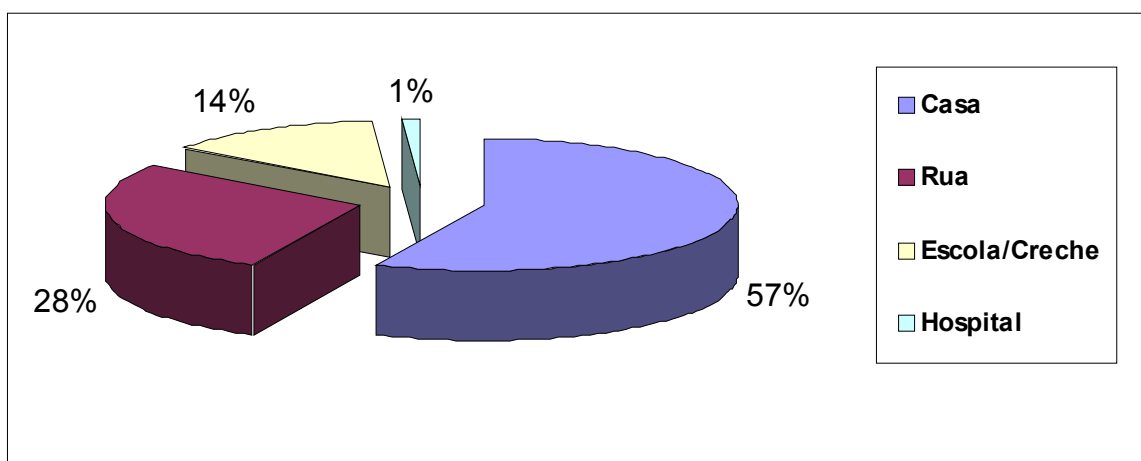
Fonte: Ibidem

Quanto à situação das crianças no momento do agravo, foi possível detectar que 43% das mesmas estavam acompanhadas de adultos; 31% tinham como acompanhantes crianças e 26% estavam sozinhas no momento da ocorrência. Esses resultados mostram que a presença do adulto junto às crianças, por si só, não garante a segurança das mesmas. Esse é um dado novo e que muitas vezes reflete o tipo de cuidado do adulto em relação à criança ou justifica os sentimentos de culpa do adulto em relação aos agravos externos na infância, mesmo que não existam “culpados”. Percebemos aqui a necessidade de orientação e informação sobre os inúmeros riscos a que as crianças estão expostas e muitas vezes banalizamos ou simplesmente não nos damos conta.



Rizzo e Oliveira (1998) salientam que a displicência é uma das principais causas de sérios acidentes domésticos.

**Figuras 5 – Locais de Ocorrência dos Agravos**



Fonte: Ibidem

O local de maior ocorrência dos agravos foi a própria residência das crianças, totalizando 57%. 28% dos agravos ocorreram na rua e 14% nas escolas e creches. Apenas 1% ocorreu no hospital.

Schmitz (1995) acrescenta que fatores ecológicos e culturais também podem estar associados ao acidente, ou seja, locais desapropriados para o convívio infantil, como lugares muito altos, muito quentes ou frios, locais onde se tenha animais, geralmente nas zonas rurais, bem como fatores culturais geradores de hábitos perigosos às crianças, como o uso de produtos químicos em lavouras e animais, chimarrão, fogões a lenha, entre outros, podem provocar acidentes.

O fator ecológico, segundo Santos (1987), tem importância na caracterização e na qualidade do acidente, seja ele em criança de zona urbana, como atropelamentos, quedas de

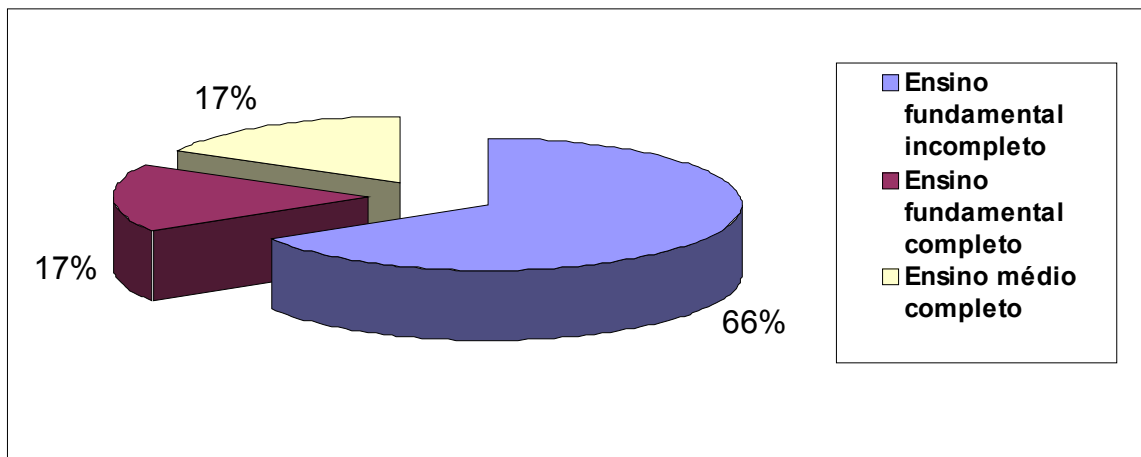
escadas, afogamentos em piscinas, etc., ou em criança zona rural, em que se destacam as picadas por animais peçonhentos, coices de animais, ferimentos cortocotusos ou perfurantes, intoxicações por defensivos agrícolas, entre outros, presentes também nas periferias das grandes cidades.

Esses dados coletados em 2002 motivaram a continuação desta pesquisa, buscando, em 2003, privilegiar dados qualitativos para um aprofundamento no tema. Assim, para dar continuidade à pesquisa, apresentamos, a seguir, os dados coletados no ano seguinte.

### **3.2 O perfil das famílias em 2003**

Contemplando os objetivos da pesquisa, levantou-se o perfil das famílias das crianças vítimas de agravos por causas externas, através da busca de dados nos prontuários e em entrevistas. Durante o desenvolvimento deste trabalho, percebeu-se a importância do tema escolhido, pois há uma limitação de estudos com este enfoque. Muitos desses estudos tratam de características epidemiológicas dos acidentes na infância, mas poucos tratam dos agravos externos de uma forma geral, como um acontecimento que muitas vezes está associado a diversos problemas de origem social e cultural.

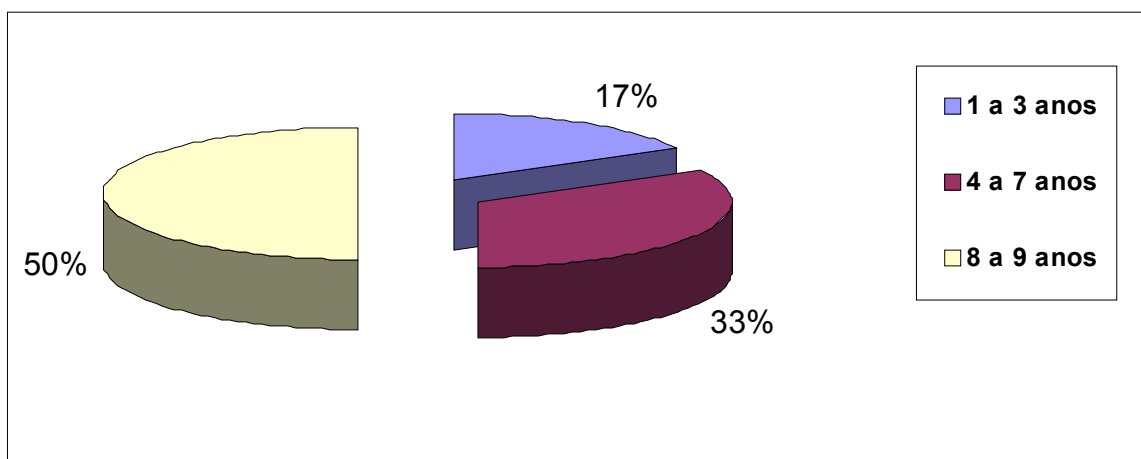
#### **Gráfico 1 – Grau de Instrução do Entrevistado**



Fonte: Entrevistas com os acompanhantes das crianças internadas na Unidade Pediátrica do Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul, RS.

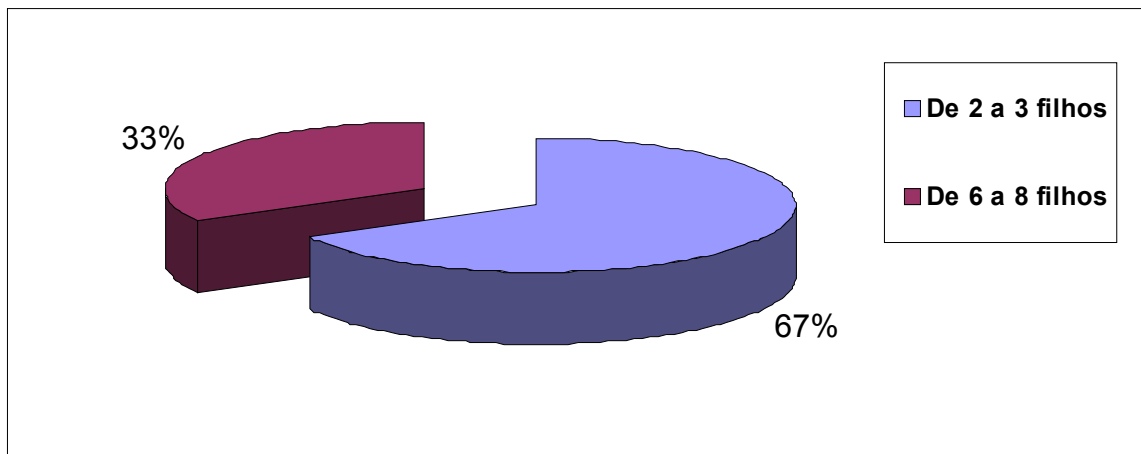
O grau de instrução de pai/mãe entrevistados ficou assim constituído: 66% possuem ensino fundamental incompleto; 17%, ensino fundamental completo, e 17%, ensino médio completo.

**Gráfico 2 – Faixa Etária das Crianças Acometidas por Agravos Externos**



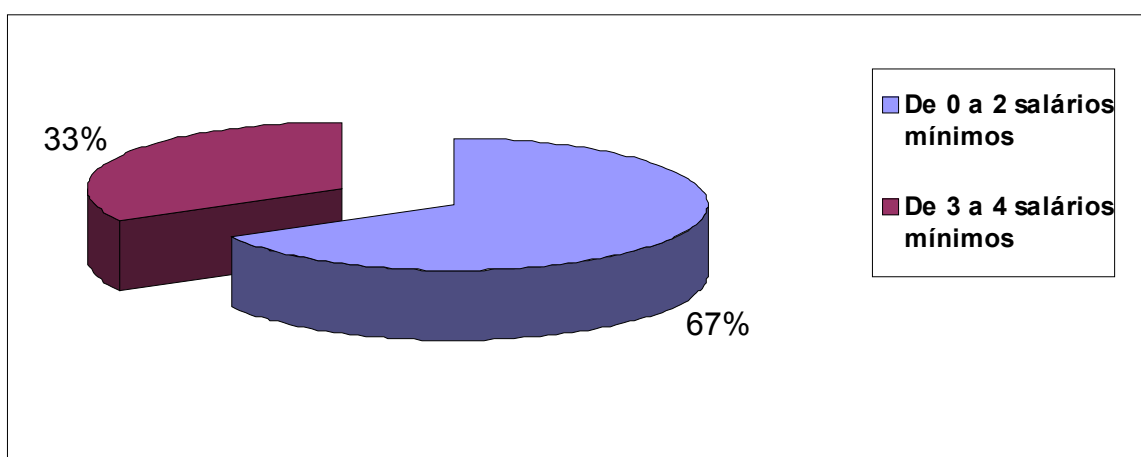
Fonte: Ibidem.

Em relação à faixa etária das crianças acometidas por agravos externos, 50% tinham de 8 a 9 anos; 33%, de 4 a 7 anos, e 17%, de 1 a 3 anos de idade.

**Gráfico 3 – Número de Filhos por Família**

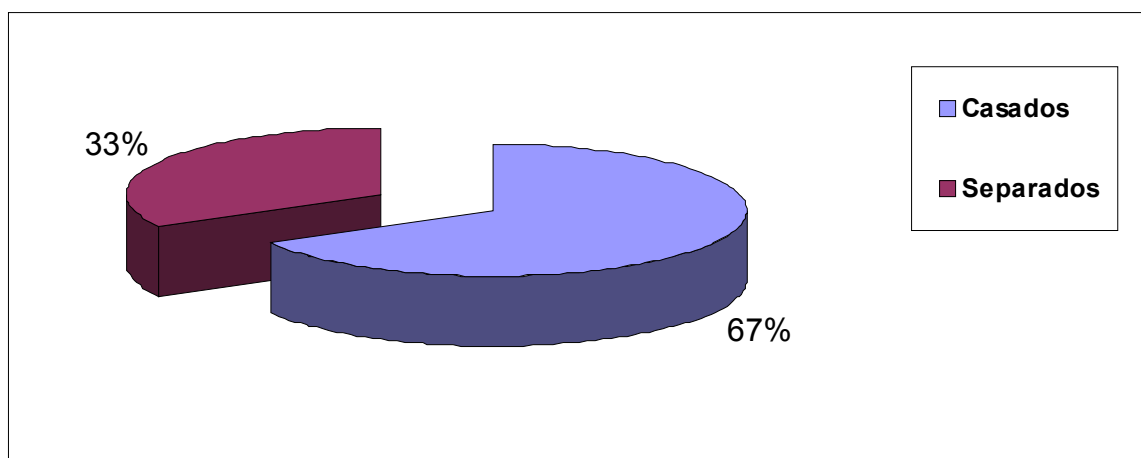
Fonte: Ibidem.

O número de filhos por famílias aparece assim: 67% dos entrevistados têm de 2 a 3 filhos e os 33% restantes têm de 6 a 8 filhos.

**Gráfico 4 – Situação Socioeconômica das Famílias**

Fonte: Ibidem.

No que se refere à situação socioeconômica das famílias, 67% têm renda de 0 a 2 salários mínimos e 33% possuem renda de 3 a 4 salários mínimos.

**Gráfico 5 – Situação Conjugal dos Pais**

Fonte: Ibidem.

A situação conjugal dos pais das crianças é de 67% de casados e 33% de pais separados.

Ao analisarmos o perfil da amostra, percebemos que os pais das famílias entrevistadas, em sua maioria, possuem baixa renda salarial, grau de instrução primário, situação conjugal estável e 2 a 3 filhos por família. Há um fator que percebemos como um obstáculo para o entendimento de muitas questões que envolvem este estudo: a falta considerável de referências bibliográficas que tratem de forma ampla os agravos externos na infância, em seus aspectos psicológicos, culturais e sociais.

Miranda e Ferriani (2001) ressaltam que a influência dos fatores ambientais sobre o processo de crescimento da criança e do adolescente vem sendo objeto de numerosos estudos, particularmente em populações de áreas carentes, onde as condições de nutrição e a incidência de morbidades têm sido analisadas como determinantes no padrão de crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida e em idade escolar. O nível socioeconômico, que

define as condições de vida como um todo, determina os fatores de nutrição, de morbidade de uma população. O nível socioeconômico vai influenciar o nível de escolaridade e, obviamente, o de saúde.

### **3.3 Os sentidos produzidos pelos familiares**

Na análise das entrevistas, foram detectados pontos comuns citados pelos familiares (pai e mãe) das crianças acometidas por agravos externos: a responsabilização de alguém pelo ocorrido, os sentimentos em relação à hospitalização, a identificação e a empatia de mãe/pai com o filho vítima do agravo, e a repetição da violência/negligência na vida intrafamiliar.

A seguir, apresentamos aqui algumas falas dos pais entrevistados, que ilustram os dados encontrados e explicitam os objetivos deste trabalho, de acordo com o que mais nos pareceu relevante.

É considerável o número de casos em que a criança é responsabilizada pelo ocorrido; exemplo disso podemos observar nas falas:

*“Isso aconteceu de arteiro que ele é, né... Curioso”*. (Mãe de criança de dois anos que sofreu intoxicação por produto químico de uso veterinário).

*“Ele é muito medonho, mexe em tudo”*. (Mãe de criança de um ano com queimadura por leite quente).

Em algumas situações, os pais dessas crianças responsabilizam a mãe ou a avó da criança.

*“Meu marido disse: Tua mãe não cuida direito...”* (Mãe de criança de um ano que havia caído em cima de chaleira quente na casa da avó).

*“Foi erro dela (a mãe). Que foi tarde pra casa... tem menos interesse... não soube cuidar”*. (Pai de criança de nove anos que caiu da bicicleta enquanto estava acompanhada da mãe).

Para Markham (2000), qualquer que seja o trauma original e a forma que tenha aparecido, acidental ou deliberadamente, com ou sem intenção, pode deixar em sua jovem vítima o mesmo resultado: abalos e até mesmo a destruição de sua auto-estima. O trauma emocional pode ser pequeno ou grande, isolado ou freqüente, e o efeito pode não ser imediato, mas seus prejuízos e sua potência aumentam com o tempo quando não tratados.

Em várias situações, a sociedade é responsabilizada:

*“Foi o ma cuidado do motorista... se as crianças pudessem trabalhar não estariam nas ruas”*. (Pai de criança de nove anos vítima de atropelamento).

*“Eu dei parte na polícia e ninguém fez nada”*. (Mãe de criança de sete anos vítima de ferimento por arma de fogo).

O trauma, seja ele físico ou emocional, representa uma doença e, portanto, pode ser evitado. Rezende (2002) ressalta que o trauma é considerado uma doença com forte influência

social, podendo ser evitado desde que a população seja conscientizada com relação ao problema e a suas conseqüências.

Na maioria das vezes, os fatos são atribuídos a acidentes; no entanto, no decorrer das falas, percebe-se sentimentos de culpa:

*“Eu não posso culpar ninguém e nem me sinto bem em dizer que meu filho tomou veneno... Eu não tenho como ficar em casa para cuidar dele”*. (Mãe de criança de dois anos que ingeriu produto químico de uso veterinário).

*“Eu não me sinto culpada, nem um pouco, isso pode acontecer... Eu me sinto muito mal, ainda bem que foi comigo e não na casa da vó dele”*. (Mãe de criança de um ano, vítima de queimadura).

Souza (2000) citado por Reichert (2003), afirma que os acidentes domésticos têm relação com a idade da criança e com sua etapa de desenvolvimento psicomotor, bem como com os fatores de risco presentes no ambiente, os quais estão relacionados com o comportamento e o estilo de vida da família, com fatores educacionais, econômicos, sociais e culturais. Assim, a combinação desses fatores contribui para desencadear acidentes que podem resultar em lesões graves e seqüelas irreversíveis para o desenvolvimento da criança.

Reichert (2003) ressalta, ainda, que a responsabilidade de alguns pais em propiciar um ambiente favorável a seu filho e assegurar um crescimento e um desenvolvimento satisfatórios vem sendo negligenciada e que, com isso, o desrespeito à Constituição Brasileira e ao Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) começa aí.



Assim, como já detectado em 2002 na investigação dos prontuários, verifica-se que, na maioria dos casos pesquisados, os agravos ocorrem em casa e/ou na presença de adultos.

Quanto aos sentimentos em relação à hospitalização, observou-se uma conotação bastante negativa em relação ao contexto intrafamiliar: aparecem os traumas, o tempo decorrido, os prejuízos e os danos causados pelo período que o familiar permanece no hospital e não pode trabalhar.

*“Acho a hospitalização horrível, a guria ficou traumatizada”.* (Mãe de criança de nove anos, vítima de ferimento por arma de fogo).

*“Eu tô aqui com ela e o cara que atropelou tá em casa... Eu não posso chorar na frente dela... Mas é brabo, tô aqui dois meses sem trabalhar e sem nada, e as contas pra pagar vão chegando...”* (Pai de criança de nove anos, vítima de atropelamento).

*“A hospitalização foi horrível, todo o sofrimento dela... achei muito triste, mexeu comigo, aquela dor que eu vi ela sentindo, tanto sangue, aqueles pontos...”* (Mãe de criança de nove anos, vítima de abuso sexual).

A criança, vítima de agravos externos, sofre duplamente: ao sofrer o agravo e ao ser hospitalizada quando necessário. Garijo (2000) salienta que a hospitalização representa para a criança uma situação nova, diferente de todas as que até então ela conheceu. Encontra-se fora do ambiente familiar, rodeada de desconhecidos que exploram e realizam exames em seu corpo, sem qualquer possibilidade de decisão por parte da criança. E é comum que a necessidade de atender a problemas de ordem física, de recuperação de doenças, faz com que,

normalmente, se dedique pouca atenção, inclusive chegando-se a esquecer as necessidades e os problemas psíquicos e sociais da criança e de sua família.

Alguns pais expressaram sentimentos de identificação e empatia com os filhos, vítimas de agravos por causas externas:

*“Olha, eu me sinto assim, muito esmagado, né...”* (Pai de uma criança de nove anos, vítima de atropelamento).

*“Me sinto impotente, sem força, né... Se eu tivesse em casa ele teria atirado em mim, eu não ia correr...”* (Mãe de criança de nove anos, ferida por arma de fogo).

Apropriadamente, Azevedo (1995) explicita que os trabalhos médicos resgatam as histórias controvertidas dos pais acerca dos ferimentos de seus filhos, na tentativa de ocultar a sua parcela de responsabilidade em torno dos mesmos. Portanto, além das evidências clínicas, há um discurso a ser tomado em consideração, entrando por aí a possibilidade de se estudar o comportamento dos agressores, verificar de que forma agem e se seria possível identificá-los primeiramente, enquanto uma população de risco.

Para Gabel (1997), os maus-tratos infligidos às crianças, e as graves negligências de que elas são vítimas, vêm há décadas atraindo a atenção de um público amplo. Mais odiosas ainda são as violências sexuais a que algumas delas são submetidas durante a infância e a adolescência. Tais fatos permanecem às vezes dissimulados, devido ao silêncio que os cerca: deve-se à reticência das vítimas em se queixarem e à surdez dos adultos que cuidam dessas crianças. É muito difícil formar uma idéia exata da amplitude desse problema, por outro motivo não fosse que a atitude das vítimas e daqueles a quem elas, nem sempre, ousam

confessar. O mesmo autor fala que é difícil formar uma idéia das conseqüências longínquas desses traumatismos, que são incontestavelmente patogênicos, mas cuja avaliação exigiria estudos longitudinais que, na prática, são difíceis de conduzir.

Com essas falas podemos entender que, em ocorrências de agravos por causas externas na infância, não apenas a criança é vitimada, mas toda a família passa por um processo de adoecimento tanto físico quanto psíquico.

Ocorreram casos em que essas situações já haviam sido vivenciadas pela família em outros momentos, evidenciando uma repetição da violência e negligência por parte dos cuidadores. Observou-se, também, que alguns desses cuidadores (pai e mãe) já haviam sido vitimados por agravos semelhantes, o que nos leva a refletir sobre a continuidade dessas ocorrências e sobre a falta de atenção e de políticas públicas com intervenções eficazes para essas situações de insegurança.

*“Eu nunca tinha visto, assim um estrupo. As outras meninas foi com o pai verdadeiro delas, mas eu só sabia bem depois”.* (Mãe de criança de nove anos, abusada sexualmente pelo padrasto, sendo que as duas irmãs mais velhas já haviam sido abusadas pelo pai verdadeiro. A mãe foi abusada sexualmente quando criança).

*“Eu não gosto nem de imaginar... agressões. Eu até já passei por isso, até meu casamento foi uma violência”.* (Mãe de criança intoxicada por produto químico de uso veterinário).

Segundo Sarmatz (2002), os abusos sexuais são praticados por um adulto que adquire a confiança da vítima, em sua maioria na intimidade do lar, tendo pais, tios e padrastos como principais agressores.

No entendimento de Adorno (1988) e Guerra (2001), a violência é uma forma de relação social; está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob esta óptica, a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos de comportamento vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico.

Para Guerra (2001), ao mesmo tempo em que a violência expressa relações entre classes sociais, expressa também relações interpessoais, está presente nas relações intersubjetivas entre homens e mulheres, adultos e crianças... seu resultado mais visível é a conversão de sujeitos em objetos, sua coisificação. Esta mesma autora vê a violência como uma negação de valores universais, como a liberdade, a igualdade e a vida. Diz que a violência tem por referência a vida reduzida, alienada, não a vida em toda a sua plenitude e que a violência é uma permanente ameaça à vida pela constante alusão à morte. Acrescenta que a violência doméstica apresenta relação com a violência estrutural (entre classes sociais), porém é um tipo de violência que permeia todas as classes sociais como violência interpessoal.

### **3.4 Os sentidos produzidos pela equipe de saúde**

As entrevistas realizadas com os profissionais da saúde possibilitaram a reflexão sobre outros aspectos dos casos de agravos externos na infância. Através dos dados organizados em mapas e árvores de associação, conforme citado no item 2.4 do capítulo II, destacam-se

diversos apontamentos em comum, feitos pelos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que participaram da pesquisa.

Dentre esses apontamentos, está relacionado o que pensam os profissionais sobre o atendimento curativo, superficial e limitado realizado no hospital, a necessidade de um trabalho em equipe multidisciplinar, as dificuldades para assistir a criança e sua família, os sentimentos do profissional frente às situações de agravos, a falta do retorno de informações ao hospital por parte dos demais serviços de apoio a que a criança é encaminhada e a necessidade do trabalho preventivo junto à rede de atenção primária à saúde e aos órgãos envolvidas na atenção à criança.

Com o objetivo de mostrar dados importantes retirados da análise, destacamos algumas falas em que aparecem as percepções e os sentimentos dos profissionais:

*“Eu acho o atendimento no hospital superficial, insuficiente... a gente acaba sendo omissos, não se aprofunda nessas situações, né”*. (Médico Pediatra).

*“O atendimento no hospital é bom, porém limitado”*. (Enfermeira).

*“Em casos suspeitos, acionamos a assistente social e o conselho tutelar, mas não é feito mais nada”*. (Médico Pediatra).

Westphalen e Carraro (2001) ressaltam que a qualidade da Enfermagem está nas mãos da equipe, na qual o Enfermeiro ocupa o espaço de líder e coordenador. A metodologia da assistência de enfermagem é a instrumentalização necessária para que o enfermeiro planeje as ações da enfermagem, direcionando a prática de forma a facilitá-la, reformulando-a no dia-a-dia, facilitando o desempenho e permitindo uma maior aproximação com o ser humano.

Há muitas possibilidades de atenção à saúde da criança através do cuidado de enfermagem dentro dos hospitais ou fora deles. Para isso, é necessário um atendimento em forma de rede com todas as esferas sociais responsáveis pela saúde e pelo bem-estar da criança, para acompanhamentos e encaminhamentos eficazes quando necessário.

Para todos os profissionais observou-se a necessidade e a importância do atendimento em equipe multidisciplinar, como se constata nas falas:

*“O atendimento que falta e que considero necessário é com psicólogo pra acompanhar a família também, mas isso não acontece...”*. (Técnico em Enfermagem).

*“Eu acho que deveria ter uma equipe multidisciplinar envolvendo assistente social, psicólogos, médicos e enfermeiros para avaliar com mais profundidade”*. (Médico Pediatra).

Na atenção integral ao desenvolvimento da criança, Miranda e Ferriani (2001) salientam que o conjunto de ações referidas abrange diferentes áreas do conhecimento. Isso significa que deve haver planejamento e supervisão de um trabalho coletivo de natureza multiprofissional. As ações coletivas na área da educação e da saúde podem e devem ser feitas por técnicos com formação multiprofissional e interdisciplinar. A visão multiprofissional exige sua construção de tal forma que cada técnico seja capaz de abrigar uma concepção integral do indivíduo, sabendo identificar quando há de fato necessidade de atuação conjunta com o profissional de outra área. As autoras falam ainda que os especialistas de uma só área não conseguem responder a todas as perguntas, e a proposta interdisciplinar leva a um olhar e a um agir na tentativa de responder a essas necessidades da criança e do adolescente em idade escolar, concorrentes à sua saúde integral.

Em relação aos sentimentos e às percepções dos profissionais, surgem questões que envolvem a empatia do profissional com a criança vítima de agravo e sentimentos de impotência e indignação (sofrimentos estes que não são trabalhados com a equipe):

*“Quando a criança é maltratada ou negligenciada, dá uma vontade assim... de esgoelar o pai...”* (Enfermeira)

*“Prá lidar com criança, precisa ter jeito, paciência, tu tem que entrar na sintonia deles, tem que falar a linguagem dos anjos...”*. (Enfermeira)

*“Mesmo orientando as mães dos riscos a que a criança está exposta, parece que muitas mães não se alertam disso”*. (Médico Pediatra)

Lopes (2003) relata que as mães se sentem injustiçadas pelo julgamento das pessoas, quando são rotuladas de irresponsáveis, descuidadas, que não têm amor aos filhos. O que se percebe nas falas é um sentimento de impotência presente no contexto familiar, que dá continuidade à proposta de recuperação transcendente à da instituição. A sustentabilidade da recuperação parece sinalizar para a criação de mecanismos de apoio à família, melhorando, sobretudo, as condições de sobrevivência.

*“A equipe fica indignada por ter chegado a este ponto, poderia ter sido evitado...”*. (Enfermeira).

Westphalen e Carraro (2001) compreendem o exame físico como cuidado. Ao observar, palpar, percussão e auscultar, o profissional projeta-se como mediador entre o ser

humano e seu processo de viver, não apenas vislumbrando de maneira crítica os problemas que o acometem, mas também reconhecendo-o como indivíduo social. Daí emerge a importância do papel dos profissionais médicos e de enfermagem frente a essas situações.

De acordo com Boff (1999), citado por Westphalen e Carraro (2001), cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidar comprometido com a vida, que considera a singularidade de cada ser humano, contribui para a restauração e manutenção da qualidade de vida em seus vários contextos.

A falta de informações sobre a situação dos casos aparece na maioria das entrevistas como um fator desmotivador ao profissional que trabalha no hospital, pois ele acaba sem saber se o caso teve solução.

*“É angustiante depender de outros profissionais, o atendimento fora do hospital (perícia, conselho tutelar) é demorado demais. E a gente deveria ter um retorno, sabe”.* (Enfermeira).

*“A gente não tem retorno de soluções para esses problemas, as pessoas ficam desestimuladas e acaba caindo no esquecimento. Se tu vê a solução, tu fica mais perspicaz e confiante para levantar esses problemas”.* (Médico Pediatra).

A carência de informações das mães sobre prevenção de acidentes na infância indica a necessidade de uma ampla mobilização da sociedade, da mídia e dos profissionais de saúde em particular, voltada para a redução de acidentes na infância, conforme nos fala Reichert (2003).



A medida mais eficaz para enfrentar essa problemática é a atuação dos profissionais envolvidos na assistência à criança e à família. O profissional de saúde que atua em pediatria possui conhecimentos para compreender melhor o crescimento e o desenvolvimento da criança, de seu ambiente familiar e social, devendo assim introduzir em seu local de trabalho discussões, orientações e divulgação dos preceitos básicos em prevenção de acidentes, atuando como educador junto ao paciente e à sua família, dando destaque às medidas de prevenção de acidentes na infância (DEL CIAMPO, 1997 citado por REICHERT, 2003).

A não-repetição do acidente e a queda de sua taxa vão depender da atuação profissional voltada para a profilaxia. Reichert (2003) salienta que para isso o trabalho deve ser ininterrupto e implementado junto à família do acidentado, à população, às autoridades e aos órgãos educativos. Essas medidas, embora simples, podem contribuir para a redução do número de casos de acidentes, minimizando o risco de complicações e óbitos por causas evitáveis.

O desconhecimento de trabalhos preventivos para os agravos externos na infância e a necessidade de prevenção são pontos enfatizados em todas as entrevistas:

*“Não conheço trabalhos preventivos”.* (Médico Pediatra)

*“As pessoas estão se dando conta de que é preciso prevenir”.* (Técnico de Enfermagem)

*“Saúde preventiva é economia, sutileza, educação. Sabemos que com educação muitas coisas já melhoraram”.* (Médico Pediatra)

*“Não há acompanhamento, continuidade de atendimento para estes casos e muitos acabam retornando para o hospital”.* (Enfermeira)

Mendonça (2002) salienta que no caso da saúde, a esmagadora maioria dos recursos fica com a medicina curativa e a menor parte dirige-se aos gastos preventivos. Uma parcela ínfima das despesas sociais vai para o saneamento, forma importante de melhorar a expectativa de vida ao nascer e de reduzir a mortalidade infantil.

Para Azevedo e Guerra (1995), a violência doméstica contra crianças e adolescentes é como um câncer silenciosamente espalhado pelas casas de qualquer cidade. Por isso mesmo, concentrarmo-nos apenas em atividades de intervenção, tipo SOS Vítima, pode significar a tentativa de curar um câncer aplicando um “band-aid”. Mais ainda, pode significar o risco permanente de chegar sempre tarde demais para salvar a qualidade de vida da infância. Daí a importância de tentar interferir antes que uma família abusiva e negligente venha a sê-lo. Ou seja, a importância da prevenção.

Conforme Cunha (1999), os profissionais enfrentam diversas dificuldades em atender e notificar casos de agravos externos na infância. Há uma forma introvertida de atender a esses casos, pois muitas vezes deparam-se com a falta de políticas públicas e redes de atendimento e práticas extremamente burocráticas, lentas e pouco eficazes. O que se percebe é a criação de demandas individualizadas, atendimentos solitários e frustrações coletivas. Obviamente não se quer dizer com isso que não se deve atender aos casos de maus-tratos em sua singularidade, mas deve-se ter claro que, embora cada profissional ou instituição deva fazer a sua parte, não se pode perder de vista outros níveis de intervenção e atuação que permitam estar atuando nas causas dos problemas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A história social da criança e de sua família vem tomando novos rumos ao longo dos séculos e, em diferentes tempos e culturas, o papel da criança na família modificou-se muito. Na idade média, a infância era menosprezada e tida como um estágio inferior ao ser adulto,

pois assim que a criança saía do seu período mais frágil, mal possuindo algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos no trabalho e nos jogos.

Ariés (1981) fala que a aprendizagem sob forma de escolarização no fim do século XVII foi um marco importante para a infância, pois ao mesmo tempo em que “enclausurava” a criança nos bancos escolares, modificou a consciência dos pais em relação ao papel dos filhos. Possibilitou à família novas formas de se relacionar e assim tornou-a um lugar de afeto e de cuidados necessários entre pais e filhos.

Ao conceituarem a família, Azevedo e Guerra (2000) ressaltam que a tendência à naturalização da família, que leva à identificação do grupo conjugal como uma forma básica e a percepção do parentesco e da divisão de papéis como fenômenos naturais, criou obstáculos de difícil transposição para a sua análise. Por esse motivo, para se estudar a família deveria se dissolver sua aparência de naturalidade, percebendo-a como uma criação humana mutável e que pode se apresentar como uma instituição bastante diferenciada em outras sociedades ou em diferentes momentos históricos. Assim, o modelo nuclear de família que conhecemos e que nos parece tão natural só se consolidou por volta do século XVIII, o que provavelmente deixou resquícios em nossa sociedade de outras concepções familiares, e portanto, em suas relações.

A consciência da infância brasileira, como sendo um segmento minorizado da população, valorizado na lei, mas desvalorizado na ação, com uma cidadania de segunda classe, é como um fator que sutilmente autoriza os adultos do país a violarem crianças e adolescentes na rua, em casa, na escola. Para Azevedo e Guerra (1995), devido a essa má consciência da infância, há que se construir uma cultura realmente valorizadora da infância para que tenhamos resultados diferentes.

Segundo Nogueira (1996) citado por Miranda e Ferriani (2001), existe uma dicotomia entre a produção teórica sobre a criança e o adolescente e o atendimento dispensado a eles. Essa dicotomia existe desde a criação do primeiro Juizado de Menores até os dias de hoje, já que na maioria das regiões do país a implementação efetiva das mudanças preconizadas pelo ECA só ocorreu no plano legal; em termos de aparelhamento do estado, quase nada foi realizado.

Quando analisamos o ECA, temos a impressão de que se está vivendo em outro país. São tantas leis assegurando o que é essencial à existência de um cidadão em desenvolvimento como é a criança, mas como sempre, a lei e a ação nas Políticas Públicas Sociais voltadas à criança estão separados por um imenso fosso, construído pela grande concentração de renda, que faz da maioria cidadãos desprovidos do direito de igualdade, de integralidade e de equidade ao acesso à educação e à saúde.

Para Gabel (1997), toda a história política do Brasil está marcada pelo oposto do que o Estatuto propõe. As decisões sempre foram centralizadas, autoritárias, sem participação popular e a maioria das pessoas não era considerada uma pessoa de direitos. A aplicação das verbas era resolvida em gabinetes fechados, sem qualquer controle da sociedade civil. Agora, além de criar os Conselhos de Direitos, os Conselhos Tutelares e os Fundos, o Estatuto propõe um reordenamento de todas as instituições relacionadas à infância: o Poder Judiciário, o Poder Executivo, as organizações não-governamentais e a comunidade. As novas instituições e as antigas deverão trabalhar de modo integrado, segundo as particularidades de cada uma. Essa articulação mostra-se indispensável tendo em vista que muitos problemas das crianças e dos jovens decorrem da miséria de suas famílias e do fracasso das políticas públicas de educação, saúde, trabalho, moradia, saneamento e agricultura.

De acordo com as investigações realizadas para este estudo, detectou-se que os tipos de agravos externos mais freqüentes são os traumas de todos os tipos, tendo como principal causa as quedas, embora todos os outros tipos de agravos também sejam freqüentes. Em relação à gravidade dos mesmos, permanecem os traumas, as queimaduras, as negligências, os maus-tratos e os abusos como os casos mais graves. Porém, percebeu-se também que esses acontecimentos são muito mais freqüentes na infância do que imaginamos quando não convivemos com esta realidade, pois o número de internações hospitalares por causa dos agravos externos é elevado conforme podemos detectar na primeira fase desta pesquisa.

Durante a investigação, ficaram claras a vulnerabilidade e a fragilidade das crianças, bem como a pouca atenção dispensada às mesmas em seus núcleos familiares, assim como se detectou o entendimento dos profissionais sobre essas ocorrências e como os mesmos atuam frente a essas situações.

As famílias investigadas são provenientes da periferia do município, fato este que coincide com o que referem alguns autores no sentido de que o ambiente está diretamente ligado a possibilidades de ocorrência de agravos externos, uma vez que os casos foram escolhidos aleatoriamente pelo seu diagnóstico e não pelos demais fatores. Muitos pais demonstraram bastante sofrimento em relação ao estado de saúde dos filhos, dificuldades em aceitar o acontecimento, despreparo e falta de informação sobre cuidados e prevenção de agravos externos na infância.

Na investigação realizada junto às famílias, percebemos que as principais preocupações manifestadas pelos familiares dizem respeito à responsabilidade pela ocorrência do agravo externo, em que aparecem atribuições de responsabilidade às próprias crianças, de

um dos pais para o outro e/ou para os avós, da sociedade como um todo, quando ressaltam também a possibilidade de se ter prevenido o acontecimento. Sentimentos de culpa também foram freqüentes, assim como a empatia e os sentimentos de identificação dos pais com os filhos.

Quanto aos profissionais, alguns alegaram dificuldades e até mesmo impotência para a resolução de situações, diante das quais sentiam-se limitados. Deixaram claro em suas falas a necessidade e a importância do atendimento por uma equipe multiprofissional à criança e à família vitimadas por agravos externos. Outro fator bastante focado foi a falta de acompanhamento, de informações sobre a situação da criança após a alta hospitalar, o que caracteriza a falta de informações entre os serviços de atendimento à criança. Além destes, é nítida a necessidade de um trabalho preventivo junto às instituições e organizações (escolares e de atenção à saúde da criança) para uma maior sensibilização da família, dos profissionais e da sociedade de uma maneira geral, visando a mudanças no entendimento e no comportamento das pessoas em relação ao risco a que as crianças estão submetidas constantemente.

Muitas vezes a criança é responsabilizada pelo ocorrido ou, então, o agravo é visto com uma certa naturalização, como se a infância fosse um período predisponente aos riscos e que pouco poderia ser feito para evitá-los. Porém, em algumas situações em que esses fatos são caracterizados como acidentes, no decorrer das falas, principalmente dos pais e das mães, percebe-se sentimentos de culpa. Em várias situações esta responsabilidade também é remetida à sociedade.

Portanto, pode-se entender que em ocorrências de agravos por causas externas na infância, não apenas a criança é vitimada, mas toda a família passa por um processo de

adoecimento tanto físico quanto mental, refletindo essa situação na sociedade como um todo com interferência nas relações interpessoais. A seqüência de ocorrências de negligência e violência numa mesma família leva-nos a refletir sobre a continuidade desses agravos e a falta de atenção e de políticas públicas com intervenções eficazes que reduzam a insegurança em que vivem essas crianças.

Assim, através deste estudo percebemos que a realidade detectada traduz uma situação de grande impacto na saúde pública. Existe, no entanto, um reduzido número de estudos que buscam decifrar o conjunto de fatores envolvidos nesse contexto, através da pesquisa social. Um fator que fica claro para a viabilização e efetivação da assistência à criança vítima de agravos externos é o atendimento em forma de REDE, seja ela municipal, estadual, nacional e/ou internacional.

Gabel (1997) conceitua REDE como uma articulação de trocas que estabelecem entre si organismos públicos (Executivo, Legislativo e Judiciário), ONGs e organismos internacionais, por meio de cooperação e parcerias, com vistas ao enfrentamento da problemática dos agravos externos na infância. A Rede tem como objetivos fortalecer seus integrantes, propiciar troca de experiências, facilitar o fluxo de informações, articular e integrar, identificar e denunciar situações de risco vividas por crianças e adolescentes, divulgar os direitos previstos em lei e exigir seu cumprimento, propor mudanças na legislação, subsidiar a análise e a formulação de políticas públicas e subsidiar as ações dos Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares.

Mas além de políticas públicas adequadas à promoção da saúde e do bem-estar na infância, devemos ressaltar um dos pontos mais importantes deste trabalho que nos parece fundamental para a prevenção dessas ocorrências na vida das nossas crianças: a estrutura e a



qualidade do convívio intrafamiliar. Falamos aqui em laços afetivos, vínculos que precisam ser estimulados para que a possibilidade de prevenção surja inicialmente no seio da família, através dos sentimentos de afeto, responsabilidade, compromisso e cuidado com a criança. A conscientização do ser adulto em relação ao seu papel, enquanto cuidador, precisa ser resgatada e constantemente lembrada, e por isso as políticas públicas de atenção à infância devem ser voltadas a toda a família. Concordamos com Schopenhauer, citado por Miranda e Ferriani (2001), quando nos diz que “o presente é sempre inadequado, o futuro é incerto e o passado irre recuperável”. Portanto, a escrita do futuro que desejamos para a infância brasileira deve começar agora, e há possibilidades de obtermos grandes conquistas se o Estatuto da Criança e do Adolescente for seguido, respeitado e cumprido.

Ariés (1981) indica que a análise da família deve se preocupar não apenas com as dimensões dessa instituição, mas também com as qualidades emocionais das relações familiares, remetendo nesse sentido para uma teoria psicológica da família.

Azevedo e Guerra (2000) dizem que no campo da psicologia a família desempenha um papel fundamental na teoria de Freud. O princípio básico freudiano de que a estrutura da mente humana forma-se na infância desempenhou um papel revolucionário no campo científico. Freud mostrou que a mente não é algo previamente dado, mas sim uma estrutura construída na infância, através de um longo processo de formação da personalidade e do estabelecimento de vínculos afetivos e emocionais que ocorrem dentro da estrutura familiar.

Sabe-se que as condições ambientais, de modo geral, podem gerar grandes impactos na saúde da criança, porém observa-se que as ações para a prevenção de agravos externos são minoritárias, tendo-se poucas notícias de programas com esse objetivo. Percebemos diversos estudos sobre os acidentes na infância; contudo, em sua maioria, o enfoque é para

determinados tipos de acidentes, definindo apenas características epidemiológicas, demonstrando poucas referências de atenção geral à saúde da criança e às demais implicações familiares e afetivas, bem como para os diversos problemas de origem social e cultural que muitas vezes permeiam as histórias de acidentes; pois a tendência à naturalização desses acontecimentos deixa a criança cada vez mais exposta aos riscos.

Na via de traçar ações em Rede, destacam-se como um efeito desta pesquisa, os encontros entre diversos segmentos da comunidade (Centro de Proteção ao Menor em Situação de Risco ou Abandono – COPAME, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – COMDICA, Centro de Atendimento Psicossocial à Infância e Adolescência – CAPSIA, Conselho Tutelar, Representantes dos cursos de Serviço Social, Enfermagem, Odontologia e Psicologia da UNISC) e os pesquisadores envolvidos neste estudo, conforme citado na contextualização deste trabalho. O objetivo é a discussão sobre os resultados da pesquisa e a reflexão sobre a atual situação em que vivem nossas crianças, pensando na efetivação de uma rede assistencial de atenção à saúde da criança e de sua família em uma parceria entre a comunidade e a Universidade.

Acredita-se que em estudos e pesquisas adquire-se aprendizado no fazer, no desenvolvimento dos diversos passos desta caminhada. Portanto, o passo inicial foi dado, cabendo à equipe interdisciplinar que atua no Serviço Integrado de Saúde – SIS/ UNISC dar continuidade a discussões, encontros e reuniões que enfoquem questões otimizadoras da qualidade das ações preventivas e assistenciais em saúde.

Assim, o desenvolvimento de pesquisas nos serviços de saúde, com ênfase na promoção e prevenção, representa uma estratégia de reflexão de melhorias tanto na maneira de assistir aos usuários dos serviços como na qualificação dos profissionais, possibilitando

intervenções através de equipe interdisciplinar. Este estudo atingiu seu principal objetivo que é estimular a reflexão e a sensibilização e fazer um alerta quanto à vulnerabilidade e a fragilidade das nossas crianças, bem como ao pouco entendimento e atendimento a essa realidade social.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Saber preparar uma pesquisa: Definição, estrutura e financiamento*. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1997.

ÁRIES, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE BRASÍLIA. *Acidentes na Infância*. Disponível em: <<http://www.ambr.com.br>>.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. A. *Violência Doméstica na infância e na Adolescência*. São Paulo: Robe, 1995.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (org.). *Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 2000.

BATES, R. Equipe Cirúrgica do Hospital da Criança de Toronto. *Urgências Traumáticas na Criança*. p.413-422. São Paulo: Manole, 1978

BERTOLOZZI, M. R. O Sistema de Saúde Brasileiro: em que ponto estamos? *Revista Nursing*. v. 64, nº 6. Set. 2003.

CLASSIFICAÇÃO Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10. Organização Mundial de Saúde (OMS). 10ª Revisão. São Paulo: EDUSP,1996.

CUNHA, J.R. *Revista Texto e Contexto-Enfermagem-UFSC*. v. 8, n. 2, p. 360-363, mai. / ago. 1999. Florianópolis: 1999.

CORPIS, Ana C. D.. *O Papel Educador do Enfermeiro Frente à Prevenção de Acidentes na Infância*. Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, 2000.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo. Atlas, 1981.

DICAS DE SAÚDE DO SITE TERRA. *Acidentes na Infância: Saiba como Evitar* Disponível em: <<http://boasaude.terra.com.br>>.

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal 8.069/1990.

FAZENDA, I. (org.). *Metodologia da Pesquisa Educacional*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE / Ministério da Saúde. *Mortalidade Infantil*. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>.

GABEL, M.(org). *Crianças Vítimas de Abuso Sexual*. São Paulo: Summus, 1997.

GARIJO, C. et al. *Pediatria*. Rio de Janeiro: Mc Grawl Hill, 2000.

GONZÁLES Rey, F. *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios*. São Paulo: Pioneira, 2002.

GRANT, Q. R. Equipe Cirúrgica do Hospital da Criança de Toronto. *Urgências Traumáticas na Criança*. p. 455-461. São Paulo: Manole, 1978.

GUERRA, V. N. de A. *Violência de Pais Contra Filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez, 2001.

INDICAÇÕES DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DO HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, SP. *Espaço Saúde – Causas de Acidentes e Mortes*. Disponível em: <[http:// www.einstein.br](http://www.einstein.br)>.

JUKEMURA, Ricardo. *Epidemiologia dos Acidentes na Infância e Custo Financeiro do Primeiro Atendimento Médico do Município de Carapicuíba – São Paulo*. Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação do Departamento de Pediatria da escola de Medicina – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: 2000

JUNGBLUT, I.C.O. *Revista Texto e Contexto-Enfermagem- UFSC*. v. 8 n. 2, p.449-454, mai. / ago. 1999. Florianópolis, 1999.

LOPES, M. S. V.; MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Percepção das Mães Sobre a Perda de Peso e Desnutrição dos Filhos. *Revista Nursing*. v. 57, n. 6, fev. 2003.

MARKHAM, U. *Traumas de Infância: Esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Agora, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDONÇA, R. *O Paradoxo da Miséria*. Revista Veja. ed. 1735, p. 82 – 93. Abril. jan. 2002.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. (org.) *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 16 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. *Educação Preventiva de Acidentes*. Departamento de Documentação e Divulgação. 2 ed. Brasília-DF: 1980

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção de Acidentes na Infância*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. *Cuidados com a Saúde das Crianças Pequenas*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>.

MIRANDA, M. I. F. de; FERRIANI, M. das G. C. *Políticas Públicas e Sociais para Crianças e Adolescentes*. Goiânia: AB, 2001.

MOTTA, M. G.; SOUTO, M. B. *Revista Texto e Contexto-Enfermagem- UFSC* . v. 8, n. 2, p.322-325, mai. / ago. Florianópolis-SC, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS/OMS. *A Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS/OMS, 1998.

PORSCH, Andréia Luisa. *Assistência domiciliar: Uma Nova maneira de fazer enfermagem*. Monografia apresentada ao curso de Pós – Graduação em Saúde Coletiva – UNIFRA. Santa Maria-RS:1997 .

RAMOS, R. F. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G. (org.). *Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). Projeto Acolher. Brasília-DF: 2000.

REICHERT, A. P. da S.; SILVA, S.L. F.; COSTA, T. N. Prática de Mães na Prevenção de Acidentes na Infância com Crianças de 0 a 5 Anos de Idade. *Revista Nursing*. v. 62, n 6. jul. 2003.

REZENDE, M. S.; KRAETHER, L. N.; KOEPP, J. O Perfil das Vítimas de Trauma Atendidas na Esfera do Município de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul. *Revista Nursing*. v. 55, n. 5. Dez. 2002.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

RIZZO, A. de O. et al. *Plantão Médico: Urgências e Emergências*. Rio de Janeiro: Biologia e Saúde, 1998.

SARMATZ, L. *Inocência Roubada*. Revista Super Interessante. ed. 176, p. 39 – 46. Abril. mai. 2002.

SCHVARTSMAN, Samuel. *Acidentes na Infância*. São Paulo: Almed, 1983.

SLOAN, Daniel. *A revolução da qualidade na saúde*. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1996.

SPINK, M J. (org). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximação Teórica e Metodológica*. São Paulo: Cortez, 2000.

SPÍNOLA, A. W. P. et al. *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez, 1992.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa tem Educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VERONESE, J.R.P. *Revista Texto e Contexto-Enfermagem – UFSC*. v. 8 n. 2, p.116-123, mai. / ago. 1999. Florianópolis-SC, 1999.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HANSSEN, M.N.A.. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma Introdução ao Tema*. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. *Metodologias para a Assistência de Enfermagem: Teorizações, Modelos e Subsídios para a Prática*. Goiânia: AB, 2001.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. *Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.



## **ANEXOS**

## ANEXO A - O roteiro das entrevistas

## ENTREVISTA COM OS FAMILIARES

**1) Prontuários:**

Tipo de Agravo Externo sofrido pela criança:

- ( ) maus tratos                   \*Quem maltratou?
- ( ) negligência                   \*Quem negligenciou?
- ( ) acidente                    Tipo de acidente (trauma, queimaduras, intoxicação...):
- ( ) abuso sexual                \*Quem abusou?
- ( ) abandono                    \*Quem abandonou?
- ( ) agressão                    \*Quem agrediu?

\*nível de proximidade, parentesco com a criança, se conhecido ou desconhecido.

Faixa Etária da Criança:

Procedência da Criança (endereço):

**2) Base sócio-cultural da família:**

- \*escolaridade
- \*renda salarial
- \*condições de saneamento básico
- \*nº de filhos
- \* posição da criança em relação aos irmãos
- \*situação conjugal dos pais

Entrevistado (**GRAU DE PARENTESCO**): \_\_\_\_\_

1. A que você atribui este acontecimento?
2. Você poderia falar sobre o que aconteceu?
3. Já ocorreram outras situações semelhantes na sua família?
4. Como você vê a hospitalização nesta situação?
5. Quando eu falo em *acidente*, o que tu pensas?
6. Existe alguma relação da situação vivida neste momento com acidente?
7. Quando eu falo em *violência*, o que tu pensas?
8. Existe alguma relação da situação vivida neste momento com violência?
9. Você acha que esta situação poderia ter sido evitada?
10. Quem cuida da criança?
11. Onde ocorreu o agravo?
12. A criança estava acompanhada? Por quem?
13. Quem prestou socorro? Como?
14. Em qual serviço de saúde a criança recebeu o primeiro atendimento?
15. (PERGUNTA AOS PAIS) Como você se sente diante desta situação?

Impressões/Observações do Entrevistador em relação aos sentimentos, comportamento e reações do responsável pela criança.

## ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Função: Formação: Há quanto tempo trabalha na unidade:
--

\* O que você entende por agravos por causas externas na infância?

\* Qual é a rotina da instituição quanto à assistência à criança acometida por agravos?

\* Você segue a rotina? ( ) Sim

( ) Não. Qual a conduta?

\* Qual a sua percepção em relação à criança internada por algum agravo externo?

\* Qual a sua percepção da assistência prestada por seus colegas de trabalho e ao trabalho da equipe em relação às crianças que internam por motivos externos?

\* Como você considera o atendimento prestado à criança acometida por algum agravo?

( ) Bom

( ) Suficiente

( ) Insuficiente

} Porquê?

\* Que tipo de atendimento você considera necessário?

\* Existe algum tipo de trabalho preventivo aos agravos externos na infância nos serviços de saúde do município? Qual? Como e quando é realizado?

\* Como você considera a atenção à saúde da criança por parte dos órgãos governamentais? E pela sociedade?



## ANEXO B - Os mapas de associação de idéias

## AS FAMÍLIAS

**A turma do ursinho Pooh: O Pooh****Agravo: Abuso sexual****Entrevistado: Mãe**

Acontecimento	Acidente	Violência	Responsabilidade / Culpa	Prevenção	Naturalização	Conseqüências	Cuidado / Atendimento	Sentimentos
			Sobre o "estrupe"? Eu não sei, não tenho nem idéia. Não sei. Não sei. Eu não sei. Não tenho idéia.					

Eu não sei. Não tava em casa, né. Ah! Quando eu cheguei? Como eu vi ela? Ah! Como eu vi ela... Quando eu cheguei em casa, né, eu cheguei com a marcela (chá), aí o meu esposo tava sentado; aí eu agarrei e perguntei pra ele onde é que tava o Pooh, né, daí ele disse: -“Tá dormindo”. Aí eu senti assim que ele tava... disfarçado, sabe, mas fiquei quieta, né, tranqüila, né, porque era um dia que eu tinha ido na igreja e tava de jejum, tava bem, bem calma, né, eu tava super bem, né, aí eu falei com ele, eu disse assim: “Cadê-le o Pooh?” – e ele disse: “Tá dormindo”. Tá daí a gente tava conversando, eu com aquele

Aí eu só pensei assim: Senhor, me ajuda nessa hora difícil. Que que eu faço? E saí chorando estrada a fora. Aí eu disse assim pra minha vizinha: -“Me ajuda, liga ou chama a polícia!” – Aí ela disse: -“Não, eu não tenho telefone, meu celular quebrou, mas o que aconteceu?” – Aí eu disse: - “A pequena tá puro sangue, tem que chamar a polícia” – aí eu não conseguia nem falar, aí ela disse: - “Deixa que eu ligo pra ti, eu te ajudo!”. Aí quando eu vi eles chegaram. A polícia chegou, chamou a ambulância, né, de repente o conselho apareceu, daí eu vim pro médico.



Não que eu visse assim, né, que eu já tinha visto um estrupo, não, né. Que eu me assustei muito e eu nunca tinha visto um estrupo; me senti super mal na hora.

Apavorada. As outras falaram pra mim, eu não vi, né, a outra, mas eu não vi nada, com o pai dela legítimo.

Que nem a outra mais velha, não vi, não assisti nada, né, soube depois. Nunca tinha visto um estrupo assim.

As outras meninas foi com o pai verdadeiro delas. Uma tem 15 e a outra tem 20... parece... Aí elas só contavam bem depois, bem passado, aí eu não vi, né.

Agora com o Pooh eu cheguei a ver o sangue, né, todo o sofrimento dela, daí eu fiquei

Agora eu fiquei  
com trauma,  
com nojo desses  
homi. Eu não  
quero nem vê  
ele.

A hospitalização  
foi horrível.  
Todo o  
sofrimento dela.  
Achei muito  
triste pra ela,  
muito, né,  
mexeu muito  
comigo... foi a  
mesma coisa que  
ganhar um nenê,  
né... aquela dor  
que eu vi ela  
sentindo, depois  
ali, né...  
sofrendo...  
aqueles ponto,  
né... isso me  
enraiva ainda  
mais, né, não  
quero nem vê ele  
na minha frente.  
Depois de tudo,  
não quero nem  
vê ele, nem um  
dos dois. Porquê  
os dois fizeram o  
mesmo papel.  
Todo esse  
sofrimento, eu  
achava que nem  
era assim um  
estrupe, eu não  
me lembro...  
nunca pensava,  
não imaginava  
que fosse tão  
doloroso, sabe,  
quando eu vi  
agora com os  
meus olhos eu...

Esse dia foi o seguinte: eu agarrei, né, tava em casa, aí eu tinha que buscar umas marcela, aí eu disse assim: Vô agarra e vô um presentinho pras minhas criança, todos ele, né, sempre assim, na sexta-feira santa eu gosto de dá um presentinho pra eles. É que como é muita criança, eu tava desempregada, aí eu pensei: Eu vô catá mais marcela, pra podÊ vendê, né, aí eu disse pro guri: “A mãe vai dá trinta móio pra cada filho, aí vocês faiz... eu compro bombom ou compro roupa, né, é o presente que a mãe vai poder dá, a mãe não tem dinheiro (pára e pensa). E foi isso que eu saí, ... pra colher marcela.

Acidente eu imagino que é coisa ruim, assim. Que nem aconteceu uma vez com o Pooh, que ela caiu uma vez no rio, quase morreu, muito doloroso também. Que ela fugiu e... ela fugia muito, né, daí eu tinha que me preocupá muito, né, onde eu moro é uma área de risco também, é na faixa e sempre quando eu saía eu já me preocupava, avisava: -“Não desce” – porquê eu tinha medo, né que ela era muito fujona.

Eu imagino que  
violência foi o  
que aconteceu  
com o Pooh,  
né... (pensativa).  
Foi violência.  
Foi.

Tem irmãos  
grandes, né,  
inclusive esse  
dia tinha uma  
maiorzinha em  
casa, né, pra  
cuidá dela, daí  
ele agarro e  
disse que ele  
mesmo ia cuidá,  
né, e mando ela  
saí. Eu não sei  
informe se tem  
relação com  
acidente.

Poderia ter sido evitado...  
(pensativa). Se eu tivesse em casa assim, eu imagino, né, eu não precisava deixá outra pessoa, né, com ela. Eu penso assim, porquê eu fui, né, porquê eu fui? Me arrependo; na hora assim quando eu vi ela, né, me deu um desespero assim... Bah! Maldita hora... (neste momento a mãe se descontrola e começa a chorar).

A filha mais velha ele tocou ela dois dias antes, de casa. Ele ameaço ela, né, disse que ia matar ela, falo que ia mandar os capanga dele estrupá ela... (pára e pensa). Aí eu disse pra ela, eu disse: -“Vai lá na tua irmã” – achava que ia calma, né achava que ia passar, porquê ele sempre era violento com nós, né, daí eu disse pra ela ir que ia passar. Aí ela foi. Daí no outro dia ela chegou e ele oiô bem pra ela e disse: -“Tu não vai escapá, tu, eu vô só ligá pros meus camarada e...”. Aí eu fiquei com medo na hora que ele falou aquilo ali, né, porque ele já dizia, só que ele dizia muitas vez as coisa pra nós e nós não tinha medo, porque



Ele bebia. Droga eu não sei se ele usava, mas eu creio que sim, era muito agitado, sabe?

As meninas assistiram. Elas falam, né, a mais nova fala que viu... só que ela fala uma coisa numa hora e outra coisa noutra, confunde, né?

Ela foi atendida no CEMAI e depois foi para o hospital.

Agora eu me sinto muito ruim, muito mal mesmo, tem que ficá longe dos meus filho, né, e saber tudo o que aconteceu com eles, né, e... só o que eu me sinto mais agora aviazada dele, sabe? Isso aí agora... em casa, né, pra ter assim as criança. Mudou tudo lá em casa, né.

**A turma do Ursinho Pooh: O Guru**  
**Agravo: Queda de bicicleta com a mãe**  
**Entrevistado: O pai**

Acontecimento	Acidente	Violência	Responsabilidade/ Culpa	Prevenção	Naturalização	Conseqüências	Cuidado/ Atendimento	Sentimentos
<p>O guri sai de lá (APAE) 6 e 10 (horário) e ela chega em casa 6 e meia. Então quer dizer que ela só pega o guri e vai pra mãe dela e toma chimarrão e depois deixa o guri em casa. E pedestre... tudo escuro, não tem iluminação na estrada quase, foi isso o que causou o acidente do guri. Ela tropeçou no cordão. O ônibus veio de trás e ela foi dar mais espaço pro ônibus e tava escuro e ela não conseguiu vê o cordão.</p>			<p>Foi erro dela (a mãe) que foi muito tarde pra casa.</p>					

A mãe dele não  
soube cuidar. A mãe  
é menos  
interesseira.

Ah! Penso que...  
tá morto já. Penso  
que pode quebrar  
um pescoço,  
desnucar, no  
carro, porque  
conforme o  
acidente... Penso  
que é coisa grave  
já. Como esse  
caso dele aí foi  
feio quando eu vi  
ele, tava com um  
pano na boca e  
tudo com a boca  
arrebentada, todo  
inchado. E ela, só  
um esfolãozinho  
aqui (mostra a  
testa com a mão)  
e um cortezinho  
no tornozelo.

Jamais, né...  
Jamais.  
Não existe  
relação com a  
violência.

Podia tê sido  
evitada. Ih!!! 100  
%. 100 % podia  
ser evitada.

Foi um rapaz lá.  
Tava passando,  
viu, pegou no  
colo e levou.



Aí ele entrou e o meu marido e meu guri se esconderam, daí ele arrodou a casa e nisso a Can tava no quarto do meu guri pegando não sei o quê e o cara arrodou a casa e veio pela janela do quarto do meu guri e atirou. Daí ele fugiu, mas ficou por lá nos bar bebendo,

É um absurdo.

Não, foi bem calculada e pensada.

Eu dei parte na polícia e ninguém fez nada, a polícia nem apareceu lá.

Acho a hospitalização horrível. A guria ficou traumatizada.

Eu nunca imaginei passar por isso

Monte de coisas, eu sou da paz.  
Conversei e pedi pra eles não brigarem.  
Eu não sou da violência.  
A situação vivida foi uma violência.  
Claro.

Se a polícia tivesse ido lá na hora que eu liguei e avisei que tinha um cara armado. Era só eles chegarem lá e desarmar o cara, mas nem apareceram. Eu não sei, a minha guria de 16 anos que se juntou com um cara e foi morar pra fora, o Conselho (tutelar) chamou de lá pra pedir explicação porque ela tava faltando aula. Aposto que se eu baixasse com a minha filha toda roxa porque dei uma tunda nela, em dois toque tava polícia e conselho tudo aqui, mas como foi uma bala perdida ninguém deu bola e ninguém fez nada.



Quem cuida da criança é eu e o pai dela. Por isso também a gente fica indignada, né, a gente não põe em creche, cuida bem em casa, não deixa pros outros cuidarem com medo de não cuidarem direito e me acontece isso dentro de casa.

Quem prestou socorro foi o irmão dela de 15 anos que se viu com coragem de fazer alguma coisa, mas ela disse que não sentiu dor, que só sentiu uma coisinha gelada na perna dela e aquilo foi entrando e parecia que queimava, mas não chorou de dor nem nada.

Me sinto impotente, sem força, né. Se eu tivesse em casa teria atirado em mim. Eu não ia correr.

### A turma do Ursinho Pooh: O Tigrão

#### Agravo: Intoxicação

#### Entrevistado: A mãe

Acontecimento	Acidente	Violência	Responsabilidade/ Culpa	Prevenção	Naturalização	Conseqüências	Cuidado/ Atendimento	Sentimentos
Ele tava brincando, né, e daí a minha mãe tem assim um galpãozinho que ela guarda tudo as coisa velha e as ferramenta do meu pai, tudo lá, e ele foi, que ele adora brincá com ferramenta, bate com martelo assim (gesticula mostrando), e prego, né, daí ele entrou ali e abriu uma gaveta			Eu atribuo que é de arteiro que ele é, né. Curioso.					

Ai, eu não gosto  
nem de  
imaginar...  
Acho que tem.  
Foi. Foi um  
acidente.

Agressões. Que  
eu até passei  
por isso... até  
meu casamento  
foi uma  
violência.  
Não...

Só que a minha  
mãe não viu na  
hora, ela foi vê  
depois que ele já  
tinha tomado que  
ele começou a  
passar mal, daí a  
minha outra filha,  
diz que viu ele  
tomando e mostrou  
pra minha mãe a  
caixinha.

Se o galpão  
tivesse fechado  
não tinha  
acontecido

Acho que a  
hospitalização foi  
necessária, né,  
pois o guri quase  
morreu, tava todo  
mole.

É que por acaso  
tava aberto ele  
entrou. Que  
geralmente meu pai  
fecha; ontem ele  
esqueceu de fechar  
e... (pensativa). Eu  
não posso culpar  
ninguém, né,  
porque aconteceu...  
e ele é sem-  
vergonho, ele vai e  
não quer nem  
saber.  
Às vezes eu acho  
que falta um pai

Ela (referindo-se  
à mãe) até me  
ligou pra mim  
poder vir pra cá,  
só que eu  
trabalho numa  
sorveteria, né, e  
aquilo tava cheio  
Domingo,  
fervendo lá, e não  
tinha nem como  
eu sair correndo  
dali, daí eu disse  
pra ela: -Ai,  
arruma alguém,  
um vizinho pra  
levá, né, porque  
esperar eu chegar  
em casa ia ser  
tarde demais.

			<p>Eu não posso culpar ninguém,... (pensativa) e até nem me sinto bem em dizer que o meu filho tomou veneno, eu me sinto toda errada</p>	<p>Ai, eu não tinha como ficar em casa pra cuidá dele, né... ai, sei lá, podia ter acontecido comigo também.</p>	<p>Que ele tava lá ele não se mexia nem nada. Graças a Deus ele tá bem</p>	<p>O meu cunhado e a minha mãe; que o meu cunhado não mora junto comigo, né, ele mora noutra casa. (a mãe da cça mora junto com seus pais).</p>	<p>Agora que ele tá bem eu tô bem também, mas eu tava bem nervosa. Do jeito que ele tava Domingo,... eu achei que ele não ia sobreviver.</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

**A turma do Ursinho Pooh: O Bisonho**

**Agravo: Queimadura**

**Entrevistado: A mãe**

Acontecimento	Acidente	Violência	Responsabilidade/ Culpa	Prevenção	Naturalização	Conseqüências	Cuidado/ Atendimento	Sentimento
			<p>Ele ( a criança) é muito medonho, ele mexe em tudo. Ele mexe em tudo. Ele mexe em tudo, ele tá... é... ele abre a gaveta e pega a faca, aí eu vou e tiro a faca dele, aí ele vai na mesa e pega a xícara, aí eu saio correndo. Ele mexe em tudo as coisa, isso é arteiro mesmo.</p>					

Ele tinha jantado de noite, mas por mais que ele jante, ele tem que tá sempre a mamadeira dele sempre tem. Daí eu tava arrumando as roupa pr'ele ir pra creche às 8 e meia (da manhã) e daí eu coloquei só um pouco de leite a ferver pra ir mais rápido, né, e aí eu coloquei a ferver aí eu disse pra minha guria mais velha: - Fica aí cuidando e quando ferver tu desliga pra mãe e me chama. Aí ela desligou e ela que quis fazer, sabe, então sem eu saber ela foi e tirou o leite do fogão e foi esfriar e aí no ela ir esfriar o leite ela largou em cima da pia e aí ele foi lá e pegou a caneca e... isso aí.

Eu acho que ele precisava tá aqui. Precisava mesmo. Porque eu fui primeiro no CEMAI, né, daí a médica nem olhou muito bem, ela só olhou meio por cima assim e disse que ele ia ficar só em observação, mandou dar uma injeção pra dor e daí... aí depois ela viu, né, foi passando as horas e ela viu que o guri não tava bem. Mandou pra cá. Eu acho que... que nem ontem, o médico falou que ele ia embora ontem, né, daí hoje ele disse que ia mandar hoje, chegou ali e disse : -"Não pode". Eu por mim, tudo bem; ele disse pra mim que ele tem que tomar antibiótico no soro, na veia direto; eu se for por mim eu fico uma semana, desde que vá bom embora.



Ai, eu não gosto... ai, sinceramente eu nunca me vi numa situação dessas. Sabe, eu não... primeira vez, ... e espero que seja a última, né.  
Eu acho que tem relação com acidente. Tem.

Ai, eu não sei moça. Eu não lido no assunto.  
Não, não, não, não.

Poderia ter sido evitado. Bãh!!  
Poderia mesmo.

Fomos nós.  
Bom, aí no que eu vi que ele tava queimado que ele gritou, aí eu corri ligeiro na cozinha e a minha gurria tava com ele no colo, com leite, todo molhado. A primeira coisa que eu fiz, eu peguei uma fralda e molhei na água e botei em cima. Daí eles me perguntaram no Cemai: -"Tu deu remédio?"- eu na hora nem me lembrei de remédio. Eu agarrei um pano molhado e botei em cima, e ele tava só de fralda; eu saí com ele assim mesmo. Recebeu o primeiro atendimento no Cemai



OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

**A turma do Scooby-Do: A Daphne  
Enfermeira trabalha há dois anos na instituição**

Entendimento	Hospitalização	Atendimento	Trabalho em equipe	Conduta	Prevenção	Sentimentos
--------------	----------------	-------------	--------------------	---------	-----------	-------------

Eu acho que é o que mais abrange e a gente encontra, porque a gente convive muito aqui na pediatria, com várias classes e diferenças sociais. Então eu acho que não é só aquela criança que chega aqui, que apanhou, que foi espancada pela mãe, pelo pai, pelo tio ou pelo irmão; eu acho que é aquela criança que também chega aqui com a gente desnutrida, sem alimentação, aquela criança que tem problemas sociais, que tem problemas de relacionamento familiar, então eu acho que é bem abrangente, não é relacionado só às crianças espancadas, maltratadas ou abusadas, porque essas outras situações que eu te coloquei são agravantes externos e estão relacionadas com a saúde física, mental e social de toda criança.

Muitas vezes a internação não é tão necessária assim. Mas ela ocorre mais pra sanar uma necessidade de correção familiar, assim... Óbvio, que aqui a criança vai estar bem assistida, bem cuidada e protegida, só que é aí que tá, aqui dentro ela tá bem, mas e quando ela vai embora? Quem vai cuidar, quem vai zelar por ela?

A gente conversa diretamente com o médico, é acionada a assistente social imediatamente e se entra em contato com o conselho tutelar.

A nível de hospital a rotina tá boa, só que enquanto tá aqui, está resolvido o problema, porque aqui ela tem o acompanhamento, ela tem o carinho da gente, o carinho do médico, da enfermagem, de todas as pessoas, porque todo mundo que trabalha aqui, até mesmo o pessoal que vem da UNISC, todo mundo fica direcionado mais pra esse tipo de criança. Mas o problema é quando sai daqui, que daí ela não tem mais essas pessoas por ela. Então a nível de hospital é feito, só que o problema é dar continuidade a isso lá fora.

Eu acho que é bom, porque tem muito interesse até por parte médica também em quando acontece algum caso desses, eu acho que os médicos se empenham ao máximo.

Mas acho muito bom, a gente se empenha ao máximo, os médicos, eles mesmos muitas vezes entram em contato com conselho tutelar.

Eu acho que a gente poderia ter de repente o acompanhamento de um psicólogo. Porque muitas vezes, o trauma é muito grande e a gente não tem esse conhecimento desse lado da psicologia. Então ter o acompanhamento de um psicólogo pra gente conseguir trabalhar melhor com essas crianças.



Não tenho o que colocar de pontos negativos, eu acho que é uma equipe que trabalha muito unida, tem um ótimo relacionamento, tem muito carisma por parte das mães, das crianças, o relacionamento é ótimo, a gente recebe muitos elogios e eu identifico cada uma delas pra trabalhar realmente na pediatria, porque elas se encontram, tem uma partezinha de criança em cada uma delas.

Eu procuro esclarecer o máximo a situação, porque muitas vezes a gente acaba julgando as pessoas sem conhecer a fundo. De repente a mãe não deu alimentação pra criança não por que ela quis, mas porque ela não tinha, então tu tem que investigar bem antes de condenar e ponderar antes de chegar a qualquer tipo de conclusão, tu tem que investigar bem o que realmente aconteceu e depois sim, em cima disso procurar resolver e dar o apoio, mais do que nunca pra essa criança, né, que certamente é uma criança traumatizada e precisa muito de apoio.

É complicado, porque aqui é um sistema curativo, deveria se ter mais prevenção em cima disso, porque daí talvez, a coisa funcionasse melhor, essa criança seria acompanhada..., Prevenida..., Assistida... e não teria a necessidade de internar porque a situação familiar já estaria mais organizada.

Não conheço nenhum trabalho assim.

Eu acho que tá muito falha a atenção à saúde da criança; até a gente tem como dizer isso, a gente que trabalha dentro porque a gente recebe crianças que vão pra casa, a gente comunica todo mundo que deve ser comunicado, a gente libera daqui em ótimas condições, e dali um mês, nem isso retornam pra gente em condições muito piores do que quando chegaram pela primeira vez. Então a gente se pergunta: Tá sendo feito um acompanhamento, tá sendo feito alguma coisa? Nós fazemos a nossa parte, mas será o trabalho tem uma continuidade?

						<p>Todos ficam indignados também, como vocês também às vezes chegam na gente: - “Mas como que chegou a esse ponto, como?”, a gente vê a indignação por ter acontecido tudo isso, de ter chegado até esse ponto, coisa que a gente poderia ter evitado; eu digo a gente como sociedade. Então eu acho que é bom, só que infelizmente o nosso trabalho é limitado; e quando chega até a gente, é um caso que já... pra chegar até nós é que a coisa já ta séria, né.</p>
--	--	--	--	--	--	--

### A turma do Scooby-Doo: o Salsicha

#### Médico Pediatra, trabalha há vinte e nove anos na instituição

Entendimento	Hospitalização	Atendimento	Trabalho em equipe	Conduta	Prevenção	Sentimentos
--------------	----------------	-------------	--------------------	---------	-----------	-------------

A influência é tudo aquilo que interfere no processo natural evolutivo das coisas e que não segue a lei da mente universal. Os acidentes estão relacionados com as distorções impressas na mente e com a tendência, que pode ser hereditária. A gente percebe que tem famílias que tem mais tendência a ter acidentes, isso seria a cultura, a cultura de um povo. Se a pessoa tem tendência a acidentes a influência faz aflorar a distorção. Em toda negligência os acidentes são provocados pelas distorções. O acidente é uma tentativa de correção da distorção.

Todos nós, no hospital, procuramos correções das distorções. E essa correção só pode ser feita quando feita amorosamente, porque o amor é uma coisa espontânea.

A rotina é boa, suficiente.  
O atendimento na unidade é bom.

Graças a administração, muitas melhoras foram feitas.  
Quanto à equipe, eu acho que a assistência é boa.

O médico, em toda e qualquer urgência ou emergência tem que estar pronto a atender.  
Encaminhamos através do serviço social ao conselho tutelar, à polícia.  
Eu aciono os órgãos competentes através do serviço social e o envolvimento termina ali.

Não conheço. E aqui no hospital nós não fazemos esse tipo de trabalho mais amplo. Então toda atuação amorosa, ela é, por si só, uma maneira de evitar acidentes. Na saúde, o governo talvez não entenda na profundidade o quanto poderia economizar e trazer ao invés de ser desviado esse dinheiro, e se pegasse mais o detalhe, a sutileza de fazer mais uma saúde preventiva. Isso é educação. Eles estão se esforçando, nós podemos estatisticamente como melhorou a sobrevivência do povo brasileiro, morriam milhares de pessoas em epidemias, hoje temos as vacinas.



						É como eu te disse, tem que ser um atendimento até mais atento a amorosidade, porque a atenção voltada pra alguma coisa, sempre aumenta a sutileza, o detalhe.
--	--	--	--	--	--	--

**A turma do Scooby-Doo: O Scooby Médico Pediatra trabalha há 12 anos na instituição.**

Entendimento	Hospitalização	Atendimento	Trabalho em equipe	Conduta	Prevenção	Sentimentos
Bom, eu acho que entra aí agressões, né, alguns tipos de acidentes, negligência em relação aos tipos de perigos pelos quais as crianças possam estar expostas em determinadas faixas etárias, isso são agravos por causas externas.						

Às vezes a criança não necessitaria estar aqui, mas interna em relação aos cuidados dos familiares, a situação às quais ocorreu a fratura ou acidente, quando o médico fica em dúvida quanto ao cuidado que a mãe vai tomar no local do ferimento, se vai fazer a higiene, se vai ter algum tipo de noção, né, de saber quando recorrer a um serviço de saúde pra reavaliar.

Eu acho que deveria ter uma equipe multidisciplinar para poder avaliar com mais profundidade. A gente não tem um aprofundamento nessas situações, né. O que ocorre é que num primeiro momento a enfermeira consegue fazer um levantamento de alguma situação suspeita e aciona a assistente social, e a assistente social vai entrar em contato com o conselho tutelar. Mas não é feito mais nada. Eu acho insuficiente, porque a gente não tem retorno de soluções pra esses problemas, as pessoas ficam desestimuladas a levantar esse tipo de problema e a coisa acaba caindo no esquecimento. Na medida que tu passa a ver solução pra algumas coisas, que tu possa levantar, tu vai

Aí tu vê assim, ó  
que tá escancarado  
a ineficácia do  
nosso sistema,  
ninguém toma  
nenhuma atitude, aí  
chega uma criança  
de doze anos com  
um tumor atrás do  
olho, que projeta o  
olho pra fora, a  
pálpebra não  
consegue fechar o  
olho... e o  
oftalmologista só  
diz: - “Pois, é, eu  
não sei, o olho é  
meio complicado”  
– aí manda pra  
Porto Alegre, lá  
em Porto Alegre  
eles só puncionam,  
dão um colírio,  
porque ele tinha  
úlceras na córnea,  
tem dor,... tá,  
mandam pra casa.  
De casa vai, acaba  
consultando num  
postinho e assim  
vai...  
Considero  
necessário uma  
equipe  
multidisciplinar,  
envolvendo  
assistente social,  
psicólogo,  
médicos,  
enfermeiros...

A nível estadual acho que tá dentro do que o estado pode. Porque não tem ninguém que controle a verba, em relação aos gastos com saúde. Tá na constituição estadual que uma determinada percentagem da arrecadação, que ninguém controla e a gente sabe que é muito menor do que estipula a constituição. Mas eu acho que a nível municipal mudou bastante, e pra melhor.

É um atendimento superficial que se realiza na unidade. Não se vai a fundo nessas questões. Até porque às vezes entra a questão do hospital, que a gente acaba sendo omissa em relação a alguma criança com algum tipo de negligência ou algum abuso. É necessário uma psicóloga que trabalhe diretamente com essas crianças, com essas famílias, pra que fique um caso mais consistente pra poder encaminhar. A um tempo atrás a prefeitura dispunha para o hospital, mas aqui pra UTI uma psicóloga, ela fez um trabalho durante alguns anos e depois não veio mais ninguém.

Normalmente é acionada a assistente social e o pessoal do conselho tutelar.

No consultório é extremamente difícil, esses casos não chegam lá. No plantão, não sendo meu paciente eu encaminho para o seu pediatra. Então tu atende, tu acaba sanando um problema premente durante a consulta, né e aí depois encaminha pra acompanhamento com o seu pediatra e o seu pediatra encaminha e dá as devidas orientações.

Não conheço nenhum trabalho preventivo no município.

Santa Cruz nunca teve uma assistência global à saúde como tá tendo nesse último governo. Todos os postos de saúde estão assim a uma distância não muito maior que um quilômetro da casa dessas pessoas, qualquer pessoa tem direito a atendimento 24 horas com um pediatra em qualquer hospital e tem uma facilidade muito grande a nível hospitalar, ninguém fica sem internar. E aqui em Santa Cruz as pessoas são muito solidárias, existem vários grupos que atendem até instituições e que fazem um trabalho bonito não só com as crianças, mas com idosos, desabrigados, enfim...



						<p>A minha percepção é que apesar da gente levantar esses problemas, as mães parecem não se alertar disso, não levam em consideração, não se dão conta da importância disso.</p>
--	--	--	--	--	--	--

### A turma do Scooby-Doo: o Scooby-Loo

#### Técnica em enfermagem trabalha há quatro anos na instituição

Entendimento	Hospitalização	Atendimento	Trabalho em equipe	Conduta	Prevenção	Sentimentos
<p>Eu acho que são essas crianças que os pais batem, que são maltratadas, abusadas, né? Por que isso são agravos por causas externas, isso vem de fora. É acho que é isso.</p>	<p>Eu acho que tem algumas crianças que não precisavam tá aqui, que tiram o lugar das que realmente precisam.</p>					

Que nem às vezes interna uma criança com um braço quebrado pra engessar, nem cirurgia precisa fazer, aí o médico se enrola, a criança fica neste ambiente hospitalar exposta aos mais diversos casos, piora e acaba tendo que ficar por alguma coisa mais séria. Poderia Ter sido solucionado fora daqui.

A gente comunica a enfermeira, ou então já faz contato direto com a assistente social do hospital e ela contata o conselho tutelar, a polícia, se for o caso, chama os pais...

Eu acho que a gente faz o certo, mas poderia ser de maneira diferente. Não sei se tivesse uma psicóloga que trabalhasse essas questões com esses pais ou que preparasse melhor a criança para certos procedimentos. O que tá sendo feito é correto, mas acho que falta alguma coisa, mais apoio, não sei, as vezes tu te sente desamparada, parece que aquilo nunca vai ser solucionado, porque demora demais.

No geral, acho bom. Tem muita coisa que tu sabe que tem ser diferente, mas quem sou eu pra falar alguma coisa, tem muita gente vendo e ninguém faz nada. Mas é bom o atendimento por parte da equipe. É uma equipe unida, todo mundo se ajuda e o trabalho rende.

Seria necessário um atendimento com mais profissionais envolvidos, não só a enfermagem e o médico. Tem coisas que a gente não tá preparadas pra ouvir, pra fazer ou sei lá... tem muita coisa que a gente tente fazer, que não é da nossa alçada, porque não um acompanhamento psicológico dessas crianças, não tem um apoio familiar, não tem ninguém que seja preparado para conversar e deixar claro que é pro bem da criança.... A gente faz, mas nem sempre como deveria ser feito.

A nossa equipe da manhã é muito boa, o pessoal é unido, todo mundo pega junto, não tem concorrência entre nós. Se tem que trabalhar tá todo mundo disposto. A minha percepção é de um trabalho bom que tá sendo feito.

Mas o nosso trabalho é muito bom, a gente dá o melhor de nós.

Eu recebo a criança, atendo, organizo ela no leito e tento conversar com o acompanhante pra ver o que aconteceu. Se fica uma suspeita eu converso com a enfermeira, ela avalia e entra em contato com a assistente social, ou eu mesma faço isso. Daí a assistente social chamam o conselho e quem for necessário. Às vezes nós mesmas temos que contatar o conselho e explicar o caso, mas é geralmente isso.

Não, não conheço. A gente vê a campanha da RBS, mas não é do município.

Até que tá boa ( a atenção `saúde da criança). As pessoas tão se dando conta de que não é só curar, que tem que prevenir também e aos pouquinhos a coisa vai mudando. Aqui em Santa Cruz a gente tem bastante opções, tem muita coisa sendo feita pelas crianças, tem postinho, UTI pediátrica, Cemai... e isso tudo tu não vê em muitos lugares por aí. Só desse assunto que tu tá perguntando eu nunca vi nada aqui.

Às vezes tu não consegue dar a atenção necessária pra as crianças que mais precisam, porque o hospital tá lotado, tu tem muito paciente e as vezes o caso poderia ser solucionado fora de um hospital, em casa ou no postinho. E isso muitas vezes atrapalha o teu trabalho, por que tu quer fazer um serviço de qualidade, mas não tem tempo.

						<p>É óbvio que às vezes tu não consegues agir como deverias por falta de recursos, e às vezes tu desanimas por que as coisas são muito demoradas. E além disso, a gente faz, faz, mas nunca tem retorno de como essa criança tá, se tá bem ou não. Isso eu acho que desanima um pouco a equipe.</p>
--	--	--	--	--	--	---

### A turma do Scooby-Doo: A Velma

#### Enfermeira trabalha há dois anos na instituição

Entendimento	Hospitalização	Atendimento	Trabalho em equipe	Conduta	Prevenção	Sentimentos
--------------	----------------	-------------	--------------------	---------	-----------	-------------

<p>Não chega a ser uma patologia, né, mas chega a ser, porque a crianças adoece em consequência desse agravo. Mas acho que qualquer situação que acomete essa criança, isso faz com que isso possa trazer futuramente, né, um trauma, uma lesão, porque tem queimadura, tem maus-tratos, então causam lesões irreversíveis na criança.</p>						
--	--	--	--	--	--	--



Mas das crianças a gente fica com um certo receio, porque tem algumas que ficam amedrontadas, né, nós tivemos caso de uma menina que foi estuprada, de nove anos e ela tinha medo. Então a sensação que tu tem, ela era uma criança neurológica, né, então, qual é, pra ela, a sensação quando eu chegava perto? Tinha medo de mim, porque ao meu ver, na cabecinha dela, que aquela situação ia acontecer de novo, né. Então tem que te jeito, tem que ter paciência, tem que reservar um tempo pra aquela criança, não adianta chegar lá e fazer as coisas rápido porque só prejudica, né, na intenção de ajudar, então eu acho que é toda uma sistemática no atendimento. Modifica. Tem que ter certo

Bom, dificilmente essas crianças vêm direto pra hospital. Nas instituições que a criança passa antes eles já tomam as primeiras medidas, que é avisar conselho tutelar ou delegacia para fazer exames e quando chega até nós a gente sabe que essas pessoas já estão avisadas. Então a gente reforça, né, entra em contato com o serviço social da instituição, comunica o médico assistente que vai assumir, porque se é SUS, o pediatra não necessariamente conhece a criança e o caso, mas se é outros convênios ele já vem indicado e interna direto conosco. Eu acho as coisas um pouco demoradas, né, eu não sei se é porque a gente gostaria que fosse tudo mais rápido, eu acho que é mal de enfermeira, né, a

Eu acho o atendimento aqui bom, porque a gente consegue fazer com que essa criança, né, ela volte pra sociedade. Claro a gente não sabe como porque a gente não tem acompanhamento pós-alta. Mas no momento que ela chega, durante o tratamento e até os encaminhamentos, essa criança torna-se um ser sociável. Só que tu não sabe assim, quais são os medos que ela ficou, as frustrações, receios, seqüelas,... que a gente não acompanha ela pós-alta, mas acredito que a gente faça um serviço muiot bom aqui. A gente tem um serviço próprio, da equipe e a equipe daqui, de pediatria é bem treinada. Indiferente se é um agravo ou uma patologia, acho que a gente consegue

		<p>Considero necessário o atendimento que tá acontecendo, é bom o nosso serviço, né, a única coisa que poderia complementar é a gente ter acesso, né, a essas crianças pós-alta, da gente saber como é que foi, como é que é ou de existir um setor com uma ficha de acompanhamento e a gente depois, eu não sei, isso é uma opinião minha, né, fazer uma visita domiciliar, de ir lá onde ela tá acompanhar.</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>Se tu for ver a nível regional, tu vai ver que a coisa tá acontecendo, mas muito lento. Mas eu acho assim, ó, aqui em Santa Cruz, como existe assistência à criança, como se preocupam com a criança, porque existem postos de saúde que prestam assistência à criança, existe a casa de saúde, o CEMAI, UTI Pediátrica, e tem o serviço dos agentes comunitários que é muito legal. Eu acho a rede de atendimento à criança que tá muito bom.</p>			
--	--	---	--	--	--

No pico do inverno, quando o hospital tava cheio, uma correria, uma loucura isso aqui, veio uma mãe, ela chegou e disse pra mim: -“Ah, eu fui consultar e o médico que me atendeu em tal lugar disse pra mim que se não deixassem eu internar, que era pra mim fazer o maior escândalo na internação que eles eram obrigados a aceitar a minha internação”. Quer dizer assim, ó, os próprios profissionais às vezes são negligentes, falta um pouco de, sei lá, saúde pública, orientação, não é só remédio e hospital. Às vezes a criança vem pra cá e fica exposta, vem com uma gastroenterite e pega uma doença respiratória ou até uma pediculose, uma escabiose, qualquer coisa, porque aqui é a

O problema maior é tu trabalhar com os funcionários. Acho que se a gente tivesse um treinamento com essas pessoas, de como se portar. E esses sentimentos, na verdade, ficam sentimentos mal resolvidos, né que ele tem, e aí tu acaba escutando sempre. É horrível, a gente sabe que as coisas não poderiam ser assim, mas infelizmente acontecem, né, tu quer ajudar. E aí eu acho que tu tem que trabalhar mais isso com o funcionário. Ter um grupo de apoio, olha aconteceu isso, isso e isso, o que tu acha?, né, trabalhar com o funcionário, eu acho que ia ficar mais suave. Porque tu acaba assumindo mais um cargo, né. Tu cuida o paciente e orienta teus funcionários. Eu acho que a gente poderia dar

É bem aquilo que eu te disse, tu faz encaminhamentos, dá a primeira assistência, dá apoio, vê quem é o familiar ou pessoa que tá acompanhando num primeiro plano, qual o envolvimento dessa pessoa com o agravo, muitas vezes, quando é mãe, a gente vê muitas crianças que vem por queimaduras e a mãe tem medo, né, queimou acidentalmente, a criança derramou, aí ela diz que não tava perto, que a criança que mexeu na panela, ou foi dar banho e a água tava muito quente e a criança entrou, e tu sabe que às vezes tem envolvimento e ela tenta omitir, com medo, né, de perder o filho, que o conselho vai tirar ou que não vão entender. Então isso eu gosto muito de saber, investigar



					Olha, eu nunca ouvi falar. Do tema que tu tá perguntando eu nunca ouvi falar.	
--	--	--	--	--	---	--

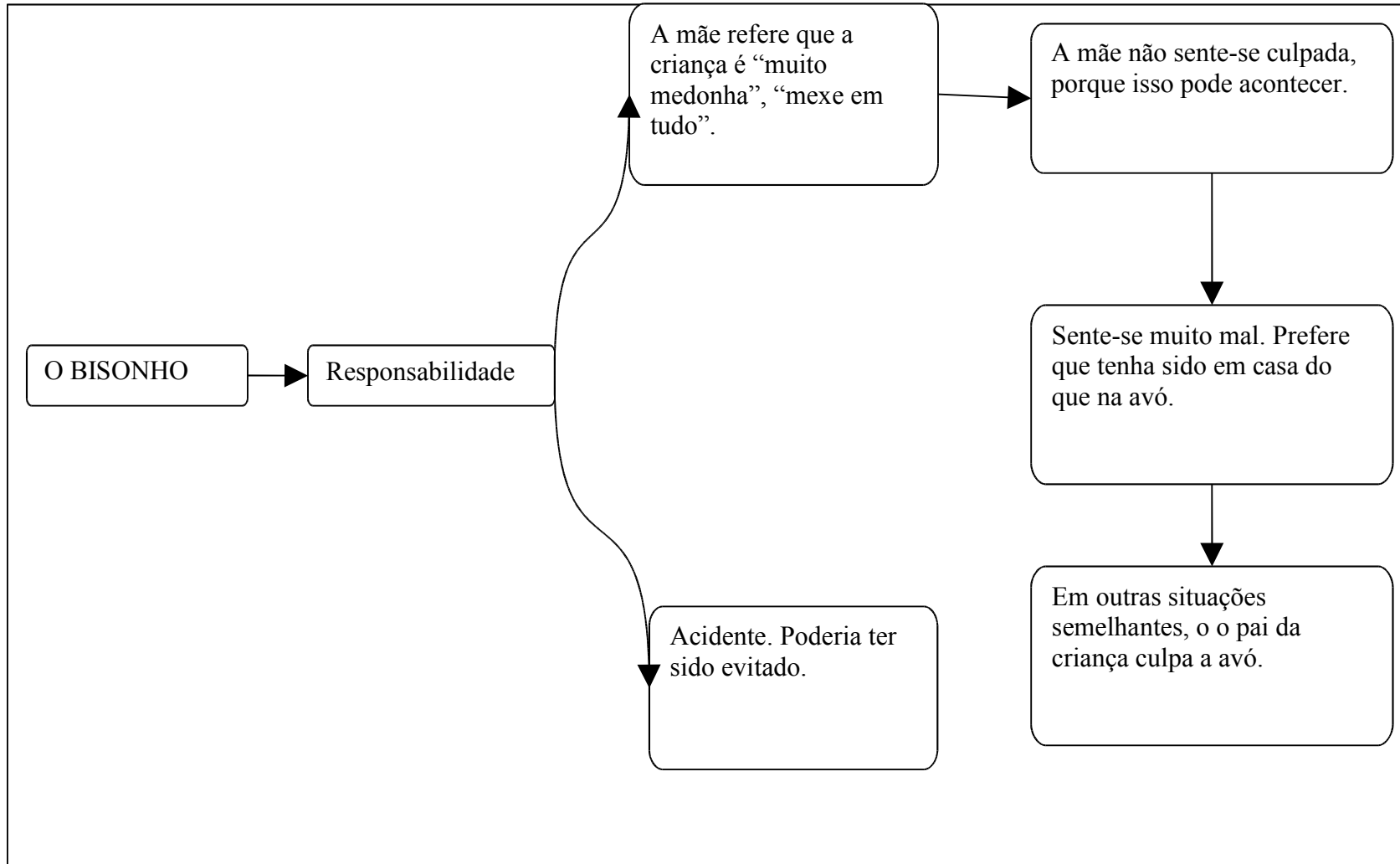
O que falta é conscientização, né, da mãe, do pai dessas crinaças que vêm pra cá. Porque o que que acontece: Por eles terem essa facilidade, então a coisa começa a ficar meio solta, então às vezes tu começa a receber no setor internações ao meu ver, desnecessárias, são crianças que internam para fazer uma nebulização... porquê? Porque a mãe não quer ir à noite no postinho levar a criança, aqui tem medicação... então falta um pouco nesses órgãos, no caso, o hospital é o centro, né, e esses órgãos ficam trabalhando como satélites, então eu acho que falta é isso, é ter mais... sabe, orientar essas mães que primeiro façam o tratamento para depois virem, porque elas alegam, né, isso eu

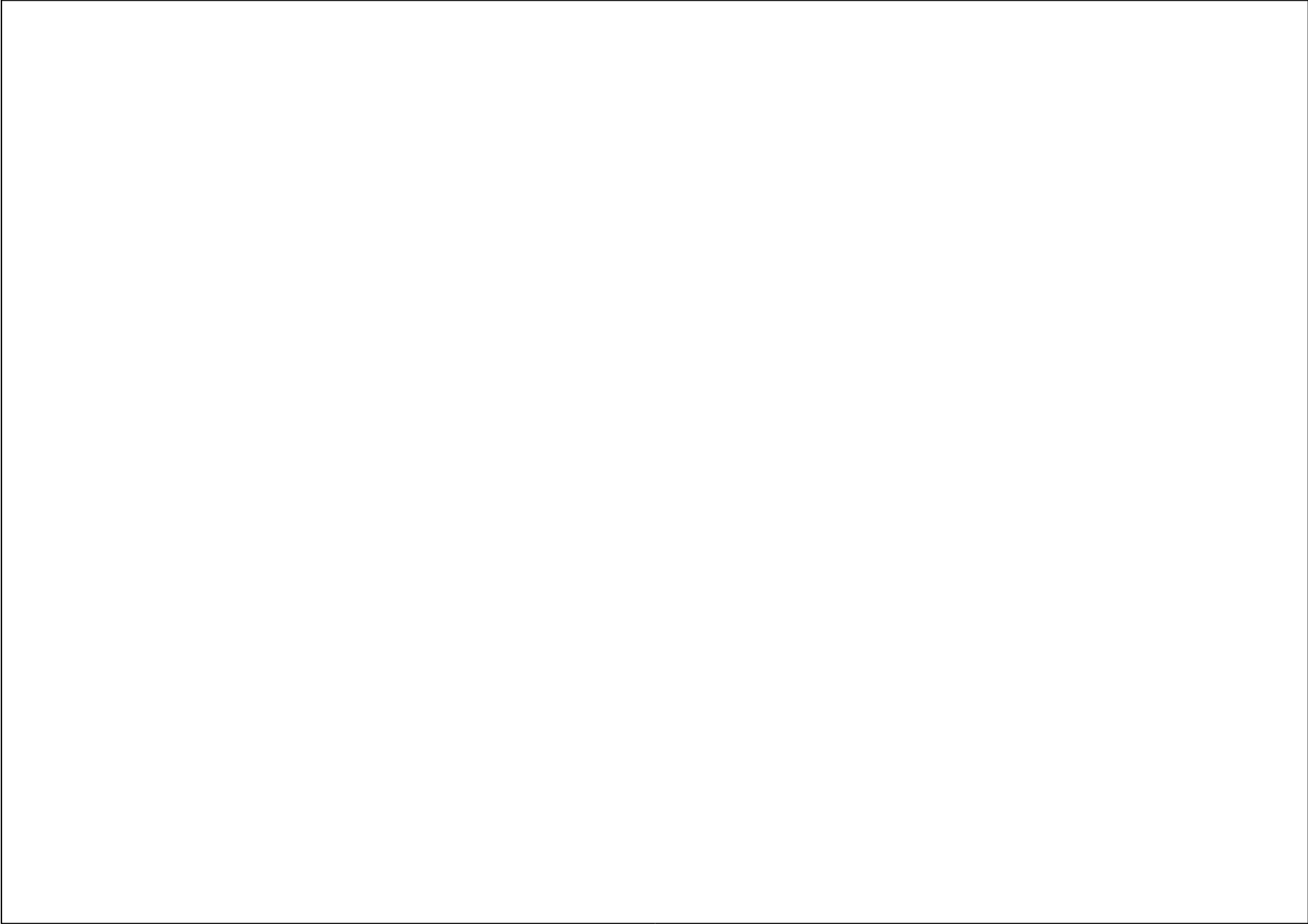
À princípio quando tu lê, né, sobre maus tratos, tu nunca deve te envolver, né, emocionalmente, tem que ser o mais fria possível, mas tem umas coisas assim que te irrita muito, né, quando tu começa a ver que aquele agravo foi por negligência de um adulto. Então, quando o adulto prejudica a si mesmo é problema dele, ele tá assumindo; agora quando um adulto prejudica uma criança, ou maltrata, ou não cuida direito, e faz com que essa criança se machuque, isso eu acho mais grave assim. Então, quando chega essa criança no setor, que tu vai ver que é uma criança que realmente não tinha condições de se cuidar, aquilo era responsabilidade daquele pai, daquele familiar.

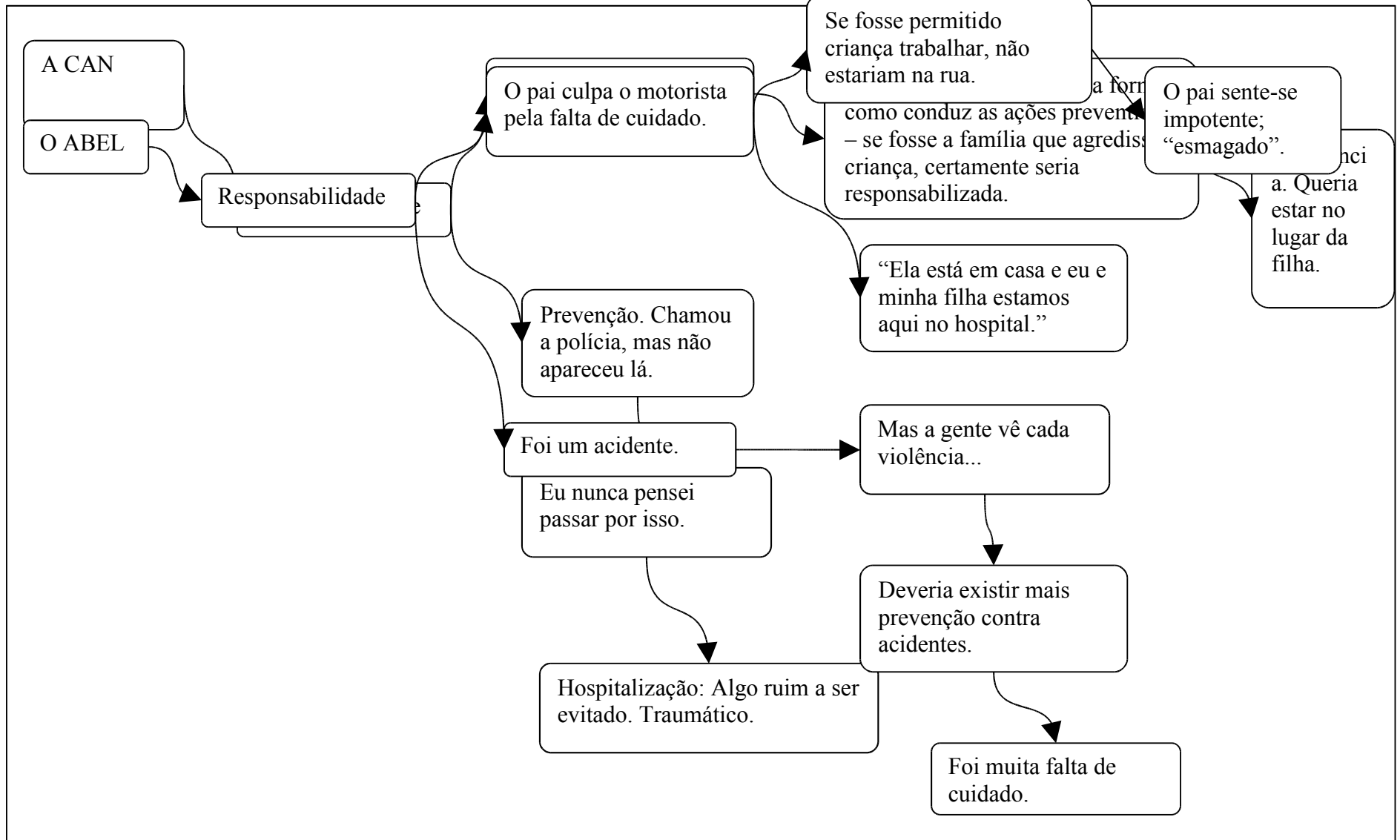
						<p>Então eu acho angustiante tu saber e depender de outros profissionais, porque tu tá dependendo deles e eles, ou de repente não tão querendo avaliar ou tem outras coisas pra fazerem, mas eu acho que tem algumas coisas que são prioridades, então eu acho que às vezes a gente acaba deixando o nosso serviço pra trás, dependendo desses outros órgãos que dão assistência. Outra coisa é o serviço de acompanhamento, a gente perde um pouco isso, tu não saber o que tá acontecendo, como ela tá, se não tá acontecendo de novo. E como a COPAME e o conselho tutelar estão envolvidos, isso eu acho, a gente deveria ter retorno, sabe.</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>Eu acho interessante que tem essa parte que a gente trabalha, que dá indignação, que tu fica, né, quando aparece. Nós já tivemos casos assim, horríveis, de ficar chocada mesmo. A gente tem que ter uma postura, por mais que às vezes tu tenha vontade de avançar na criatura por ele ter feito isso, só que tu tem que manter a postura em frente ao teu funcionário também, porque esse mesmo sentimento que tu tem, o técnico, o pessoal que trabalha junto dessa equipe de apoio, eles também têm, então mesmo assim tu te controla, porque tu sabe que eticamente u não pode te envolver, e o funcionário vem e relata isso pra tí.</p>
--	--	--	--	--	--	---

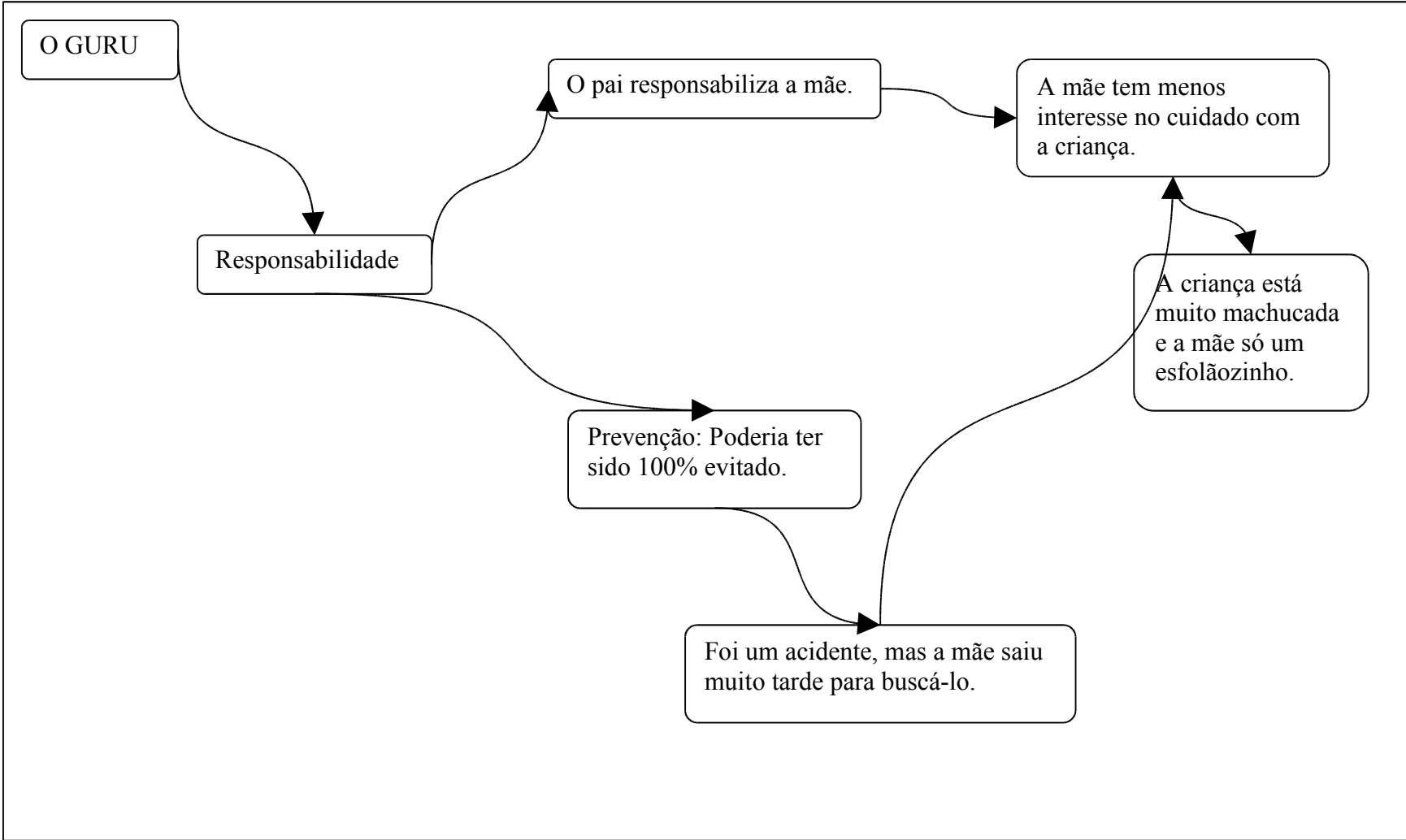
## ANEXO C - As árvores de associação

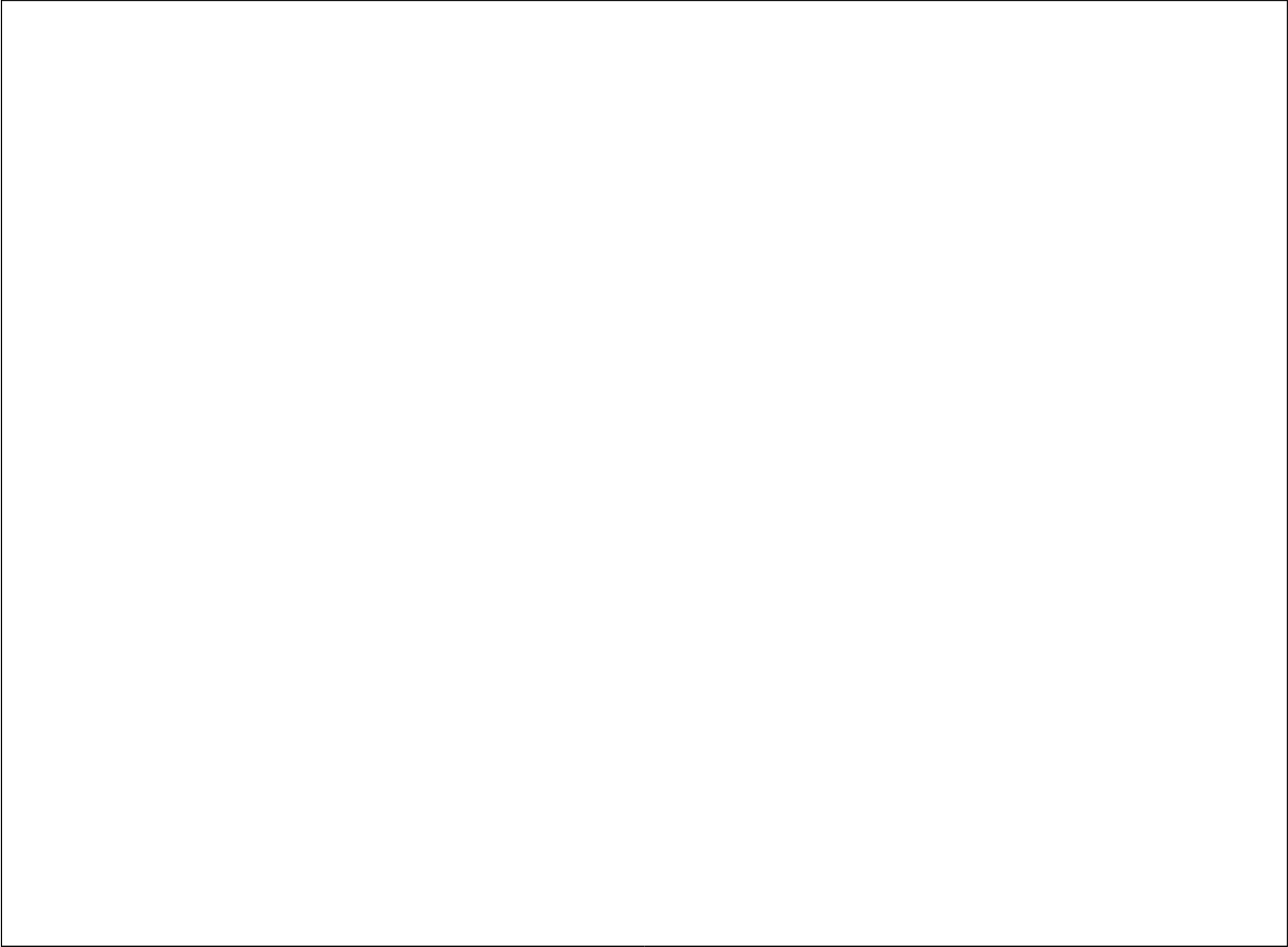


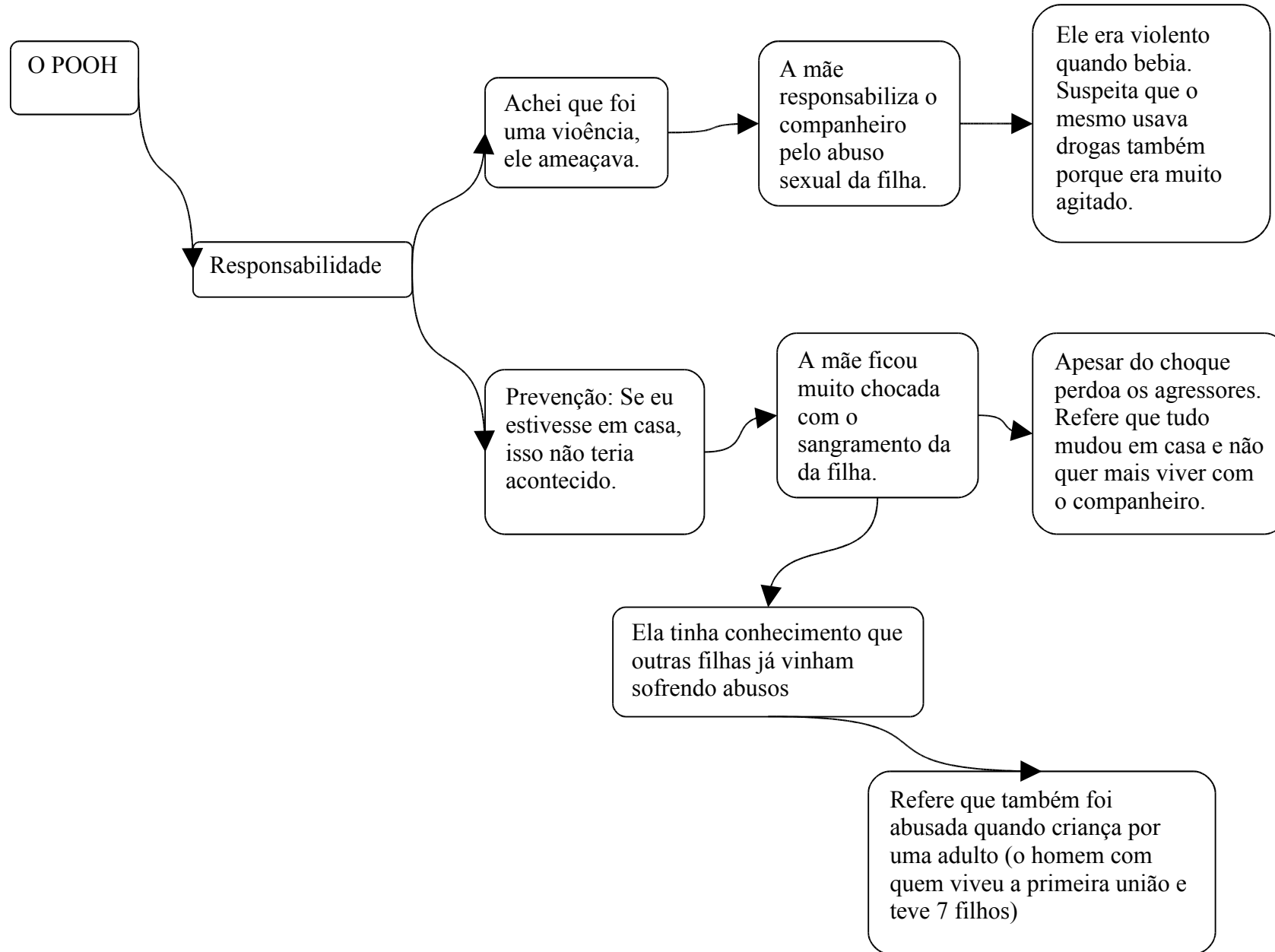


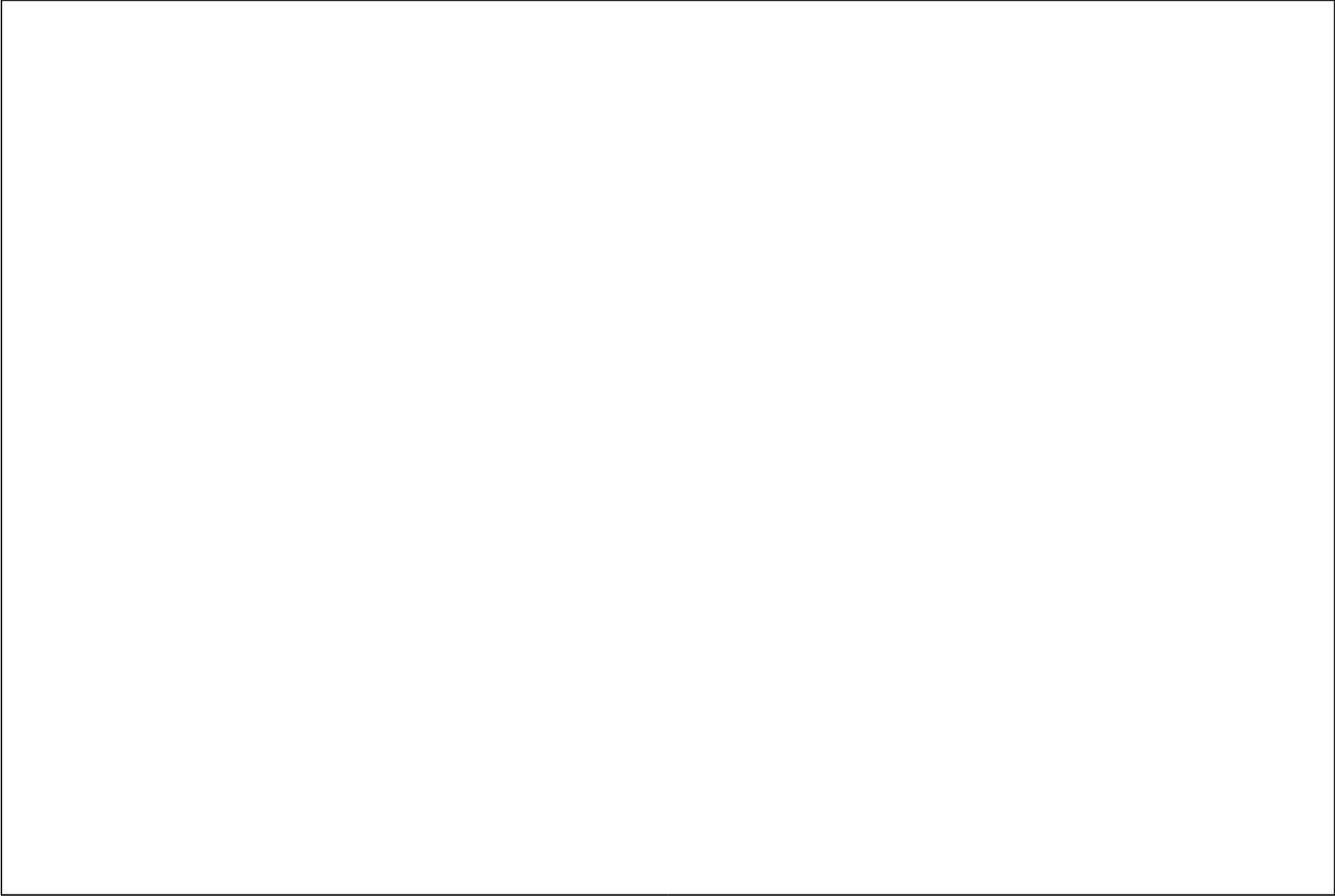




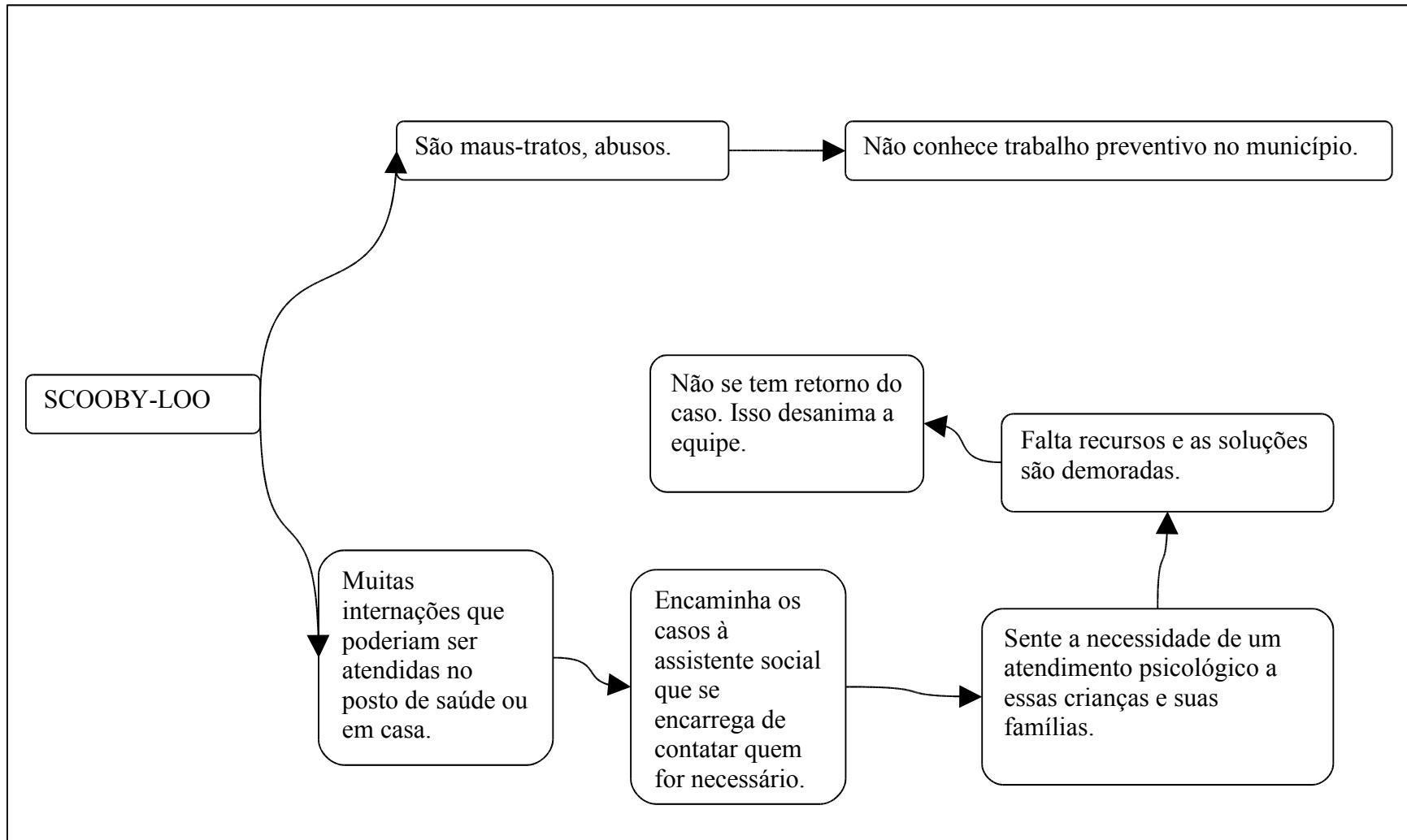


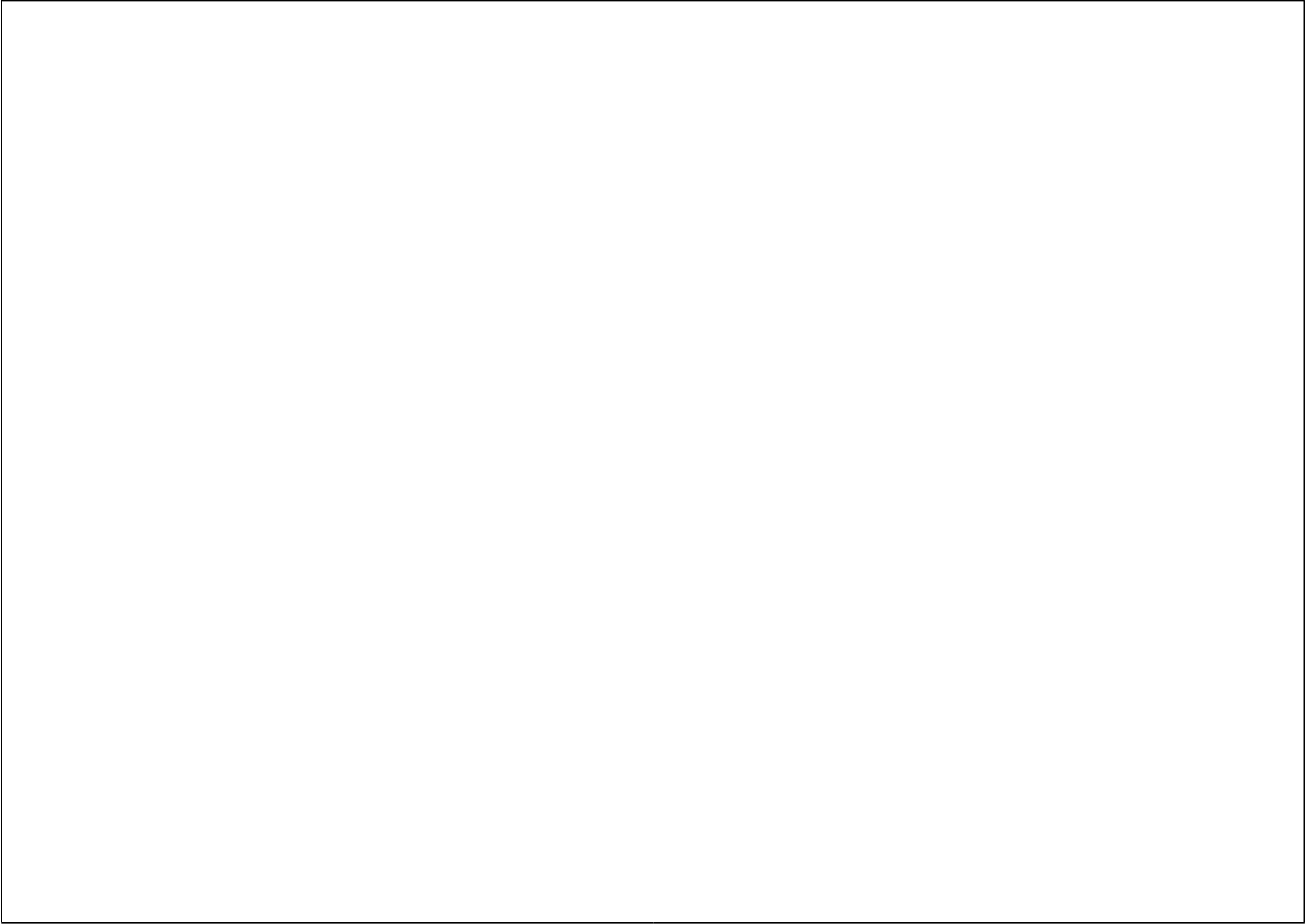


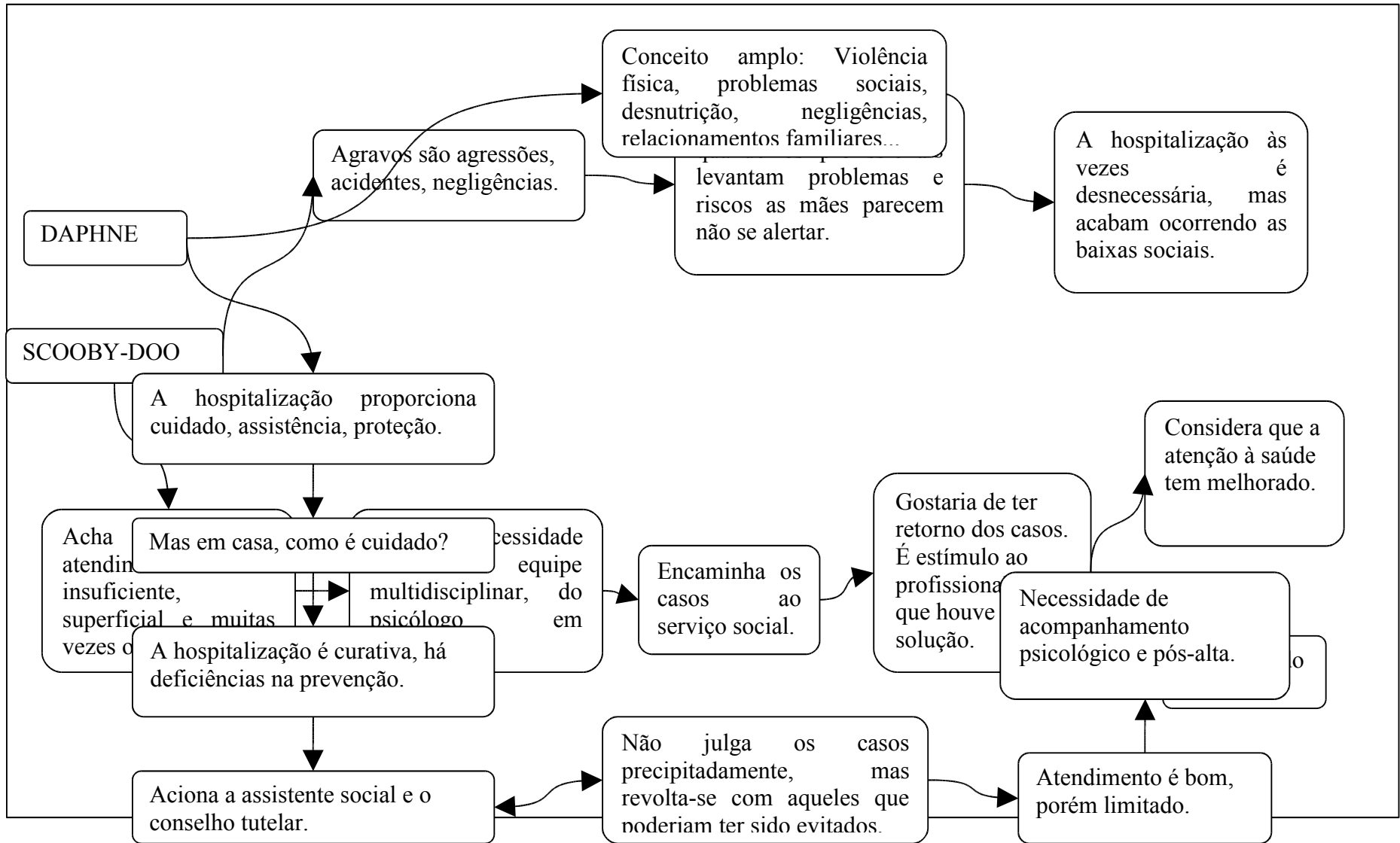




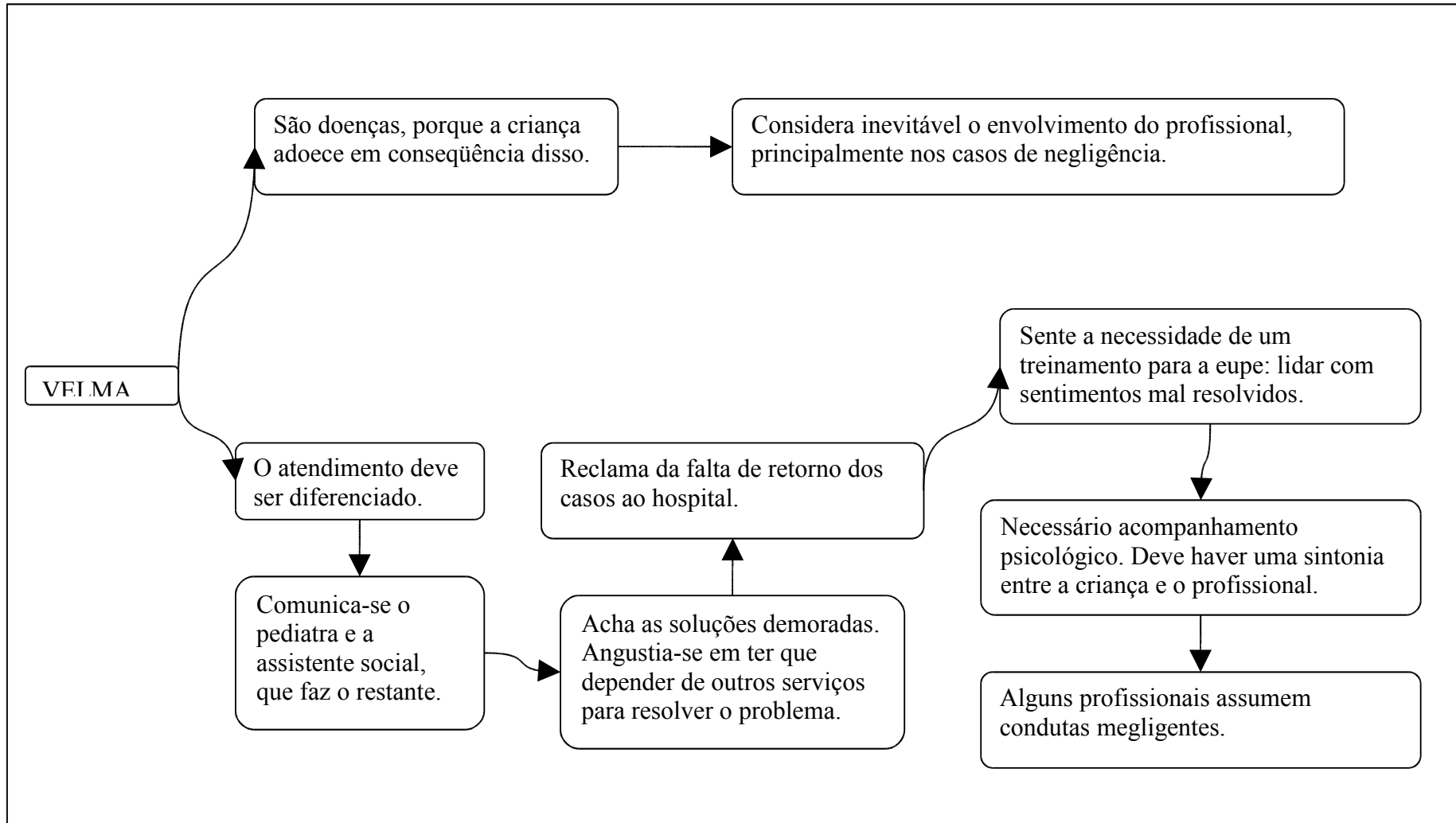


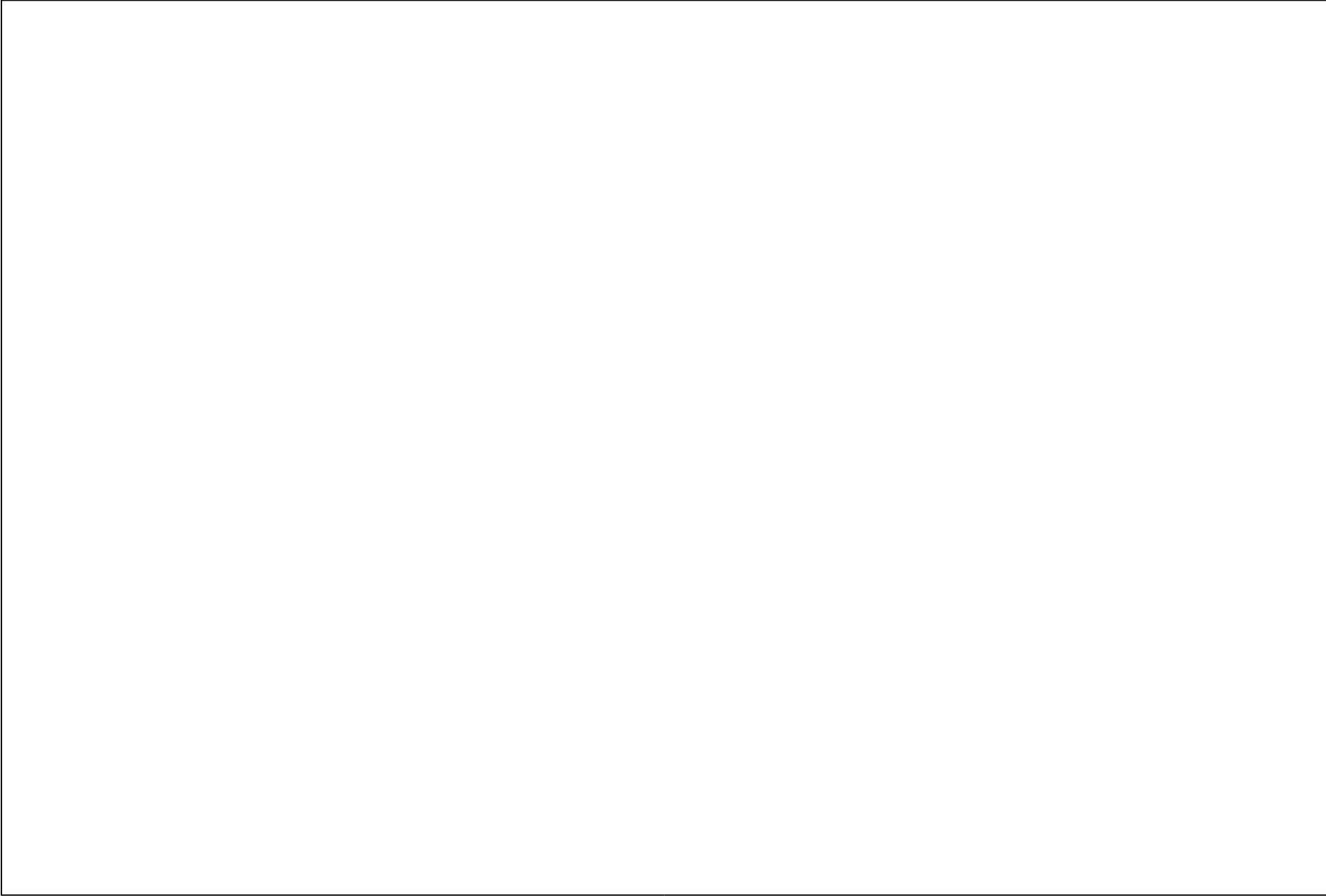


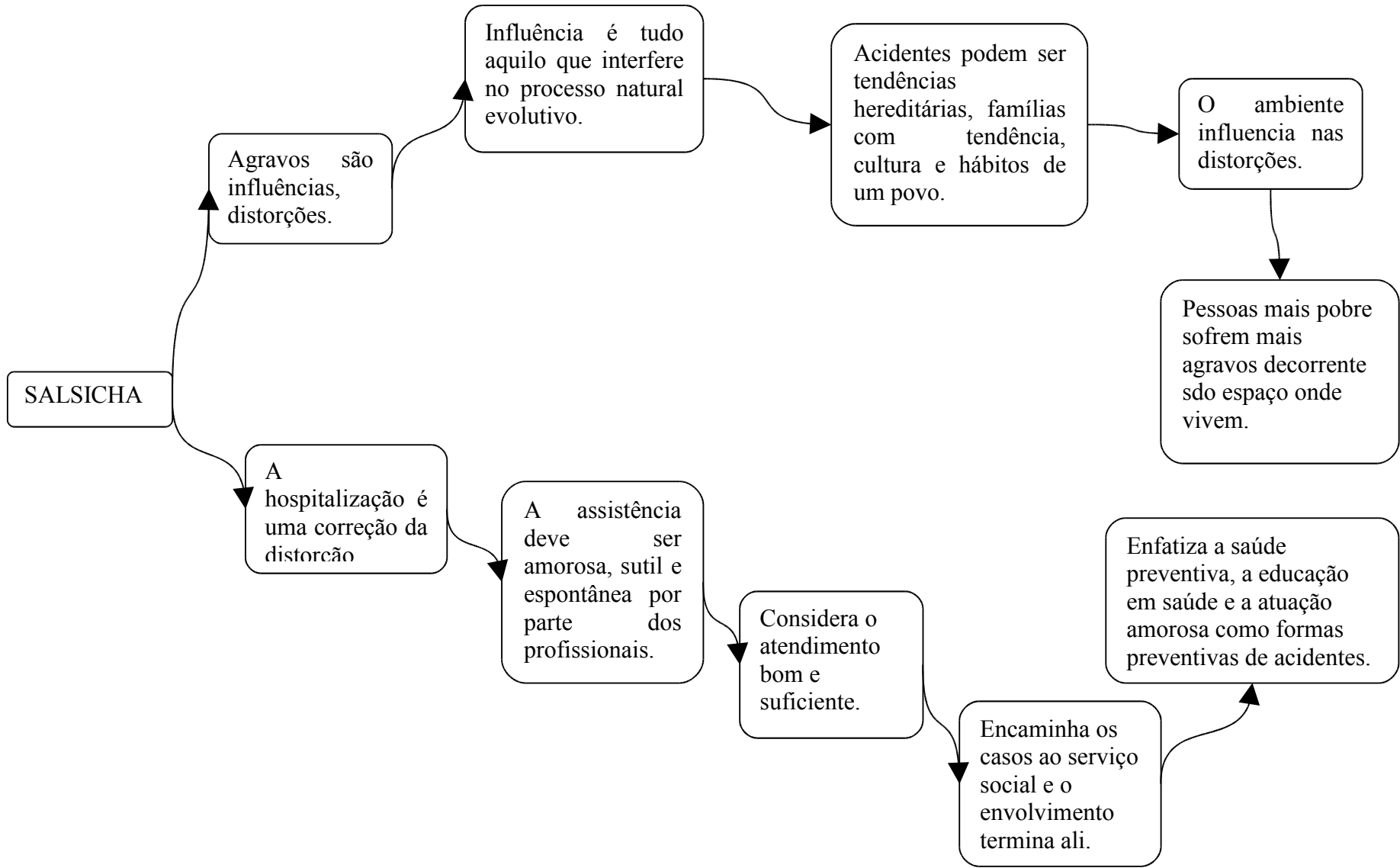












## ANEXO D - Os resumos das entrevistas

**Resumo das Entrevistas dos Pais**

O POOH - A mãe acha que foi uma violência contra a filha. Indiretamente responsabiliza-se pelo ocorrido. Não tem muita informação, não consegue definir o que entende por estupro e a quem responsabilizar. A história de abusos repete-se: A mãe foi abusada quando criança e as irmãs mais velhas do Pooh também. A mãe fica chocada ao ver a filha sangrando: Associa aos partos que teve. Chora, refere se sentir mal, assustada. Culpa os homens. Considera que a hospitalização causou muito sofrimento. Ao mesmo tempo em que diz que o ocorrido estragou a vida da filha, diz que perdoa o agressor. História de violência e drogadição. Agressor costumava ameaçar a família. Diz que tudo mudou em casa após o ocorrido.

O GURU - O pai culpa a mãe pela queda de bicicleta, ela foi buscar o filho na APAE muito tarde, estava escuro. Refere que a mãe não soube cuidar, tem menos interesse. O menino machucou-se muito e a mãe “só um esfolãozinho”. Atribui o fato a um acidente, não relaciona com violência. Diz que poderia ter sido 100% evitado. Sente-se mal em ver o estado do filho.

Observação realizada durante a Entrevista: Durante toda a conversa, o pai parecia querer dizer que o acontecimento tinha sido provocado propositalmente pela mãe.

A CAN - A mãe refere o ocorrido como uma violência, realizada de caso pensado, calculado, por vingança. A hospitalização foi traumática, melhor seria não ter passado por isso. Tentou prevenir, chamou a polícia, alertou. Culpa a polícia por não ter vindo e a sociedade, que se fosse a família a agredir a criança, certamente seria responsabilizada. Mostra preocupação com o cuidado da filha e muita revolta. Queria colocar-se no lugar da filha para evitar vê-la sofrer.

O TIGRÃO - A mãe culpa a criança por “ser arteiro, curioso e sem-vergonho”. Ela, a criança e uma irmãzinha moram com os avós da criança. A mãe trabalha fora e a criança fica aos cuidados da avó materna, seus pais são separados. O local onde fica o produto fica sempre fechado e neste dia o avô esqueceu de fechar. A mãe refere que seu

casamento foi uma violência. Ela acha às vezes, que falta um pai para o filho. Não pode culpar ninguém pelo acidente (pensativa), não se sente bem em dizer que o filho tomou veneno. “Eu achei que ele não ia sobreviver”.

O BISONHO - A mãe reconhece o agravo como um acidente que poderia ter sido evitado. Refere que a avó, em outras situações semelhantes, foi responsabilizada pelo pai da criança, por falta de cuidado. Ela não aponta responsáveis, mas como aconteceu com ela, sente-se mal. Atribui a responsabilidade também à criança, por “ser muito medonho e mexer em tudo”.

O resumo da entrevista do ABEL está no corpo do trabalho, no capítulo II item 2.4

### **Resumos Entrevistas Profissionais**

SALSICHA – Os agravos externos são considerados como influências, distorções; sendo a influência tudo aquilo que interfere no processo natural evolutivo e que não segue as leis da mente universal. Os acidentes são tendências que podem ser hereditárias, tem famílias com maior tendência a acidentes. Os hábitos, a cultura de um povo podem influenciar na incidência de acidentes. Acredita que o ambiente influencia na formação e na liberação das distorções. Exemplifica que as pessoas mais pobres tem mais conflitos decorrentes do espaço onde vivem (susceptibilidade). Vê a hospitalização como uma correção da distorção, devendo ser amorosa, sutil e espontânea. Avalia a rotina de atendimento como sendo boa e suficiente. Encaminha os casos ao serviço social da instituição que toma as devidas providências e o envolvimento com o caso termina ali. Diz que a atuação amorosa por parte da equipe é uma maneira de evitar acidentes. Enfatiza a saúde preventiva e a educação em saúde. Refere não conhecer nenhum trabalho preventivo no município.

SCOOBY-DOO – Agravos são agressões, acidentes, negligências. Percebe que mesmo quando os profissionais levantam problemas e riscos as mães parecem que não se alertam. Muitas vezes a criança não necessitaria internar, mas acaba hospitalizada devido aos cuidados

dos familiares (baixa social). Acha a rotina de atendimento insuficiente e considera necessário uma equipe multidisciplinar. É um atendimento superficial onde o profissional acaba sendo omissos, encaminhando à assistente social e não tendo mais nenhum envolvimento com o caso (paliativo). Ressalta a necessidade de um atendimento psicológico e retorno do caso após encaminhado. Refere que a falta de retorno desestimula o profissional. A ineficácia do sistema está escancarada. Não conhece trabalhos preventivos no município. Considera a atenção à saúde infantil a nível estadual dentro do que o estado pode e a nível municipal acha que melhorou bastante.

DAPHNE - Agravos é uma situação ampla, abrangendo não apenas violência física (espancamentos, maus-tratos, abusos...) mas também a desnutrição, os problemas sociais e de relacionamento familiar. Durante a hospitalização a criança é bem assistida, bem cuidada e protegida a preocupação é quando ela vai embora. Ressalta que o atendimento hospitalar é curativo e que existe uma deficiência na prevenção. Na presença de situações de agravos por causas externas são acionados a assistente social e o conselho tutelar. Refere a necessidade de conhecer a fundo o caso para evitar julgamentos precipitados. Os profissionais muitas vezes têm indignação diante dos acontecimentos, na presença de fatos que poderiam ter sido evitados. Julga o atendimento pediátrico bom, porém limitado. Considera necessário o acompanhamento psicológico com essas crianças. Não conhece nenhum trabalho preventivo no município. Acha que a atenção à saúde da criança está muito “falha” e ressalta a necessidade de um acompanhamento pós-alta.

SCOOBY-LOO – Agravos externos são maus-tratos, abusos. Muitas internações são desnecessárias, poderiam ser atendidas nos postos ou em casa. Ao receber um caso é comunicada a assistente social e esta faz contato com o conselho tutelar, os pais e a polícia, se for o caso. Acha que a rotina é correta, mas poderia ser de forma diferente, incluindo uma psicóloga para trabalhar com essas famílias e preparar a criança para certos procedimentos. Considera necessário uma equipe multiprofissional para o atendimento, porque “muita coisa se faz que não é da nossa alçada”. “A gente faz, mas nem sempre como deveria ser feito”. Muitas vezes faltam recursos e as soluções são muito demoradas, não se tem retorno do que está sendo feito fora do hospital, isso desanima a equipe. Considera que muitas ações vem sendo feitas pelas crianças em Santa Cruz do Sul, porém nenhuma nesta área.

VELMA – Entende que os agravos externos são doenças, porque as crianças acometidas 191doecem em consequência disso. Frente a situações de agravos considera inevitável o envolvimento do profissional, principalmente quando se observa que aquele agravo foi por negligência de um adulto, ocorre uma grande indignação por parte da equipe. Acha que é necessário conhecimento e uma sistemática para trabalhar com esse tipo de criança. Quando essas crianças são atendidas primeiramente em outros serviços, geralmente já foram comunicados o conselho tutelar e a polícia, se necessário, no hospital, então é comunicada a assistente social e o pediatra. Considera as resoluções demoradas, porque “tu não pode permitir que uma criança abusada sexualmente fique sangrando aguardando o médico legista”. Considera angustiante depender de outros serviços, também a falta de retorno de informações sobre o estado dessa criança após encaminhada. Fala que diante da indignação da equipe profissional é importante o treinamento da equipe até para trabalhar alguns sentimentos mal-resolvidos. Considera bom o atendimento hospitalar, porém enfatiza que não se sabe quais os medos, frustrações, receios e seqüelas que essa criança ficou pela falta de acompanhamento pós-alta. Na assistência é fundamental a existência de uma sintonia entre o profissional e a criança. Nunca ouviu falar de trabalhos preventivos nesta área. Acha que falta conscientização dos pais dessas crianças antes da internação. Considera que os próprios profissionais às vezes são negligentes e acabam internando a criança desnecessariamente.