

TRAUMAS INFANTIS OCORRIDOS EM DOMICÍLIO

Simone Travi CANABARRO^aOlga Rosaria EIDT^bDenise Rangel Ganzo de Castro AERTS^c

RESUMO

Traumas físicos em crianças de zero a seis anos ocorridos em domicílio é um estudo descritivo com delineamento epidemiológico de série de casos, tendo o objetivo de caracterizar o trauma e suas situações de ocorrência. Os sujeitos foram os 120 responsáveis legais de crianças de zero a seis anos hospitalizadas no segundo semestre de 2002. Constata-se a necessidade de implantar um sistema de informações em ambulatórios e hospitais que permita o conhecimento de diversas variáveis relevantes: tipos, frequência, circunstâncias e causas desses traumas. A abordagem educativa necessária à prevenção ficou fortemente evidenciada.

Descritores: acidentes domésticos; criança; violência doméstica.

RESUMEN

Los traumas físicos en niños de cero a seis años ocurridos en domicilios es un estudio descriptivo con delineamiento epidemiológico de serie de casos, que tiene el objetivo de caracterizar el trauma y sus situaciones de ocurrencia. Los sujetos fueron los 120 responsables legales de los niños de cero a seis años hospitalizados, en el segundo semestre de 2002. Se concluye la necesidad de implantación de un sistema de informaciones en ambulatorios y hospitales que permita el conocimiento de las diversas variables: frecuencia, tipos, circunstancias y causas de esos traumas, ya que han sido relevantes. El tratamiento educativo necesario a su prevención quedó fuertemente evidenciado.

Descriptorios: accidentes domesticos; niño; violencia domestica.

Título: Traumas infantiles ocurridos en domicilio.

ABSTRACT

Physical trauma occurred at home with children from zero to six years of age is a descriptive study outlining an epidemiologic case series that aims at characterising trauma and the situations in which it occurs. Subjects were 120 individuals legally responsible for hospitalized children of the mentioned age in the second semester of 2002. The study detected the necessity of implanting an information system in ambulatory care units and hospitals in order to get knowledge about several relevant variables, as sorts, frequency, circumstances and causes for the traumas. The necessity of an educational approach to prevention was also strongly evidenced.

Descriptorios: accidents, home; child; domestic violence.

Title: Pediatric trauma at home.

^a Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora no Curso de Graduação da Faculdade de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (FAENFI/PUCRS). Membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Promoção e Vigilância em Saúde (NIPEPROVIS) da FAENFI/PUCRS.

^b Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde - área de concentração Enfermagem Pediátrica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Colaboradora Convidada do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE/UFRGS). Professora na Faculdade de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (FAENFI/PUCRS).

^c Médica. Doutora em Medicina. Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

1 INTRODUÇÃO

No contexto mundial, o trauma pediátrico continua sendo uma grande ameaça para a saúde coletiva. Com o objetivo de congrega esforços profissionais para reduzi-lo, em eventos científicos, enfermeiros e pediatras têm questionado o grande número de traumatismos que acontecem em domicílio e os tipos mais freqüentes: quedas, queimaduras, esmagamentos, maus tratos, ferimentos por arma branca, mordidas e patadas de animais, traumas de coluna.

A moradia é um dos locais mais comuns que produzem traumatismos, pois estudos epidemiológicos consideram que 35% dos traumatismos ocorrem no domicílio das crianças⁽¹⁾.

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

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

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

A relevância do problema, visto como previsível em saúde coletiva, revela a necessidade de conhecimento do vivenciar singular de cada família. A saúde da família está vinculada à saúde de seus membros, que, de modo comum, enfrentam crises, aderem ou não a um tratamento, partilham crenças e valores, promovendo ou negligenciando a integridade física e emocional de todos, em especial da criança⁽²⁾.

Ao se estudar o trauma físico infantil, é necessário deter a atenção e a avaliação no contexto histórico de maus-tratos familiares. Pediatras, cirurgiões pediátricos e enfermeiros descrevem esta necessidade e chamam a atenção para a dificuldade de elucidar e trabalhar com esta realidade, pois dificilmente os maus-tratos físicos familiares são relatados espontaneamente no atendimento inicial do trauma⁽³⁻⁶⁾.

A Organização Mundial da Saúde considera **trauma** um dano causado ao organismo por brusca exposição a concentrações de energia que ultrapassem sua margem de tolerância ou a fatores que interfiram nos intercâmbios de energia desse organismo⁽⁷⁾. Vários autores e profissionais da saúde questionam a acidentalidade e a causa do trauma, seu cunho fortuito e incontrolável, e consideram-no um evento passível de prevenção, com epidemiologia própria^(4,8-10).

Os traumas físicos infantis, também tratados como injúrias físicas, representam sofrimentos, culpas e perdas para a família, levando, muitas vezes, a situações traumáticas ou fatais, pois, ainda que momentâneo, o evento traz à criança a dor, o medo ou a alteração no processo de desenvolvimento e crescimento em determinado momento da vida. Além disso, "o seu custo social, em termos econômicos e de desgaste emocional, é incalculável"^(10:108).

Mediante cálculos estatísticos, advertem sobre o impacto do trauma físico infantil numa dimensão social e coletiva:

[...] calcula-se que cada óbito por injúria física corresponda a 50 casos com severidade suficiente para causar a hospitalização, 1000 casos que requeiram somente atendimento ambulatorial e mais de 2000 casos atendidos fora do ambiente hospitalar, o que leva a estimativa de cerca de 2 milhões de eventos traumáticos anuais em crianças gaúchas^(11:79).

Aprende-se, então, que para prevenir traumas é necessário realizar um trabalho conjunto e contínuo, em que os espaços ambientais e as mudanças de hábitos sejam analisados e discutidos junto com a comunidade, e que as pessoas sejam ouvidas e possam assumir sua participação social. Um acontecimento traumático em nível individual, domiciliar e comunitário pode constituir-se em ações solidárias e educativas.

Vinculado ao Programa de Cidade Protetora criou-se, em Porto Alegre, em 2001, o **Comitê Acidentes na Infância e Adolescência**. Entre suas três diretrizes protetoras à criança, à família e à comunidade, destacam-se as voltadas à Epidemiologia e à Informação, e, que recomenda a “necessidade de que as informações para prevenção e controle de traumas físicos sejam adaptados àqueles com importância na própria comunidade”^(11:45).

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o trauma infantil e sua situação de ocorrência entre crianças de zero a seis anos de idade atendidas em um hospital de Porto Alegre.

2 METODOLOGIA

O estudo constitui-se em uma pesquisa descritiva, “[...] cujo propósito é de observar, descrever e explorar os aspectos de uma situação”^(12:119). Numa abordagem quanti-

qualitativa, utilizou-se como delineamento epidemiológico o de série de casos.

A população em estudo foram os responsáveis legais das 120 crianças de zero a seis anos, internadas em um hospital de referência no atendimento de traumas infantis em Porto Alegre, no período de junho a novembro de 2002. Neste estudo considerou-se como domicílio o espaço interno de dentro da moradia, mais o pátio da casa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas previamente agendadas e realizadas a partir do segundo dia de internação da criança. Para a tabulação dos dados quantitativos foi utilizado o banco de dados do *software* SPSS 10.01 e para analisá-los utilizou-se a estatística descritiva. Após quantificar os dados buscou-se complementá-los com a abordagem qualitativa, que permitiu conhecer, através de relatos, em que circunstâncias familiares e domiciliares os traumas físicos aconteceram.

Por se tratar de um estudo sobre ocorrências com crianças, foram entrevistados somente seus representantes legais, que concordaram em participar da pesquisa. Assim, respeitando os procedimentos éticos apontados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os entrevistados/responsáveis legais assinaram dois termos de Consentimento Livre e Esclarecido (pré-informado), ficando uma cópia com o entrevistado.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Através do estudo das variáveis propostas obtiveram-se resultados que proporcionam uma visão panorâmica do trauma físico infantil.

Ao caracterizar as crianças, cujos familiares foram informantes do estudo, constatou-se que 55% eram meninos e 45% meninas. A faixa de idade mínima dessas crianças foi de um mês por traumatismo crânio-encefálico devido a queda de colo de familiar, enquanto que

a máxima foi de seis anos e onze meses por queimadura devida a choque elétrico.

Tabela 1 - Distribuição das crianças com traumas ocorridos em domicílio, segundo sexo e faixa etária. Porto Alegre, 2002.

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

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

Na faixa de zero a seis meses incompletos há uma maior concentração de traumas em meninas, embora exista uma predominância de traumatismos no sexo masculino a partir de 24 meses, que se mantém prevalente até 72 meses incompletos.

Entre 72 e 84 meses, retorna a prevalência dos traumas ocorridos no sexo feminino. Evidencia-se em suas circunstâncias o trabalho infantil, conforme referido por um pai: “Ela caiu de uma carretinha, tava picando pasto pra dá prôs bichos, daí foi pulá e caiu. Ela sempre ajuda [...] é melhor do que ficar presa em casa, já tinha feito o percurso quatro vezes” (cr. 88 – 6 anos, fratura de membro superior).

Esse comportamento dos pais não considera as condições próprias do desenvolvimento da criança:

Vários estudos demonstram que adultos tendem a apresentar um comportamento incongruente com seu grau de educação e conhecimento específico, permitindo ou estimulando a criança a assumir responsabilidades para as quais não está suficientemente amadurecida (ex. andar de andador, atravessar a rua sozinha)^(10;110).

3.1 Horário, dia e mês do ano

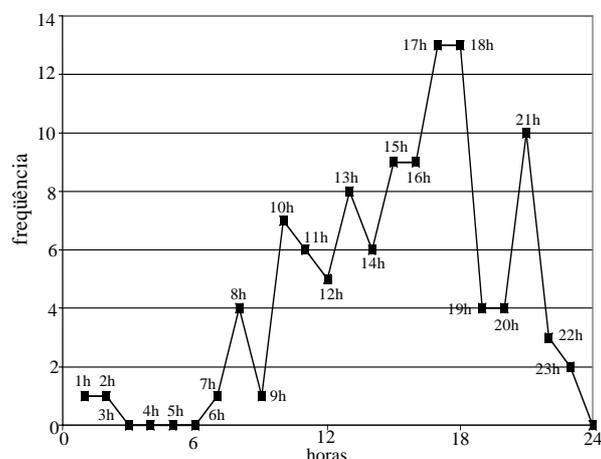


Figura 1 - Distribuição da população estudada segundo o horário em que ocorreu o trauma, ocorridos em domicílio. Porto Alegre, 2002.

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

A maior concentração de acidentes foi entre as 17 e as 18 horas, seguidas das 21 horas. O horário, em um grande número de casos, era o momento em que os pais voltavam do trabalho, ou ainda o horário de chegada ao lar, como mostra a fala de uma mãe:

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

A análise da situação e ocorrência dos traumas mostrou que muitos deles aconteceram no momento em que a família agregava maior número de pessoas no domicílio, estando associado à presença de visitas no domicílio ou festividades, o que, por desviar o foco da atenção da criança para os visitantes, contribuiu para torná-la desprotegida dos cuidados e supervisão do cuidador. Confirmando a compreensão anterior, os profissionais de saúde alertam sobre a elevação dos traumas físicos em datas festivas entre os fatores pre-

disponíveis a essas ocorrências, em estudos que mostram vulnerabilidades individuais e do âmbito domiciliar/familiar^(11,13).

As queimaduras foram mais frequentes nos meses de julho, setembro e outubro, e as quedas no mês de novembro.

3.2 Tipo de trauma

Em relação ao tipo de trauma o estudo mostra que há um predomínio das quedas e queimaduras em relação aos outros tipos (maus-tratos^d, esmagamento, atropelamento, ferimento por arma branca, patada de animal e mordida de animal).

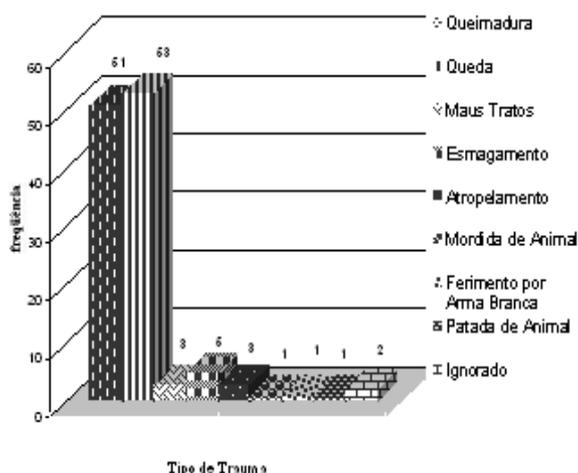


Figura 2 – Distribuição da população estudada segundo o tipo do trauma ocorrido em domicílio. Porto Alegre, 2002.

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

Na categoria **quedas**, foram incluídas: quedas de altura, de pequena altura e de colo de familiares. Neste estudo, consideram-se queda de altura as ocorrências que tenham tido queda a uma altura maior que um metro, incluindo nessas os diversos tipos, como de árvore no pátio, de escada, de muro, de mesas. Nas quedas de pequena altura, estão incluídas as de andador, de triciclo e da própria altura. Essas ocorrências com os estágios do desenvolvimento infantil, “[...] ao mesmo tempo em que

um pré-escolar pode escalar com segurança os degraus de uma escada, crianças com menos de dois anos correm sérios riscos de queda ao fazê-lo⁽¹⁴⁾.

Para a variável **tipo de trauma**, os casos de intoxicação exógena não foram incluídos como categoria pelo fato de que, quando ocorrem, as crianças são encaminhadas diretamente a outro hospital e não ao investigado. Chama ainda atenção que as queimaduras, que totalizam 51 casos, foram por escaldamento, chama (fogo), choque elétrico ou uso indevido de produto químico (permanganato de potássio).

3.3 Local onde ocorreu o trauma

Na cozinha, ocorreram mais queimaduras (86,8%), sendo 15 por água quente, seguidas por queimaduras por leite, alimentos quentes (sopa, mingau, arroz e polenta), óleo, chá e café.

Mães e outros cuidadores consideraram, no entanto, que esse local não é adequado para o trânsito livre da criança. Parecer semelhante foi apresentado pelas enfermeiras pediátricas Whaley e Wong⁽¹⁴⁾.

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

Como evidência esse relato, agrega-se ao local impróprio de estar a criança o seu ferimento, relacionado com a falta de habilidade motora e cognitiva para desempenhar estas tarefas.

O pátio e o quarto de dormir são os locais onde ocorre o maior número de quedas. Essas quedas relacionam-se às situações que envolvem o brincar e o descobrir o mundo, estando o local, em alguns casos, com problemas de manutenção e proteção, como em que o próprio responsável revela:

^d Refere-se aos maus-tratos comprovados na admissão. Porém, outras nove crianças permaneciam, no momento da entrevista, em investigação, por suspeita.

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

Os locais inadequados para a permanência de crianças menores, sem a supervisão de um cuidador responsável, constituem-se em fatores de risco ao trauma físico⁽¹⁶⁾. Exemplificam como locais perigosos a cozinha, o banheiro, as áreas de serviço, as escadas e os jardins (pátio).

3.4 Quem era o cuidador na hora do trauma

A mãe foi considerada como o cuidador responsável pela criança em 70,0% dos casos, sendo que somente em 24,2% ela estava presente sozinha no momento da ocorrência.

Com relação ao cuidador responsável pela criança no momento da ocorrência do trauma (tabela 2), o estudo demonstra que há uma ampliação considerável quanto ao número de pessoas que não são os cuidadores responsáveis pela criança, mas que estavam com ela no momento do trauma. Esses resultados refletem a necessidade de entender as informações sobre os cuidados preventivos aos traumas infantis no decorrer do seu processo de crescimento e desenvolvimento também por parte das outras pessoas que cuidam da criança além de seus pais.

Há urgente necessidade de um olhar e agir preventivos e sistematizados na infância, a fim de evitar esses acontecimentos traumáticos, que podem se tornar limitantes, dolorosos, sofridos ou fatais para as crianças e suas famílias no presente e no futuro⁽⁹⁾.

A importância da responsabilidade do cuidador para prevenir o trauma é inquestionável. A criança até dois anos está comple-

tamente sujeita a riscos impostos por terceiros⁽¹⁰⁾. Neste estudo, 40,8% das crianças estavam com idade inferior a dois anos.

Tabela 2 - Distribuição das crianças com traumas ocorridos em domicílio, segundo o cuidador responsável e a pessoa que estava junto com a criança no momento da ocorrência do trauma. Porto Alegre, 2002.

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

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

3.5 Configuração familiar

Tabela 3 - Distribuição das crianças com traumas ocorridos em domicílio, segundo configuração da família. Porto Alegre, 2002.

Variáveis	n	%
Configuração da família		
Nuclear	65	54,2
Extensa	27	22,5
Monoparental (mulheres)	19	15,8
Reconstituída	7	5,8
Ignorado	2	1,7
Total	120	100,0

Fonte: Dados obtidos na própria pesquisa.

Mais da metade das famílias entrevistadas era nuclear. Esse dado coincide com os de um autor⁽¹⁶⁾ referindo que na sociedade brasileira existe um predomínio das famílias nucleares, com uma forte tendência de aumento das famílias monoparentais com mulheres na posição de chefes da família. Embora a família nuclear seja entendida como a mais protetora, é necessário olhar para as dificuldades vividas. Isso justifica-se quando os progenitores revelaram ter dificuldades de cuidar, de conhecer os perigos, de fazer o apego, de colocar limites, e ainda dificuldades de caráter econômico e de subsistência.

3.6 Maus-tratos

Dentre os 120 casos, nove estavam sendo investigados pela Comissão de Acompanhamento à Criança e ao Adolescente da instituição hospitalar articulado com o Conselho Tutelar por suspeita de maus-tratos, enquanto que três crianças tiveram esse diagnóstico realizado ao internarem-se. A questão dos traumas físicos devidos à violência familiar atualmente vem sendo reconhecida como um sério problema individual, familiar e de saúde coletiva, embora não se disponha nem de registros suficientes nem de atendimentos eficientes à criança e a sua família.

Vivências de profissionais de enfermagem como cuidadores de crianças internadas devido aos diversos traumatismos decorrentes da negligência e dos maus-tratos intradomiciliares⁽¹⁷⁾. Nos três casos de maus-tratos, confirmou-se que todos já tiveram outros tipos de traumas, sendo a reincidência agravada paulatinamente. Conforme uma mãe refere “nunca foi assim, ele [o pai] já tinha apertado a cabeça dela, mas nunca foi assim” (cr. 11 – 2 meses, traumatismo crânio-encefálico).

Na ocorrência dos maus-tratos, o uso de drogas aparece como um importante fator desencadeante, sendo que a faixa etária com mais vítimas da violência doméstica são as crianças menores de seis anos⁽¹⁸⁾.

Os casos de maus-tratos ocorreram por agressão do pai, sendo um deles denunciado pela mãe:

Meu marido fuma maconha. Mas ele não é meu marido é o pai. Tudo começou porque um guri bateu na cerca e pediu meu rádio. E ele tinha dado o rádio pela 'buchinha'. Não dei o rádio. Aí ele pediu a gurua (criança) e ela começou a chorar, sempre começa a chorar quando ele pega. Daí minha vó pediu a gurua. Daí ele começou a sacudir a gurua e jogou na cama. Quando ele tava sacudindo, então eu fui telefoná prá polícia. Eu já tinha avisado que da próxima vez ia fazer isso. Quando eu voltei a gurua tava desmaiada parada na cama nem chorava (cr. 11 – 2 meses, traumatismo crânio-encefálico).

3.7 Serviços de saúde

Dos 120 entrevistados, soube-se que 117 crianças/famílias freqüentavam o serviço de saúde, sendo dois entrevistados não respondentes a esta questão, e apenas um que mencionou não freqüentar o sistema de saúde. Entretanto apenas 18 referiram ter recebido alguma orientação sobre a prevenção de traumas infantis durante os atendimentos. Evidencia-se, assim, a vulnerabilidade da instituição, que não torna também educativos os momentos assistenciais.

A falta de conhecimento sentida e vivida pelos cuidadores é expressa por eles, ao mesmo tempo em que demandam recursos educativos para instrumentalizá-los à proteção de seus filhos. É o que revela uma mãe: “O que eu queria saber é o que eu faço pra mantê ele longe do perigo. Ele tá na fase da descoberta. Quero agora deixar ele longe da cozinha” (cr. 14 – 8 meses, queimadura de 2° e 3° graus).

Outras sugeriram que, “como na questão do cigarro e do álcool, que tão sempre em cima. Também podiam dar folhetos e falar nestes assuntos de evitar acidentes” (cr. 58 – 10 meses, queimadura de 2° e 3° graus). E

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

Resultados semelhantes quanto à carência de orientações ao revisar bibliografias sobre acidentes com crianças⁽¹⁵⁾. Ainda de acordo com essas autoras, que enfatizam o papel da enfermeira como educadora na família para prevenção dos traumas infantis, o contexto do trauma

[...] inclui todos os níveis de prevenção, como a primária, com programas educativos e medidas de segurança, a secundária, tratando eficazmente e minimizando seqüelas físicas, emocionais e sociais, e a terciária, reabilitando e reintegrando a criança em seus componentes físicos e socioculturais, no contexto familiar e na sociedade^{*(15:108)}.

Desta maneira, é preciso refletir sobre os vários encontros de cuidado entre a enfermeira e a criança e sua família, e como muitas vezes a enfermeira não se dá conta da possibilidade de aproveitá-los para uma educação voltada à prevenção do trauma.

O programa do Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾ para a supervisão do Crescimento e Desenvolvimento da Criança indica orientações preventivas ao trauma físico, conforme o estágio de crescimento e desenvolvimento da criança; porém a sua operacionalização não foi expressada pelos sujeitos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há necessidade da implantação de um sistema de informação em ambulatórios e hospitais que permita o conhecimento de diversas variáveis: frequência, tipos, circunstâncias

e causas dos traumas físicos ocorridos na infância.

Os acidentes ocorridos em domicílio podem ser preveníveis pela adequada orientação e qualidade do cuidado da família. O estudo revelou a necessidade da equipe de saúde conhecer a realidade social e cultural das famílias, possibilitando a consonância entre suas práticas e essa realidade, de forma que as famílias possam constituir um ambiente protetor a seus filhos.

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

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

Desse modo, no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios e outros locais de atendimento à criança e à família, os profissionais de saúde também necessitam preocupar-se com a prevenção dos traumas físicos infantis. Devem ser capazes de desenvolver uma orientação, sobretudo fundamentada nessa proteção requerida, ao exercer atividades assistenciais, como em campanhas

educativas, consultas, grupos, ateliê de vivências, atendimentos em comunidades infantis, ambulatoriais, domicílios e unidades de internação hospitalar, entre outras.

REFERÊNCIAS

- 1 Tepas III JJ. Pediatric trauma. *In*: Feliciano DV, Moore EE, Mattox KL. Trauma. 3rd ed. Stanford, Connecticut: Appleton & Lange; 1995. 1280 p. p. 879-98.
- 2 Elsen I, Patrício ZM. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. *In*: Schmitz EMR. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995. 477 p. p. 169-79.
- 3 Algeri S. Caracterização de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. 153 f. il.
- 4 Farinatti F, Biazus DB, Leite MB. Pediatria social à criança maltratada. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. 313 p.
- 5 Advanced Life Support Group. Pre-hospital pediatric life support. London: BMJ Publishing Group; 1999. 203 p.
- 6 American College of Surgeons. Suporte avançado de vida no trauma: programa para médicos. Chicago (IL): American College of Surgeons; 1996. 414 p.
- 7 Robertson LS. Injuries, causes, control strategies and public policy. *In*: Organización Panamericana de la Salud. Prevención de accidentes y lesiones. Washington (DC): Paltex; 1993. 343 p.
- 8 Eidt OR, Canabarro ST. Acidentes físicos não intencionais: a urgência preventiva no cuidado com famílias [resumo]. *In*: Anais do 53^o Congresso Brasileiro de Enfermagem: a concretude social e política da enfermagem; 2001 out 14-19; Curitiba (PR), Brasil. [Em CD-ROM]. Curitiba (PR): ABEn/PR; 2001.
- 9 Blank D. Promoção da segurança da criança e do adolescente. *In*: Duncan BB, Schmitz MI, Giugliani JRE. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2^a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996. 854 p. p. 108-14.
- 10 Blank D, Eckert GE. Pediatria ambulatorial: elementos básicos e promoção da saúde. Porto Alegre (RS): Editora da UFRGS; 1990. 124 p.
- 11 Canabarro ST. Traumas físicos em crianças de zero a seis anos ocorridos em domicílio [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003. 132 f. il.
- 12 Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3^a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. 391 p.
- 13 Broilo EP, Hunsche A, Deboni, BA, Santos CMA, Figueira CF, Blank D. Injúrias físicas não intencionais em crianças: alguns aspectos epidemiológicos. *Revista de Medicina ATM, Porto Alegre (RS)* 1994;14:117-21.
- 14 Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989. 910 p.
- 15 Souza LJEX, Barroso MGT. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo* 1999 jun;33(2):107-12.
- 16 Mioto RCT. Famílias hoje: o começo da conversa. *Texto e Contexto: Enfermagem, Florianópolis (SC)* 1999 maio/ago;8(2):211-9.
- 17 Eidt OR, Biehl JI, Algeri S. Atelier de vivências: um ambiente propício à construção do cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS)* 1998 jan;19(1):47-55.
- 18 Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro* 1994;10(supl 1):177-87.
- 19 Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Cadernos de Atenção Básica, Brasília (DF)* 2002;11:1-101.

Endereço da autora/Author's address:

Simone Travi Canabarro
Av. Guadalupe, 315 ap. 401, J. Lindóia
91.050-250, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: simone@uniworld.com.br

Recebido em: 09/09/2003

Aprovado em: 15/07/2004