

Isabella Cristina Oliveira Pacheco

**SABERES E ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DE MÃES E  
CUIDADORAS SOBRE A PREVENÇÃO DE INJÚRIAS NÃO  
INTENCIONAIS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA**

RECIFE  
2018

Isabella Cristina Oliveira Pacheco

**SABERES E ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DE MÃES E  
CUIDADORAS SOBRE A PREVENÇÃO DE INJÚRIAS NÃO  
INTENCIONAIS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

**Mestranda:** Isabella Cristina Oliveira Pacheco

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus

**Área de Concentração:** Educação em Saúde

**Linha de Pesquisa:** Educação e Saúde

RECIFE  
2018

Catálogo na fonte:  
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

P116s Pacheco, Isabella Cristina Oliveira.  
Saberes e estratégias preventivas de mães e cuidadoras sobre a prevenção de injúrias não intencionais na primeira infância / Isabella Cristina Oliveira Pacheco. – Recife: o autor, 2018.  
94 f.; il; 30 cm.

Orientadora: Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.  
Inclui referências, figuras, apêndices e anexos.

1. Acidente doméstico. 2. Cuidado da criança. 3. Prevenção de acidentes. 4. Grupos focais. I. Marinus, Maria Vanderleya de Lavor Coriolano (orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 113)

Isabella Cristina Oliveira Pacheco

**SABERES E ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DE MÃES E CUIDADORAS SOBRE A PREVENÇÃO DE INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em : 27/02/2018.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciane Soares de Lima**

**(Membro Interno – Depto. De Enfermagem -UFPE)**

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>.Gabriela Cunha Schechtman Sette**

**(Membro Externo - Depto. De Enfermagem -UFPE)**

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>.Luciana Moraes Studart Pereira**

**(Membro Externo - Depto. De Fonodiologia-UFPE)**

*“Dedico esta dissertação a minha mãe, que sempre me apoiou e me incentivou a correr atrás dos meus sonhos. Ao meu pai, sempre tão presente nas minhas conquistas. Aos meus irmãos pela torcida de sempre e ao meu marido, por sempre acreditar em mim e me encorajar diante dos desafios da vida. Amo vocês!”*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sua infinita bondade, misericórdia e por estar tão presente em minha vida, me guiando e me mostrando que seus caminhos são bem maiores que os meus. E que as coisas acontecem no tempo certo.

A minha mãe, Neidja e meu pai, Everaldo pelo tão grande amor dedicado à minha pessoa, à minha educação e na construção dos meus princípios. Só tenho a agradecer o incentivo diário para que eu consiga realizar meus sonhos e objetivos.

Aos meus irmãos, Camilla e Júnior, pela torcida e incentivo em todos os momentos.

Ao meu marido, João Ricardo, pelo companheirismo, por compreender minha ausência durante esta jornada e por sempre acreditar em mim, não me deixando desistir.

Aos meus amigos, Cecília, Flávio, Andressa, Danielle, Laryssa e Pollyanna, pelo incentivo e amizade de sempre.

A minha querida orientadora Wanderleya Lavor pela disponibilidade em orientar e disposição a me ajudar a trilhar essa caminhada de forma tão delicada e tranquila.

As amigas que do mestrado, Gabriela, Vanessa e Amanda obrigada por compartilhar as angústias e as alegrias dessa jornada.

As minhas colaboradoras, Manuely, Juliete e Thaís, pela disponibilidade em ajudar na coleta de dados.

A Rose, enfermeira da Unidade da Saúde da Família a qual realizei a coleta de dados. Muito obrigada pela sensibilidade em compreender a importância da pesquisa e do seu incentivo para que as participantes se disponibilizassem a participarem dos grupos focais.

A toda equipe na Unidade de Saúde da Família - Cosme Damião, por ter abraçado minha pesquisa e ter nos recebido de forma tão agradável durante todo o período da coleta de dados.

A Camylla Barros pela generosidade em me ajudar na manipulação do software para análise dos dados.

E para finalizar, agradeço ao CNPQ e aos meus pais que subsidiou financeiramente a realização desta pesquisa e a minha permanência em Recife.

Resultado de muito estudo e dedicação, a concretização deste trabalho contou com o apoio e colaboração de muitas outras pessoas, nas quais expresso minha eterna GRATIDÃO.

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.*

***Paulo Freire***

## RESUMO

As injúrias não intencionais (INI) caracterizam-se por serem agravos em que não há intencionalidade, embora possam gerar lesões físicas e/ou psíquicas à vítima. As crianças de zero a três anos são mais vulneráveis a esses agravos, devido a fase de acelerado crescimento e desenvolvimento, além de possuírem pouca ou nenhuma percepção de risco. A identificação de saberes de mães e cuidadoras de crianças adstritas ao território de uma Unidade de Saúde da Família pode contribuir para estratégias de educação em saúde que aliem saberes científicos e populares na prevenção desse agravo. O objetivo do estudo foi compreender os saberes e estratégias adotadas por mães e cuidadoras de crianças de zero a três anos no que se refere à prevenção de injúrias não intencionais. Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2017, em uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, na cidade do Recife-PE. Foi utilizada a técnica de grupo focal (GF) para coletar os dados, sendo realizados nove grupos focais, cuja duração média foi de 50 minutos. A amostra foi composta por 34 participantes, que se reuniram no GF em único momento. Os dados dos grupos focais foram gravados, transcritos e analisados a partir da codificação das falas. Os resultados foram agrupados em três códigos analíticos: riscos envolvidos nas INI; ocorrência das INI e os saberes e estratégias preventivas. As mães e cuidadoras relataram que a cozinha e o banheiro eram os cômodos mais perigosos do domicílio. Também foi percebida a relação entre o tipo de injúria não intencional e a faixa etária da criança e que a ocorrência de INI tem relação com as características individuais e de temperamento de cada criança, não estando vinculado exclusivamente com gênero masculino ou feminino. Os conhecimentos das mães e cuidadoras estiveram mais atrelados aos saberes populares, culturais e provenientes da própria experiência. Entretanto, em menor proporção também foi percebido o compartilhamento de informações preventivas oriundas de profissionais de saúde responsáveis por assistir tal população.

**Descritores:** Acidente doméstico. Cuidado da criança. Prevenção de acidentes. Grupos focais.

## ABSTRACT

Unintentional injuries (INI) are characterized as unintentional injuries, although they may generate physical and / or psychic injuries to the victim. Children from zero to three years of age are more vulnerable to these diseases due to the phase of rapid growth and development, as well as having little or no perception of risk. The identification of the knowledge of mothers and caregivers of children attached to the territory of a Family Health Unit can contribute to health education strategies that combine scientific and popular knowledge in the prevention of this disease. The objective of the study was to understand the knowledge and strategies adopted by mothers and caregivers of children from zero to three years with regard to the prevention of unintentional injuries. An exploratory study, with a qualitative approach, whose data collection was performed from February to April 2017, in a Family Health Unit of the Sanitary District IV, in the city of Recife-PE. Focal group technique was used to collect the data, and nine focal groups were performed, with a mean duration of 50 minutes. The sample consisted of 34 participants, who met in the GF in a single moment. The data of the focus groups were recorded, transcribed and analyzed from the coding of the speeches. The results were grouped into three analytical codes: risks involved in INI; occurrence of INI and preventive knowledge and strategies. Mothers and caregivers reported that the kitchen and bathroom were the most dangerous rooms in the household. The relationship between the type of unintentional injury and the age range of the child was also observed, and that the occurrence of INI is related to the individual and temperament characteristics of each child and is not exclusively related to male or female gender. The knowledge of the mothers and caregivers were more tied to the popular, cultural knowledge from their own experience. However, to a lesser extent, it was also noticed the sharing of preventive information from health professionals responsible for assisting this population.

**Keywords:** Domestic accident. Child care. Accidents prevention. Focus group.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1-</b> Dimensão epidemiológica das injúrias não intencionais desenvolvida por Runyan (2003) .....	26
<b>Figura 1</b> - Modelo epidemiológico de Uri Bronferbrenner integrado ao contexto das injúrias não intencionais adaptado por Runyan (2003) .....	27
<b>Figura 2</b> - Disposição dos grupos focais.....	51
<b>Figura 3</b> - Operacionalização dos grupos focais.....	53
<b>Figura 4-</b> Subdivisão dos códigos analíticos, elaborado pela autora (2017) .....	59
<b>Figura 5</b> – Códigos descritivos sobre os riscos envolvidos nas Injúrias não intencionais a partir da visão das mães e cuidadoras. Recife, 2017.....	59
<b>Figura 6-</b> Códigos descritivos sobre a ocorrência das Injúrias não intencionais a partir da visão das mães e cuidadoras. Recife, 2017.....	65
<b>Figura 7-</b> Códigos descritivos sobre as estratégias preventivas para minimizar as INI a partir da visão das mães e cuidadoras. Recife, 2017.....	66

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ACE-** aspiração de corpo estranho
- ACS-** Agentes Comunitários de Saúde
- APS-** Atenção Primária à Saúde
- CA-** Cuidadora avó
- CEP-** Comitê de Ética em Pesquisa
- CM-** Cuidadora Materna
- CNS-** Conselho Nacional de Saúde
- CONTRAN-** Conselho Nacional de Trânsito
- CSC-** Caderneta de Saúde da Criança
- CT-** Cuidadora tia
- DNCR-** Departamento Nacional da Criança
- ECA-** Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESF-** Estratégia Saúde da Família
- GF-** Grupos Focais
- ICE -** Ingestão corpo estranho
- INI-** Injúria não intencional
- MCS-** Método Criativo e Sensível
- MS-** Ministério da Saúde
- OMS-** Organização Mundial da Saúde
- PAISC-** Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
- PAISM -** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PAISMC-** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
- PNAISC -** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PNAISC-** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PNRMAV-** Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência
- PNSMI-** Programa Nacional de Saúde Materno-infantil
- POP-** Procedimento Operacional de Pesquisa
- PSF -** Programa de Saúde da Família
- SUS-** Sistema Único de Saúde
- TCE-** Traumatismo Crânioencefálico
- TCLE-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNICEF-** Fundo das Nações Unidas para a Infância

**USF-** Unidade da Saúde da Família

**WHO-** World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	15
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	19
2.1	O HISTÓRICO DA SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL	19
2.2	O CUIDADO DOMICILIAR E A PUERICULTURA	21
2.3	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CONCEITUAIS SOBRE AS INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS/ ACIDENTES NA INFÂNCIA	24
2.4	CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS	31
2.4.1	Aspiração por corpo estranho	31
2.4.2	Quedas na infância	32
2.4.3	Afogamentos	34
2.4.4	Acidentes de trânsito	35
2.4.5	Envenenamento	37
2.4.6	Queimaduras	38
2.5	Dados epidemiológicos sobre os atendimentos hospitalares	40
2.6	Ações preventivas para a ocorrência de injúrias não intencionais	41
3.	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	46
3.1	DESENHO DO ESTUDO	46
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	46
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	47
3.3.1	Critério de elegibilidade	47
3.4	COLETA DE DADOS	47
3.4.1	Procedimento para coleta de dados	47
3.4.2	Técnica de coleta de dados	47
3.4.3	Composição da amostra	50
3.4.4	Operacionalização dos grupos focais	51
3.4.5	Dinâmica “quebra-gelo”	52
3.4.6	Operacionalização dos GF	53
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	53
4	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	56
5	<b>LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS</b>	57
6	<b>RESULTADOS</b>	58
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES	58
6.2	RISCOS ENVOLVIDOS NAS INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS	60
6.2.1	Riscos de INI relacionados às características da criança	60
6.2.2	Riscos de INI relacionados ao comportamento das mães ou cuidadoras	63
6.3	A OCORRÊNCIA DA INI NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA	65
6.4	ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS PARA MINIMIZAR AS INI	66
7	<b>DISCUSSÃO</b>	69
8	<b>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	76
	<b>REFERÊNCIAS</b>	77
	<b>APÊNDICES</b>	
	APÊNDICE A: Formulário para caracterização dos entrevistados	84
	APÊNDICE B: Procedimento Operacional de Pesquisa	85
	<b>ANEXOS</b>	

ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	87
ANEXO B: Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos	89
ANEXO C: Carta de Anuência	90
ANEXO D: Parecer do Comitê de Ética do CCS da UFPE	92

## 1 INTRODUÇÃO

A primeiríssima infância compreende o período da gestação até os primeiros 3 anos de vida. Acontecimentos nesta fase da vida, refletem no futuro do indivíduo, o que justifica a necessidade de investimentos em pesquisas e recursos humanos durante a infância, para promoção do desenvolvimento saudável. Todas as experiências, na infância estão diretamente relacionadas aos estímulos cognitivos, sensoriais e afetivos compartilhados pela família, cuidadores, membros da comunidade e profissionais de saúde, responsáveis por desempenhar um papel fundamental na construção do indivíduo social (SANTOS, 2015).

O período da infância compreende inúmeras descobertas e contínuo aprendizado, exigindo dos cuidadores a supervisão eficiente e a identificação de possíveis riscos no ambiente doméstico, tendo em vista que as crianças se tornam mais vulneráveis à ocorrência de injúrias não intencionais (INI) no ambiente doméstico (VIEIRA et al., 2007; FARAH; BACK; PEREIRA, 2015).

Alguns fatores podem contribuir para a predisposição da criança a ocorrência de INI, os quais envolvem a imaturidade física e neurológica, a partir de desvantagens anatômicas, a cabeça da criança é desproporcionalmente maior do que o corpo, o que desloca o centro de gravidade para o tórax e não para a cicatriz umbilical. Além disso, a criança tem comportamento exploratório, limitada coordenação motora e incapacidade de prever e evitar situações de risco (MATOS; MARTINS, 2012; XAVIER-GOMES et al., 2013; FARAH; BACK; PEREIRA, 2015).

As INI caracterizam-se por serem agravos em que não há intencionalidade para a ocorrência e que podem ser prevenidas, embora possam, também, gerar lesões físicas e/ou psíquicas à vítima (BRASIL, 2001a). Elas são mencionadas entre as principais causas externas de morbimortalidade em crianças, com idade entre 1 e 14 anos em todo o mundo (SANTOS, 2010). Em 2008, nos Estados Unidos, a queda é a principal causa de injúria não intencional, que atinge 1.570.479 crianças menores de 10 anos (PEDEN et al., 2008).

Em 2015, no Brasil, houve 3.886 mortes de crianças e adolescentes, percentual representativo de cerca de 10 óbitos infantis por dia, decorrentes de causas acidentais com destaque para os acidentes de trânsito e afogamentos em crianças de 0 a 14 anos. Além disso, foram contabilizados 117.000 atendimentos hospitalares por causas não intencionais (MACHADO, 2017). Essas injúrias já ultrapassam a ocorrência de doenças respiratórias, gastrintestinais e desnutrição (RODRIGUES et al., 2013).

As principais injúrias não intencionais que ocorrem no ambiente extradomiciliar são as lesões no trânsito e os afogamentos. As principais injúrias domiciliares são as quedas, queimaduras e envenenamento. Tal agravo não afeta apenas as crianças, mas também as famílias e a sociedade. A região do corpo das crianças mais acometida são os membros superiores, seguida pela face, membros inferiores e abdome (SILVA; FONTINELE; OLIVEIRA; BEZERRA; ROCHA, 2017).

Dentre os fatores de riscos individuais, destaca-se a idade da criança, pois há injúrias específicas para cada faixa etária. Em relação aos fatores familiares, sobressaem-se a baixa condição socioeconômica, mãe solteira e jovem, baixo nível de instrução materna, desemprego, habitação pobre, famílias as numerosas e uso de álcool e drogas pelos pais (FARAH; BACK; PEREIRA, 2015). Além dos fatores supracitados, o contexto social, econômico e familiar que a criança está inserida também pode contribuir na compreensão do risco e na realização de estratégias preventivas (VIEIRA et al., 2007; PAES; GASPARELLO, 2005).

O cuidado domiciliar é influenciado por crenças, valores, religião, condições econômicas e educacionais e pelas experiências familiares repassadas de geração para geração. O cuidado infantil demanda, também, o envolvimento da mãe, família e profissionais de saúde, que compartilham conhecimentos, experiências, atitudes, intuição e pensamento crítico para a promoção da saúde da criança (ZANATTA; MOTA, 2007).

O Brasil avançou consideravelmente no âmbito da redução da mortalidade infantil e no tratamento de diversas doenças. As ações direcionadas à prevenção de injúrias intencionais e não intencionais na infância, contudo, ainda têm sido ineficazes e incipientes. Uma vez que as lesões são decorrentes de causas multifacetadas associadas à precariedade dos serviços de saúde e da escassez de ações de educação em saúde (BRASIL, 2010b).

A redução da referida problemática tem sido um desafio para os órgãos de saúde, visto serem elevadas as taxas de morbimortalidade decorrentes do referido agravo. Nesta perspectiva, a Portaria nº 1.130, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) reconhece a questão ao considerar, dentro dos eixos estratégicos, a atenção à criança em situação de violência, prevenção de acidente e promoção da cultura de paz (BRASIL, 2015c).

Conforme o panorama acima, os eixos estratégicos da PNAISC têm as ações implantadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio das consultas de puericultura, as quais são uma das principais ações realizadas pelo enfermeiro ou médico da unidade. A puericultura tem a finalidade de avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos de idade. Sabe-se que o enfermeiro tem importante função na

promoção saúde da criança, devido às ações de educação em saúde que, além de tudo, podem contemplar a prevenção de injúrias não intencionais na infância (BEZERRA et al, 2016).

Educar, tal qual cuidar, é um desafio, porque se relaciona a interações humanas entre seres singulares, com demandas e problemas diversos (COELHO; MIRANDA, 2015). Para tanto, a educação em saúde é essencial, a fim de sensibilizar os pais e cuidadores sobre os riscos do ambiente domiciliar e, ainda, refletir a respeito da tomada de decisão na perspectiva de supervisão contínua e adesão às medidas de segurança, para que se minimizem os perigos do ambiente doméstico.

No que tange as diferentes formas de conhecimento ou de saberes, tanto o saber popular quanto o científico causam aproximações ou afastamentos de acordo com os significados, signos e valores da vida social de cada indivíduo. Assim, na relação entre os saberes, não cabe qualquer tipo de disputas nos próprios usos, ambos se complementam e reconhecem em si mesmos os limites e contribuições a cada um cabível (SILVA; MELO NETO, 2015).

Para explorar a temática, optou-se por compreender os saberes e estratégias adotados por mães e cuidadoras de crianças de zero a três anos no que se refere à prevenção de injúrias não intencionais, a partir da identificação dos saberes de mães e cuidadoras sobre a prevenção e o conhecimento das estratégias preventivas.

Diante da problemática apresentada, foi construída a pergunta condutora do estudo: Quais os saberes e estratégias adotados por mães e cuidadoras de crianças de zero a três anos quanto à prevenção de injúrias não intencionais?

Conforme o panorama acima, emergiu o interesse em compreender as elevadas taxas de injúrias não intencionais em crianças de zero a três anos, uma vez que a citada faixa etária se encontra na fase de acelerado crescimento e desenvolvimento. As crianças, neste grupo etário, são mais vulneráveis à ocorrência de lesões provocadoras de sequelas incapacitantes com repercussões na vida adulta (VIEIRA et al., 2007).

Desta forma, optou-se por realizar um estudo qualitativo por ser capaz de captar opiniões e perspectivas da vida das mães e cuidadoras sobre as injúrias não intencionais, além de revelar os conceitos existentes sobre as INI, as experiências anteriores e as questões emocionais e comportamentais das participantes.

Esta dissertação faz parte da Área de Concentração de Educação e Saúde e da linha de pesquisa de Educação e saúde. Para responder os objetivos a dissertação foi construída e será apresentada em capítulos.

No capítulo 1, está a apresentação, no capítulo 2, a revisão de literatura, que está dividida em seis partes. Na primeira parte da revisão estão abordadas as questões referentes à história

da saúde da criança no Brasil. A segunda trata do cuidado domiciliar e a puericultura. Na terceira, estão abordados os aspectos epidemiológicos e conceituais sobre as injúrias não intencionais/acidentes na infância. Na quarta, estão classificados os tipos de injúrias não intencionais. A quinta, apresenta os dados epidemiológicos sobre os atendimentos hospitalares decorrentes das injúrias não intencionais e, na sexta parte, aborda-se as ações preventivas para a ocorrência de injúrias não intencionais.

Em seguida, o capítulo 3, apresenta os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa: a saber o tipo de estudo, caracterização do cenário, participantes, coleta e análise de dados. No capítulo 4, estão abordados os aspectos éticos. No capítulo 5, apresenta-se as limitações metodológicas. No capítulo 6, estão apresentados os resultados do estudo. No capítulo 7, está a discussão. Por fim, no capítulo 8 estão as conclusões e considerações finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O HISTÓRICO DA SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

No Brasil, a assistência à saúde da criança perpassou por inúmeros avanços, devido às descobertas científicas, evolução histórica, criação de políticas públicas e participação da sociedade vigente, entretanto há um longo caminho a ser trilhado (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). As primeiras estratégias de atenção à Saúde da Criança, no Brasil, eram direcionadas à assistência materno-infantil, com a finalidade de garantir melhorias no atendimento para mãe-bebê, na tentativa de reduzir as elevadas taxas da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011e).

Durante o Estado Novo, as ações de atenção à saúde materno-infantil restringiram-se ao âmbito biológico, com ações pontuais e direcionadas apenas ao saber médico. No ano de 1940, houve a criação do primeiro serviço destinado à assistência materno-infantil, denominado Departamento Nacional da Criança (DNCR), responsável por atividades vinculadas à maternidade, infância e adolescência. Inseriu-se, no escopo de atividades, a puericultura para promover o cuidado referente à gravidez e à amamentação (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Na mesma lógica, em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-infantil, com caráter vertical e centralizado na esfera federal com ações direcionadas às famílias de baixa renda (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Posteriormente, em 1983, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM) que tinha por foco facilitar o acesso à saúde para o público materno-infantil (BRASIL, 2011e).

Na perspectiva acima, apenas em 1984, houve a divisão em dois programas distintos que atuavam de forma integrada, denominado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criados para intensificar as ações de promoção do aleitamento materno, imunizações, prevenção e controle das doenças respiratórias agudas e diarreicas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na tentativa de reduzir as elevadas taxas de mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade (BRASIL, 2011e).

Em 1994, o Ministério da Saúde deu ênfase à família com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), mais tarde denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) para

substituir o modelo curativo e biomédico. Assim, a ESF tornou-se responsável pela reorientação do modelo de atenção e de gestão da Atenção Primária à Saúde (FERTONANI et al., 2015).

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, provou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e definiu um conjunto de ações individuais e coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que gere impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (BRASIL, 2012d).

Na década de 90, além dos avanços da Atenção Primária à Saúde, houve também uma grande conquista da sociedade civil através da Lei nº. 8.069 de 1990 que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no qual são apontados os direitos da criança, o direito à vida, à segurança e à proteção (BRASIL, 1990f). Tais direitos, entretanto, são constantemente ameaçados, pelas injúrias não intencionais, pois estes eventos representam grande relevância entre as causas de morbimortalidade em todo o mundo, inclusive, no Brasil e, quando se fala em acidentes na infância, acredita-se que podem ser previsíveis e evitáveis (RAMOS; NUNES, 2014).

Diante deste panorama, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2001), dentro da qual se destaca entre as ações prioritárias, a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001a). De acordo com Filócomo et al., (2017), tal política trouxe avanços na visibilidade das estratégias de prevenção e no controle dos episódios de acidentes e violências a serem desenvolvidos de forma compartilhada entre população e instâncias governamentais. Além de ter iniciado a disseminação do conceito adotado pela comunidade científica, de que acidentes são previsíveis e passíveis de prevenção.

A Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A problemática dos acidentes, na infância, foi inserida entre os eixos estratégicos em relação à atenção à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz através da criação de uma rede de apoio que acolha as vítimas e qualifique os atendimentos hospitalares, uma vez que são necessárias ações intersetoriais para prevenir as causas multifacetadas dos acidentes (BRASIL, 2015c).

É importante ressaltar o Marco Legal da 1ª Infância (2016) que define, entre as áreas prioritárias, a convivência familiar e coletiva, a cultura, o brincar e o lazer, o meio ambiente, além de ações de proteção contra violência e a prevenção de acidentes. Diante de tais desafios, a participação da família é essencial para a construção de uma rede de proteção para os cuidados da criança, no contexto domiciliar e extradomiciliar, com o intuito de identificar precocemente o ambiente de risco doméstico que possa prejudicar o crescimento e desenvolvimento infantil, mas também estimular ações preventivas (BRASIL, 2016g).

No contexto supracitado, as políticas públicas direcionadas à Primeira Infância, ou seja, crianças de zero até os seis anos completos, devem promover a construção da cultura de proteção e promoção da saúde. Dentre as ações para favorecer o desenvolvimento saudável, destacam-se a puericultura e a visita domiciliar por serem as principais estratégias contempladas pelas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2016g).

## 2.2 O CUIDADO DOMICILIAR E A PUERICULTURA

As crianças, por muitos anos, foram negligenciadas pelas famílias e pelo Estado, tratadas no papel de “adultos em miniatura”. No século XIV a XVIII, a expectativa de vida das crianças portuguesas alcançava no máximo 14 anos de vida. Neste contexto, as crianças mais pobres eram consideradas semelhantes aos animais, cujo trabalho deveria ser explorado ao máximo durante o curto tempo de vida (DEL PRIORI, 2000).

Com o passar do tempo, a sociedade começou a reconhecer as particularidades da infância e a necessidade da adoção dos primeiros cuidados com o recém-nascido, que após o nascimento era banhado no vinho ou cachaça, era limpo com manteiga e prontamente enfaixado para proteger os ossos ainda muito frágeis (DEL PRIORI, 2000).

Neste contexto, a nutrição materna foi fortemente influenciada pelas índias que tinham o hábito de amamentar seu rebento, diferentemente das europeias que entregavam seus filhos para outras pessoas criarem. Além do leite materno, também era adicionado a farinha para alimentar as crianças com “papinhas fortificantes” que iriam impedir a morte precoce. No entanto, tais hábitos alimentares - que tinham a finalidade de engordar as crianças - ocasionavam bastante gastroenterites que favoreciam a ocorrência do óbito (DEL PRIORI, 2000). Percebe-se que costumes antigos têm reflexos, até mesmo, nos dias atuais, o que pode justificar os inúmeros casos de sobrepeso, obesidade e subnutrição.

É relevante lembrar que as crianças estavam diretamente relacionadas com a economia, uma vez que eram as vítimas mais vulneráveis durante as crises do trigo, tensões sociais e as epidemias. As diferenças sociais entre as classes econômicas também desfavoreciam os indivíduos mais jovens que eram conseqüentemente os mais doentes e os que recebiam castigos mais cruéis (DEL PRIORI, 2000).

Durante o século XVII, a infância começou a ser visualizada no âmbito social, pois foi, neste período, que as famílias iniciaram a demonstração de sentimentos de afeto, carinho, amor e proteção ao infante. A sociedade passou a reconhecer o importante papel da criança dentro da constituição familiar, inclusive, houve o reconhecimento do processo de crescimento e desenvolvimento da criança. Apesar dos avanços em reconhecer a importância do cuidado infantil, o abandono, no entanto, permaneceu enquanto uma prática bastante reproduzida por motivos diversos, dentre eles a extrema pobreza, serem filhos bastardos e por outras razões (ARAÚJO *et al.*, 2014).

No contexto geral, no período do Brasil Colônia, tanto a Igreja quanto o Estado eximiam-se da responsabilidade sobre a criança abandonada, pouco se importavam em garantir a moradia e alimento destes infantes; no entanto, eram poucos os indivíduos da sociedade que tinham piedade e preocupavam-se com a vida dos pequenos desvalidos sem família (ARAÚJO *et al.*, 2014).

O cuidado infantil está inserido em todas as fases da vida do ser humano, influenciado pelas experiências familiares, estilo de vida, atitudes e relações interpessoais. Assim, o cuidado realizado, na primeira fase da vida, exige a participação dos familiares que dispõem de vivências anteriores, geralmente representadas pelas avós e/ou sogras. O cuidado envolve um processo dinâmico com o compartilhamento de saberes e práticas vivenciadas anteriormente com a finalidade de promover a saúde da criança (ZANATTA; MOTTA, 2007).

Nesta perspectiva, destacam-se enquanto ação fundamental na prevenção de enfermidades os cuidados com a higiene ambiental e individual. É possível, então, perceber que elas contribuíram para embasar o desenvolvimento do que hoje é conhecido por puericultura, a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Vale lembrar que a puericultura, inicialmente, não considerava os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, ou seja, não reconhecia a importância do contexto social, cultural e econômico em que a criança estava inserida. Apenas utilizava-se de ações sistematizadas e padronizadas igualmente para todas elas (DOS SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

Atualmente, a puericultura está inserida entre as ações desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde direcionada à prevenção, proteção e promoção da saúde com objetivo de

favorecer o crescimento e desenvolvimento saudável, com a finalidade de prevenir sequelas que possam repercutir na vida adulta (GAUTERIO; IRALA; CEZAR-VAZ, 2012).

Em tal panorama, a consulta de puericultura é um momento privilegiado para o profissional de saúde compreender, diagnosticar e analisar o contexto em que a criança e a família estão inseridas; portanto, um excelente meio para sensibilizar os pais a desenvolver ações frente à prevenção de acidentes domésticos infantis (RODRIGUES et al., 2013; DE MOURA et al., 2015).

Durante a consulta de puericultura, utiliza-se a caderneta de saúde da criança (CSC), por ser um instrumento que serve para acompanhar e monitorar as condições de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança menor de nove anos de idade. A mesma é dividida em duas partes, a primeira parte é direcionada aos pais e cuidadores da criança, contém informações e orientações sobre amamentação, vacinação, prevenção de acidentes e violências, entre outros. Já a segunda parte, é destinada aos profissionais de saúde que são responsáveis por registrarem informações relevantes sobre as condições de saúde da criança (BRASIL, 2013b).

É importante ressaltar que os profissionais de saúde, na maioria das vezes, reconhecem a importância da CSC, por ser uma ferramenta de comunicação entre o profissional e a família. Os profissionais, todavia, relatam que, dentre outros motivos, a correta utilização da CSC é impossibilitada pelo tempo insuficiente para dialogar com a família durante a consulta. Desta forma, os profissionais detêm-se nas condições clínicas e negligenciam orientações de prevenção, sobretudo relacionado à ocorrência de injúrias não intencionais. Vale destacar que a CSC traz orientações de prevenção de acidentes na infância pertinentes a cada faixa etária (ABREU; VIANA; CUNHA, 2012).

Em contrapartida, um estudo, realizado em Fortaleza, destacou que o principal motivo da procura pelos pais aos serviços de Atenção Primária à Saúde é a necessidade de atendimento à criança em caso de doença, ao invés de serem priorizadas ações de promoção da saúde e estratégias preventivas, os profissionais e o sistema de saúde permanecem ancorados nas práticas do modelo biomédico e curativista (MACHADO et al., 2012).

Outro importante recurso de atuação para atenção à saúde é a visita domiciliar, pois é, durante ela, que é possível conhecer o ambiente doméstico onde a criança está inserida, a estrutura familiar, a identificação dos principais cuidadores, além de detectar os fatores de riscos que contribuem para a ocorrência de acidentes que podem interferir no desenvolvimento infantil (RODRIGUES et al., 2013).

Uma revisão integrativa, cujo objetivo foi identificar os cuidados domiciliares direcionados à promoção da saúde da criança, no Brasil, evidenciou o predomínio de cuidados para as necessidades gerais da criança, exemplificado por ações vinculadas a dieta e a higiene (DE MOURA et al., 2015). Desta forma, percebe-se uma noção de cuidados ainda restrita e direcionada à alimentação e à higiene, que desconsidera os demais fatores envolvidos no processo de crescimento e desenvolvimento saudável.

As mães compreendem a importância dos sentimentos afetivos que devem ser iniciados durante a gestação. Assim, é fundamental a compreensão das práticas de cuidado por parte dos profissionais de saúde, no sentido de considerar e respeitar o conhecimento popular com base em crenças e experiências. Vale lembrar que o cuidado também está relacionado ao respeito, valorização e a confiança entre profissional – usuário (ZANATTA; MOTTA, 2007).

O conhecimento das práticas de cuidado dos usuários, em alguns contextos e situações, pode não ser tão valorizado pelos profissionais de saúde, pois não ocorre uma reflexão sobre o contexto em que os saberes foram construídos. O cuidado sofre influência de diversas formas de saberes, inclusive os saberes de natureza científica e os de natureza popular. Uma vez que o conhecimento popular é adquirido através de experiências de familiares que transmitem de geração para geração. Já o conhecimento científico surge a partir de princípios e questionamentos populares que buscam a compreensão do fenômeno sob um panorama empírico (ZANATTA; MOTTA, 2007).

É importante, pois, que o profissional de saúde se comunique com os pais ou cuidadores, utilize-se de uma linguagem clara e simples para explicar sobre os principais tipos de acidentes, causas e consequências, a relação entre idade/acidente, os modos de prevenção, além de orientações quanto aos primeiros socorros em caso de sua ocorrência, sempre com orientações voltadas a educação em saúde (RODRIGUES et al., 2013).

### 2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CONCEITUAIS SOBRE AS INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS/ ACIDENTES NA INFÂNCIA

O termo acidente é definido pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde por ser um episódio previsível, evitável e não intencional, do qual podem resultar em lesões físicas e/ou emocionais e até mesmo evoluir para o óbito. Quanto ao lugar de ocorrência pode ser: intradomiciliar (casa ou espaços de convivência doméstica) ou extradomiciliar (rua, escola ou creche) (BRASIL, 2001a).

A definição de acidente está enraizada na conotação de força do acaso, imprevisibilidade ou vontade divina. As razões da ocorrência do mesmo, na maioria das vezes, no entanto, são relacionadas à falta de conscientização da população o que inclui a falta de conhecimento, negligência, excesso de velocidade e descumprimento de legislações e regras específicas (BLANK, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou o termo “acidente”, para o evento que resultou ou poderia ter resultado em uma lesão. A palavra “acidente”, contudo, possui uma conotação vinculada à fatalidade, logo substituída pelo termo “injúrias não intencionais” (SANTOS, 2010; BRASIL, 2012d; MARTINS, 2013).

Nessa perspectiva, compreende-se que a maioria dos acidentes pode ser prevenidos, por meio de da educação em saúde, mudanças de comportamentos, criação e cumprimento de leis e normas de segurança, exemplificado pela Resolução nº 277, 28 de maio de 2008, do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), popularmente denominada “Lei da Cadeirinha”, que dispõe sobre as normas no transporte de crianças menores de dez anos de idade, a partir da utilização de dispositivos de segurança, cuja finalidade é minimizar ou eliminar o risco ao infante (SANTOS, 2010; BRASIL, 2012d; MARTINS, 2013; GARCIA; FREITAS; DUARTE, 2012).

O termo acidente possui características particulares, por sofrer forte influência dos fatores ambientais, culturais e educacionais que podem desencadear ou não a ocorrência de uma injúria/lesão, a injúria pode ser a consequência do acidente dependendo da gravidade do acidente e pode desencadear danos psicológicos, econômicos e sociais (BLANK, 2005).

Vale ressaltar que não há um consenso na literatura sobre estas diferentes definições dos termos acidentes e injúrias, pelo contrário, há uma corrente de estudiosos que utilizam os termos enquanto sinônimos (BLANK, 2005). Desta forma, o atual estudo adotou o termo injúrias não intencionais como sinônimo de acidentes para melhorar a compreensão das participantes durante a coleta de dados.

Muitos estudiosos ainda defendem a relação de fatalidade e imprevisibilidade dos acidentes, contudo, tal concepção favorece a perpetuação da problemática. É possível observar que, nas últimas décadas, os pesquisadores possuíam ideias semelhantes à população leiga, por acreditarem que os acidentes eram frutos do azar. Além do mais, as vítimas eram culpadas pelos acidentes ocorridos e a prevenção se restringia à mudança de comportamento dos pais e dos cuidadores (BLANK, 2005; PAES; GASPARELLO, 2005).

Nos dias atuais, as elevadas taxas de morbimortalidade infantil, a falta de informação, a reduzida supervisão e a ausência de ações intersetoriais são fatores que favorecem a ocorrência das injúrias não intencionais. A sociedade enfrenta desafios para controlar esta problemática,

apesar de mudanças nas estratégias de prevenção, por meio de orientações específicas para cada faixa etária e da identificação precoce dos fatores de riscos (BLANK, 2005; PAES; GASPAR, 2005).

Em 2008, a UNICEF e a World Health Organization (WHO) elaboraram um Relatório Mundial de Prevenção de Injúrias na Infância com o objetivo de divulgar a magnitude, os fatores de risco e o impacto global das mesmas. O relatório revelou que, em 2004, cerca 830.000 indivíduos menores de 18 anos evoluíram para o óbito, destes 90% foram decorrentes de injúrias não intencionais (PEDEN et al., 2008).

A compreensão dos fatores de risco das injúrias deu-se a partir do modelo epidemiológico clássico de William Haddon Jr., o qual consiste em uma matriz ilustrada pelas colunas que demonstram a relação entre hospedeiro-agente-ambiente, O hospedeiro é a criança, o agente é o veículo ou instrumento e o ambiente são os aspectos físicos, sociais ou econômicos. As linhas da matriz são responsáveis por classificar os episódios de injúria em fases “pré-evento”, “evento” e “pós-evento”. A matriz de Haddon é um importante instrumento utilizado para compreender os fatores etiológicos das injúrias, a fim de identificar possíveis estratégias de prevenção deste agravo à saúde, sobretudo na população infantil (RUNYAN, 2003).

**Quadro 1-** Dimensão epidemiológica das injúrias não intencionais desenvolvida por Runyan (2003).

<b>Fases</b>	<b>Criança</b>	<b>Agente Causador</b>	<b>Ambiente físico (residência)</b>	<b>Ambiente (comunidade)</b>
<b>Pré-evento</b> (antes da queda)	Orientar as crianças para não se pendurar em janelas	Manter as janelas protegidas com redes ou grades	Impedir o acesso das crianças à janela	Orientar a família para não instalar móveis junto às janelas e providenciar a instalação de barreiras de acesso a janelas, escadas e sacadas.
<b>Evento</b> (durante a queda)	Prestar os primeiros socorros	Diminuir o risco de novas quedas pela retirada de móveis próximos a janela e pela instalação de barreiras	Instalar barreiras de proteção	Ensinar normas de primeiros socorros a comunidade e elaborar normas que regulamentam a instalação de barreiras de acesso.



visualização da aproximação de veículos ou de situações de perigo (MATOS; MARTINS, 2012; XAVIER-GOMES et al., 2013; FARAH; BACK; PEREIMA, 2015).

Quanto ao gênero mais exposto aos acidentes, há o predomínio dos meninos em todas as faixas etárias. Os meninos caracterizam-se por possuir duas vezes maior chance de sofrer injúria física em relação às meninas. Há vários motivos prováveis para essa afirmação, dentre eles o fato de os meninos serem mais ativos, realizarem atividades mais agressivas e se expor mais a riscos em comparação ao gênero feminino (BLANK, 2005).

Os fatores interpessoais resultam da interação entre duas pessoas, a exemplo da relação fraterna entre os pais e a criança seja no intuito de proteção ou para expor a criança a situações de perigo (RUNYAN, 2003). É importante lembrar que as relações familiares são laços estreitos e que repercutem rapidamente na dinâmica doméstica, quando algum membro da família vivencia um episódio de injúria não intencional. A ocorrência do evento tem reflexo no âmbito emocional, econômico e social. Os indicadores mostram o impacto das mortes por causas externas na infância, com destaque para os “anos potenciais de vida perdidos” e os “anos de vida produtivos em potencial perdidos” que repercutem negativamente na vida das famílias (FARAH; BACK; PEREIMA, 2015).

A ocorrência da injúria não intencional tem relação direta com o grau de supervisão prestado pelos pais ou cuidadores, na tentativa de reduzir os riscos de lesão. As famílias, na maioria das vezes, não compreendem que uma simples “pancadinha” pode gerar graves sequelas a exemplo da paralisia dos membros da criança (VIEIRA et al., 2007).

O conhecimento das mães brasileiras sobre os perigos domésticos e as precauções de segurança foi avaliado a partir da adequação cultural de uma versão ilustrada do inventário denominado Home Inventory of Dangers and Safety Precautions (HIDSP-4) para o contexto brasileiro. As ilustrações continham ambientes domésticos para as mães identificarem quais os perigos e quais as precauções de segurança a serem adotadas para minimizar os riscos de injúrias não intencionais (JUNIOR RIBAS, TYMCHUKB e RIBAS, 2006).

No referido estudo, as mães conseguiram identificar cerca de 62 % dos perigos ilustrados no inventário, no entanto, elas sugeriram corretamente apenas 26% de precauções de segurança para prevenir as injúrias não intencionais (JUNIOR RIBAS, TYMCHUKB e RIBAS, 2006). Diante do exposto, percebe-se que as mães brasileiras demonstram dificuldades em identificar os perigos oriundos do ambiente doméstico e principalmente em aderir atitudes preventivas que são adequadas para minimizar os riscos domiciliares.

No estudo de Vieira (2007, p.155), as repercussões do acontecimento das injúrias, no ambiente da família, relacionaram-se às dimensões emocionais, econômicas, culturais e ao

próprio desequilíbrio na estrutura familiar, somaram-se às reações de medo, culpa e arrependimento, protesto e resignação do destino e da vontade de Deus diante da injúria sofrida pela criança. Entende-se que as injúrias afetam não só a criança, mas toda a sociedade em que ela está inserida.

Na perspectiva supracitada, a literatura correlaciona também às elevadas taxas de injúrias não intencionais com as mães que apresentam distúrbios emocionais, tais quais depressão, ansiedade, separação do cônjuge ou mudança de domicílio. Além de que as ocorrências de injúrias não intencionais são mais frequentes quando os pais ou cuidadores não conseguem identificar o estágio de desenvolvimento da criança, uma vez que são incapazes de reconhecer o grau de atividade que a criança está apta a desenvolver com segurança (KENDRICK et al., 2013).

Ao mesmo tempo, os pais ou cuidadores não ponderam sobre os riscos oriundos do ambiente doméstico, pois acreditam que, neste local, as crianças estão protegidas. Os adultos, na grande maioria, acreditam que as crianças já nascem com a percepção de risco, contudo elas desenvolvem tal noção de risco apenas aos sete anos de idade. A partir dos quatro anos, elas têm atitudes exploratórias, confundem o real e o imaginário, além de reproduzir o comportamento do irmão mais velho ou dos adultos (XAVIER-GOMES et al., 2013).

As injúrias não intencionais possuem relação direta com o tipo de atividade realizada pelas crianças e as características ambientais e culturais, que sofrem influência de uma região para outra. A percepção do adulto para identificar situações com ou sem risco depende da compreensão do indivíduo somado ao significado percebido e as experiências vividas que irão fazê-lo refletir e prever as principais consequências, além de considerar medidas preventivas e de segurança (PANT et al., 2014).

Outro fato relevante são as condições socioeconômicas em que a família está inserida. Nas famílias de baixa renda, frequentemente, as mães e/ou pais precisam trabalhar para garantir o sustento financeiro dos filhos o que pode favorecer a ocorrência de injúrias porque, na maioria das vezes, as crianças estão em moradias insalubres, as casas são construídas com pouco espaço físico, sem saneamento e ausência de áreas de lazer e segurança para as crianças (VIEIRA et al., 2007; KENDRICK et al., 2013).

Além do mais, é importante considerar as características do acompanhante ou familiar que desempenha o papel de cuidador, quanto à faixa etária, escolaridade, número de filhos e renda mensal, pois são fatores que também podem favorecer a ocorrência do acidente (VIEIRA et al., 2007; KENDRICK et al., 2013).

Um estudo que se propôs a classificar os fatores de riscos de mortes acidentais no ambiente doméstico observou que das 39 famílias participantes do estudo, em 38 famílias as crianças possuíam fácil acesso aos cômodos considerados de maior risco de acidentes, a exemplo do banheiro, cozinha e quintal. Quanto ao armazenamento de saneantes também estavam dispostos em locais de fácil acesso, o que favorecia a ocorrência de intoxicação exógena na infância (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

Nos elementos institucionais, estão presentes as instâncias em que a criança se relaciona com a comunidade, a exemplo da creche, escola e local de lazer. Acredita-se que mais importante do que definir os riscos, é identificar quais são os fatores de risco passíveis de modificação. (RUNYAN, 2003; BLANK, 2005). A sociedade, sobretudo, os pais, profissionais de saúde e professores precisam entender porque as crianças sofrem acidentes, porque as lesões são mais graves do que em adultos e é necessário saber quais as particularidades que diferenciam as lesões provocadas pelas injúrias não intencionais, pela violência ou pelos maus tratos (SÃO PAULO, 2007).

As crianças são mais vulneráveis aos acidentes, porque vivem em comunidades, creches, escolas que não reconhecem a importância da promoção do ambiente seguro. Para garantir um ambiente mais seguro, deve-se partir da criação de legislação efetiva direcionada a promoção de ambientes protetores e a participação ativa da comunidade em ações de controle e prevenção de injúrias não intencionais (SÃO PAULO, 2007).

Os elementos culturais têm a finalidade de orientar o comportamento dos cidadãos e da sociedade. A redução dos acidentes pode ser alcançada mediante a promoção de medidas educativas direcionadas aos pais e/ou responsáveis, por meio da multiplicação de informações e medidas preventivas necessárias para proteger a criança em relação a tal agravo (XAVIER-GOMES et al., 2013).

A prevenção é um desafio no qual é fundamental a mudança de comportamento em diversos segmentos sociais, inclusive, no ambiente doméstico, nas escolas e creches. As elevadas taxas de morbimortalidade infantil apontam para a necessidade de fomentar ambientes seguros, saudáveis e da monitorização das notificações das ocorrências de acidentes por meio de ações intersetoriais (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

Antes de tudo, é fundamental a estruturação e consolidação do atendimento prestado às vítimas de injúrias não intencionais, a fim de prevenir mortes e promover recuperação e reabilitação precoce. Mais progressos ainda são necessários no que diz respeito ao envolvimento da sociedade, profissionais de saúde e gestores na implantação de políticas públicas eficientes, além de investir em melhorias da qualidade da informação e da promoção

de ações intersetoriais, que consideram as causas multifacetadas envolvidas na ocorrência das injúrias (AMARAL et al., 2009; MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

## 2.4 CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS

É importância entender que qualquer injúria não intencional é causada por um fator externo, que resulta no desequilíbrio entre o ambiente e o sujeito, tal desequilíbrio pode ou não gerar danos ao indivíduo. A energia liberada durante o evento pode ser classificada das seguintes formas: mecânica (quedas), térmicas (queimaduras), elétricas (choques elétricos) ou químicas (envenenamentos) (SÃO PAULO, 2007).

### 2.4.1 Aspiração por corpo estranho

Em menor de 01 ano, a primeira causa externa que provoca o óbito de crianças são os casos decorrentes de asfixia devido à broncoaspiração de leite. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013, 825 crianças de até 14 anos morreram vítimas de sufocação. Tal tipo de injúria acontece, na maioria das vezes, no período diurno ou noturno diante da presença dos pais (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013; ORGANIZAÇÃO CRIANÇA SEGURA, 2016).

Além da broncoaspiração por leite, há também os acidentes causados pela ingestão ou aspiração de corpo estranho (ICE/ACE) que atingem as crianças de 1 a 4 anos de idade. É importante ressaltar que, em crianças menores, e na ausência de um adulto que presenciou a aspiração, a identificação do corpo estranho torna-se mais difícil devido o diagnóstico ser apenas uma suspeita do cuidador ou do profissional de saúde (RODRIGUES et al., 2016).

As crianças menores de 4 anos são mais susceptíveis à aspiração ou ingestão de corpo estranho devido à etapa do desenvolvimento que se encontram, caracterizada pela descoberta do mundo a partir da via oral; logo, a aquisição da habilidade motora fina ao colocar um pequeno objeto na boca também predispõe a ACE. Além de as crianças ainda não possuírem dentes molares, um fator que impossibilita a mastigação de alimentos e objetos. As crianças também possuem mecanismos neuromusculares imaturos de deglutição e proteção das vias respiratórias. Somados aos fatores acima, a exposição precoce a alimentos inapropriados ou o fácil acesso aos pequenos objetos são fatores que contribuem para a ocorrência de aspiração de corpo estranho nesta faixa etária (GONÇALVES; CARDOSO; RODRIGUES, 2011).

Nos Estados Unidos, a morte causada por asfixia após a aspiração de corpo estranho é a quinta causa mais comum de mortalidade e a principal causa de mortalidade por lesão

acidental em crianças menores de 1 ano de idade (GONÇALVES, CARDOSO e RODRIGUES, 2011).

A ingestão de corpo estranho pode ser assintomática ou possuir sintomatologia inespecífica através da apresentação de sintomas representados por vômito, dor ao deglutir e salivação excessiva decorrentes da obstrução no esôfago. Embora haja situações mais graves, quando há o deslocamento do corpo estranho para as vias aéreas que provoca sintomas respiratórios, a exemplo da tosse incontrolável que pode evoluir para a parada cardiorrespiratória. Há diversas complicações causadas pela aspiração por corpo estranho, a exemplo de pneumonia, atelectasia, pneumotórax, enfisema e perfuração, por vezes com necessidade de internamento hospitalar (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005; RODRIGUES, 2016).

Em um estudo retrospectivo, que investigou as vítimas de acidentes por penetração de corpo estranho em menores de 15 anos de idade, alerta sobre os riscos de objetos pequenos que a criança pode introduzir nas fossas nasais, no conduto auditivo e até mesmo ingerir, fato este que provoca elevado risco de vida, além de traumas para retirada do corpo estranho (MARTINS; ANDRADE, 2008).

Os botões, grãos, sementes, moedas, tampinhas, entre inúmeros outros objetos, precisam ser mantidos longe do alcance da criança. Os brinquedos devem ser examinados cuidadosamente, pois peças pequenas que são facilmente soltas são responsáveis pela maioria deste tipo de acidente. Infelizmente, a mãe ou o cuidador percebem a aspiração ou a ingestão do corpo estranho tardiamente, após a apresentação de sintomas referidos pela criança, por exemplo, dor e edema devido à inflamação do conduto auditivo ou fossas nasais ou até dificuldade respiratória devido a obstrução das vias aéreas (MARTINS; ANDRADE, 2008).

Por conseguinte, é importante refletir que a maioria dos acidentes acontece no ambiente doméstico, desta forma é fundamental a mudança de atitudes direcionadas a prevenção deste tipo de acidente, além de estimular a importância da supervisão direta sobre a criança (MARTINS; ANDRADE, 2008).

#### 2.4.2 Quedas na infância

Em todas as faixas etárias, observa-se que a queda é a principal causa dos acidentes, sobretudo em crianças de zero a três anos de idade, na fase pré-escolar e com predomínio do gênero masculino (AMARAL et al., 2009; MALTA et al., 2012). O domicílio é o local mais

comum, principalmente para queda de berço, cama e mobília (MALTA et al., 2012; XAVIER-GOMES et al., 2013).

As quedas podem ser classificadas em quedas ao solo, quedas da própria altura, alturas superiores a 2,5 metros, quedas de escadas, janelas, degraus, mobílias, parquinhos e também decorrentes da prática de atividades esportivas. O tipo de queda está diretamente vinculado à etapa de desenvolvimento e o grau de habilidade da criança. Uma vez que crianças de 0 a 4 anos, estão mais susceptíveis a queda do colo da mãe (ou outro cuidador), berço, cama, degraus e escada. Já para as crianças, na faixa etária de 5 a 14 anos, as quedas são mais relacionadas as atividades recreativas e esportivas. Além de quedas de lajes, escadas, muros e árvores (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005; PAULA; MÉLO, 2016).

Em relação à biomecânica envolvida na queda, pode existir uma força de aceleração maior ou menor, com conseqüente parada após a colisão contra um objeto fixo ou não, rígido ou maleável. A consistência de tal obstáculo de colisão e a cinética desenvolvida pelo mesmo (se móvel ou fixo), influenciarão na gravidade do trauma (PAULA; MÉLO, 2016).

Nos Estados Unidos, as quedas são responsáveis por mais de 3 milhões de atendimentos nos serviços de emergência a cada ano (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005). Este agravo representa a principal causa de internação entre os acidentes com crianças e adolescentes de até 14 anos no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2014, 58.081 crianças de até 14 anos foram hospitalizadas vítimas de quedas, que podem causar sérias lesões (ORGANIZAÇÃO CRIANÇA SEGURA, 2016).

As conseqüências mais graves dos acidentes por queda é o Traumatismo Crânioencefálico (TCE) na população pediátrica, com predomínio da faixa etária entre 2 e 6 anos de idade. Entre as principais causas do TCE estão as quedas, os acidentes automobilísticos e as agressões físicas. O traumatismo cranioencefálico (TCE) destaca-se enquanto importante causa de morte, deficiência física e mental e como doença neurológica com maior impacto na qualidade de vida, superado apenas pelo acidente vascular encefálico (AVE) (SANTOS et al., 2013).

Um estudo retrospectivo realizado por meio de dados secundários de um Pronto-Socorro de Pelotas identificou 496 vítimas de TCE, com predomínio para a faixa etária menor de 10 anos, que corresponde a 39,5% do total das vítimas atendidas. Os dados alarmantes podem ser justificados pelas características intrínsecas do desenvolvimento infantil, marcado pela presença de curiosidade, imaturidade, pouca coordenação motora, tornando este público mais vulnerável aos acidentes por quedas (SANTOS et al., 2013).

Dados mostram que a mortalidade resultante das quedas é preocupante, entretanto não significativa, apesar dos números alarmantes de internações hospitalares em menores de 14 anos. Em 2004, os custos hospitalares giravam em torno de mais de 25 milhões de reais no território brasileiro, valor correspondente a 2,64% dos gastos hospitalares com crianças (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005). Importante ressaltar que esses dados provavelmente sofreram um acréscimo devido às mudanças no decorrer da década, além de sofrer influências da expressiva subnotificação dos casos e da escassez de dados atuais.

O conhecimento dos pais sobre as medidas preventivas pode minimizar o impacto sofrido pela criança, uma vez que não é possível evitar todos os episódios de queda na infância, até por que a criança está em processo de desenvolvimento contínuo e a queda faz parte do aprender novas habilidades, do aprender a andar, ao fazer movimentos bruscos ou tentar realizar uma nova brincadeira (SANTOS et al., 2013).

Em vista de tal agravo são necessárias campanhas de prevenção de quedas na população infantil. Cabe ainda às autoridades legais a fiscalização, mais efetiva das obras de construção civil, a fim de se coibir o projeto de áreas residenciais elevadas sem ao menos alguma proteção às quedas, principalmente aquelas de laje, comuns em residências inacabadas em conjuntos habitacionais de populações carentes, onde a criança circula livremente e sem controle dos pais. A laje é um ambiente atrativo para brincadeiras, favorece, assim, traumas que acometem a população de baixa renda (SANTOS et al., 2013). Além disso, é necessária a criação de legislação e normas mais rigorosa sobre a instalação de redes de proteção em varandas e janelas de edifícios que habitam a população infantil.

#### 2.4.3 Afogamentos

O afogamento pode ser subdividido em três situações específicas: o salvamento aquático que a vítima tem episódios de estresse, porém consegue manter-se alerta para receber ajuda e apresenta apenas sintomas leves como a tosse. No acidente por submersão, a vítima passa por um estresse maior, necessita da realização de manobras de primeiros socorros, além do atendimento hospitalar para ser observada e o afogamento propriamente dito que é o óbito por asfixia, que pode variar em relação à faixa etária, o volume de água e atividade aquática. Já o óbito pode ocorrer no local do evento, durante o transporte ou no hospital (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005).

Os acidentes por submersão acometem a população infantil por ser um episódio rápido e silencioso, uma vez que pode acontecer em locais que contenham água com apenas 2,5 cm de profundidade. É importante salientar que este tipo de acidente acontece com maior frequência no ambiente domiciliar, a exemplo de banheira, balde, tanque de roupa, fossa, poço, piscina, vaso sanitário e lago de jardim. No ambiente extradomiciliar há predomínio de rio, praia, cachoeira e açude (GOMES, 2010).

As crianças são mais frágeis a este tipo de acidente pela sua estrutura anatômica caracterizada pela cabeça ser proporcionalmente mais pesada que o corpo, o que favorece a imersão da cabeça na água e a ocorrência do afogamento, uma vez que a criança não tem força suficiente para levantar sozinha e nem mesmo capacidade de reagir rapidamente em uma situação de risco com profundidades mínimas de água. O afogamento em criança menor de ano está vinculado diretamente à imprudência dos pais ou cuidadores (JÚNIOR; TABOSA; VIANA, 2012).

Dentre os fatores multicausais presentes no afogamento, destaca-se o predomínio de crianças menores de 4 anos, sexo masculino, baixo nível socioeconômico, portadores de doenças convulsivas, baixo nível de escolaridade, maior exposição ao meio aquático, residentes da zona rural e a falta de supervisão dos pais ou cuidadores (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005).

As cidades litorâneas são mais favoráveis para a ocorrência dos afogamentos, principalmente nos meses de janeiro e fevereiro, por ser as férias escolares e o aumento expressivo do número de turistas. Nesta época do ano, é esperado que durante os meses do verão haja um grande quantitativo de notificação de casos de afogamento (SEGUNDO; SAMPAIO, 2015).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde, em 2013, apontam que 1.107 crianças de até 14 anos morreram vítimas de afogamentos, o que representa uma média de três mortes por dia. Em apenas dois minutos submersa, a criança perde a consciência. Após quatro minutos, danos irreversíveis ao cérebro podem ocorrer. Diante desta problemática é fundamental promover estratégias preventivas através da divulgação dos fatores de riscos que favorecem o afogamento e as formas de prevenção (ORGANIZAÇÃO CRIANÇA SEGURA, 2016).

#### 2.4.4 Acidentes de trânsito

São considerados acidentes de trânsito todos aqueles que envolvem passageiros de veículos, atropelamentos, motos e bicicletas. A cada ano, os acidentes de trânsito acometem cerca de 1,2 milhões de homens, mulheres e crianças de todo o mundo. As elevadas taxas de óbitos provocadas pelas colisões atingem milhares de pessoas que ficam feridas e podem se tornar permanentemente incapacitadas. Estudos estimam que se não houve a adoção de medidas eficazes, haverá um aumento global de 67% de mortes no trânsito até 2020 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Dentre os fatores que se podem destacar por tornarem as crianças mais vulneráveis aos acidentes no trânsito são: baixa estatura da criança que prejudica a visualização do motorista e da criança em relação ao tráfego, as crianças têm dificuldades para distinguir a localização precisa dos sons diante do trânsito intenso, além de possuir visão periférica reduzida. A população infantil até os 7 anos é apta a lidar com um fato ou uma ação por vez, além de possuir alto nível de distração e comportamento imprevisível. Além disso, as crianças ainda estão em desenvolvimento de habilidades emocionais e psicomotoras para julgar situações de perigo e adquirir um comportamento seguro diante do trânsito (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005; MALTA et al., 2016).

Em 2011, as vítimas de acidentes de trânsito (transporte terrestre) atingiram 28.754 crianças e adolescentes (0 a 19 anos), perfazem, assim, uma média de 87 internações por dia. Os atropelamentos e os acidentes com bicicleta foram as principais causas de internamento hospitalar (DE MELLO-JORGE; MARTINS, 2013).

Quanto à mortalidade, em 2010, houve 5.127 mortes de crianças e adolescentes no Brasil, vítimas de acidentes de trânsito, com uma média de 14 óbitos por dia. Entre as vítimas fatais, destacam-se os “pedestres” e os “ocupantes de automóvel” (DE MELLO-JORGE; MARTINS, 2013).

Conforme o levantamento de trânsito da Política Nacional de Saúde (PNA) realizado em 2013, demonstrou-se que a adesão ao cinto de segurança no banco da frente do veículo foi relatada por quatro em cada cinco adultos maiores de 18 anos, já no banco traseiro apenas metades dos participantes referiram o uso rotineiro do cinto. Percebe-se que ainda a população não utiliza adequadamente os dispositivos de segurança no trânsito, apesar das leis e normas de conduta. Importante ressaltar que os equipamentos de segurança no trânsito possuem menor adesão na zona rural e nas regiões do Norte e Nordeste (MALTA et al., 2016).

Por consequência da referida problemática, são necessárias estratégias de prevenção e educação para sensibilizar e orientar os pais ou responsáveis para cumprir a legislação de trânsito vigente. A saber, que: todas as crianças menores de 10 anos devem sentar no banco de

trás, transportado em cadeiras de segurança de acordo com o seu tamanho e até os 36 quilos. Acima de 1,45m de altura elas devem usar sempre o cinto de segurança de 3 pontos (PEDEM, 2014). Deve-se lembrar que o uso de dispositivos de segurança pode reduzir em 71% a mortalidade de bebês em colisões de automóveis e em 54% as mortes de crianças menores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Os pais devem ensinar e educar as crianças sobre a prevenção de injúrias não intencionais, a exemplo não atravessar a rua por trás de ônibus, carros, árvores, postes ou locais de baixa visão, pois os motoristas dos veículos podem não as ver. Antes de atravessar a rua a criança deve parar na calçada e olhar para os dois lados. Nunca deixar crianças com menos de 10 anos sozinhas e quando acompanhada de um adulto, devem ser seguradas pelo pulso. Estas medidas acima são de fácil adesão e de baixo custo para a população, quando implantadas reduzem drasticamente os índices de acidentes de trânsito na infância (GARCIA; FREITAS; DUARTE, 2012).

#### 2.4.5 Envenenamento

O envenenamento é a quarta maior causa de hospitalização por acidentes com crianças de um a quatro anos. Segundo o Ministério da Saúde, em 2014, 3.349 crianças de até 14 anos foram hospitalizadas vítimas de intoxicação. Os medicamentos com ingestão acidental é o tipo de intoxicação predominante (AMARAL et al., 2009).

Este agravo está associado diretamente à fase de desenvolvimento da criança, através da descoberta e exploração do ambiente as crianças tendem a levar objetos à boca ou tentar pegar frascos com líquidos coloridos, estes comportamentos da criança somados a reduzida supervisão do cuidador favorece a ocorrência da intoxicação exógena não intencional (AMARAL *et al.*, 2009). Além disso, os episódios de envenenamento possuem fatores relacionados à substância tóxica, ao ambiente, ao comportamento familiar e/ou ao acesso ao serviço de saúde sendo necessária uma abordagem complexa quanto ao conhecimento das condições específicas envolvidas na intoxicação infantil (RAMOS; BARROS, STEIN; COSTA, 2010).

As características da criança que as torna mais vulnerável aos episódios de intoxicação são: crianças do sexo masculino e na faixa etária entre zero e quatro anos. De fator predisponente, identificou-se o próprio domicílio, em que a presença do adulto no momento de ocorrência do acidente toxicológico não evita a ocorrência da intoxicação. Dentre os fatores

desencadeantes, foi percebida a facilidade do acesso ao agente tóxico como os medicamentos e a via de exposição oral. Em primeiro lugar, criança vítima de intoxicação exógena tem complicações mais graves do que o adulto devido à pouca estrutura corporal e o acelerado metabolismo, que podem gerar sequelas incapacitantes (TAVARES et al., 2013).

As mães foram analisadas quanto à distração no momento da ocorrência da injúria, percebeu-se que 40% das mães realizavam atividades domésticas, tais qual arrumar a casa, cozinhar ou cuidar de outro filho. Quanto ao estresse que as mães estavam passando, foram relatados problemas relacionados às dificuldades no emprego ou desemprego, doenças, problemas conjugais, morte de parente ou amigo, nascimento e outros (RAMOS; BARROS; STEIN; COSTA, 2010).

O reconhecimento da intoxicação infantil enquanto agravo previsível e passível de prevenção é fundamental para que os profissionais de saúde realizem em atividades educativas para orientar a comunidade sobre as principais ações preventivas para intoxicação, a exemplo do correto acondicionamento de agentes tóxicos e a vigilância da família através da sensibilização sobre os riscos do ambiente doméstico (TAVARES et al., 2013).

Além do mais é necessário intensificar a implantação de campanhas de prevenção de acidentes toxicológicos na infância, por ser uma medida eficaz para a diminuição do número de casos e a adesão de comportamentos seguros que contribuam para a redução dos níveis de intoxicação. Da mesma forma, é imprescindível a fiscalização do governo em implantar e supervisionar as medidas para o uso de embalagem especial de proteção à criança, com tampa inviolável e disponibilização de doses fracionadas para extinguir as “farmácias caseiras” tão frequentes nos domicílios brasileiros (TAVARES et al., 2013).

#### 2.4.6. Queimaduras

Dentre os acidentes com crianças, a queimadura é a causa que mais gera sequelas permanentes, a depender do grau de comprometimento provoca muita dor e sofrimento. Em relação ao grau de profundidade, a queimadura pode ser classificada em primeiro, segundo, terceiro e quarto grau. O primeiro grau atinge apenas a epiderme e causa o rubor na superfície da pele. O segundo grau afeta a epiderme e derme e podem formar bolhas na pele. O terceiro e quarto grau são mais profundas podendo atingir os músculos e ossos, a pele fica com coloração escura e sem elasticidade (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005).

As queimaduras causam repercussões sistêmicas ao indivíduo, inclusive, podem causar desidratação, choque, lesão renal, nos pulmões e infecção (WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005).

As queimaduras são responsáveis por afetar não só a vida da criança, mas a família e a sociedade, causam sofrimento físico e psicológico, decorrentes do longo período de internação hospitalar, dor intensa devido a procedimentos dolorosos, somados ao afastamento do lar, dos familiares, dos amigos, da escola, enfim, do seu meio social, além de que se passa a conviver em um ambiente estranho, com pessoas totalmente desconhecidas. Na maioria das vezes, o tratamento para queimadura é muito especializado, demorado e de elevado custo adicionado às perdas sociais, estéticas e econômicas (BATISTA; RODRIGUES; VASCONCELOS, 2011).

Dentre as principais causas de queimaduras na infância, é possível destacar contato da pele, acidental ou não, com os líquidos quentes ou ferventes presentes em 76% dos episódios, que incluem o café, água fervente, mingau, sopa, óleo e doce. Em menor ocorrência, há a queimadura por abrasão através do contato com metais sólidos tal qual o ferro de passar roupa, panelas aquecidas e escapamento de motocicleta que atingem predominantemente a região do tórax, dorso e membros superiores. Em relação ao sexo mais atingido é o masculino e na faixa etária de um ano a 4 anos de idade (BATISTA; RODRIGUES; VASCONCELOS, 2011).

Os casos de choques elétricos também provocam queimaduras. Este tipo de acidente em crianças tem aumentado gradativamente, através do aumento do excessivo uso de energia elétrica nos domicílios, sem utilização de cuidados necessários para a instalação elétrica segura. A gravidade do choque elétrico é ocasionada principalmente por provocar graves lesões quando a energia elétrica é convertida em energia térmica e ocasiona a queimadura (XAVIER-GOMES et al., 2013).

Conforme o Ministério da Saúde, em 2013, 291 crianças de até 14 anos morreram e, em 2014, 19.970 foram hospitalizadas vítimas de queimaduras. O principal motivo é o descuido dos familiares durante o preparo de alimentos na cozinha, por exemplo, o cabo da panela virado para fora do fogão e materiais inflamáveis perto do fogo representam sérios riscos para a vida da criança (ORGANIZAÇÃO CRIANÇA SEGURA, 2016).

Diante deste panorama, são necessárias intervenções voltadas à promoção à saúde e prevenção de queimaduras para que diminua a frequência com que as injúrias acometem a população infantil. Na maioria das vezes, as medidas preventivas não são aplicadas por desconhecimento dos adultos, assim, cabe aos profissionais de saúde inserir na Atenção Primária à Saúde ações direcionadas à prevenção de injúrias não intencionais para cada fase do desenvolvimento infantil, por meio de orientações individuais nas atividades de puericultura,

visita domiciliar ou ações coletivas nas escolas e comunidades, e conferir aos pais e cuidadores o conhecimento necessário para a prevenção de injúrias não intencionais na infância (BATISTA; RODRIGUES; VASCONCELOS, 2011; NETA et al., 2014).

## 2.5 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE OS ATENDIMENTO HOSPITALAR

Os atendimentos das crianças acometidas por injúrias possuem 20% de taxa de internação hospitalar, com predomínio de lesões leves que evoluem rapidamente para alta hospitalar (AMARAL et al., 2009). A procura por atendimento de emergência decorrente dos acidentes na infância e adolescência é significativa, e corresponde a 12,1% de todos os atendimentos em um hospital de referência do estado de São Paulo (FILÓCOMO et al., 2017).

Em relação aos meses do ano, nota-se que a maior incidência das injúrias acontece no mês de janeiro, dado que pode estar relacionado às férias escolares. Devido ao alto índice de injúrias na infância, faz-se necessário a existência de ações preventivas junto à família, criança, profissional de saúde e sociedade, que visem a uma melhor qualidade de vida para a população infantil (AMARAL et al., 2009).

Em um estudo realizado no pronto-socorro pediátrico no Município de São José dos Campos, houve 4.230 procedimentos intra-hospitalares realizados após a ocorrência de acidentes, o que corresponde a 1,75 procedimentos por criança. As maiores ocorrências correspondem ao Raio X (n=1.527) e a avaliação de especialista (n=1.191), seguidos de imobilização ortopédica (n=584), tomografia computadorizada (n=237), curativo ou sutura (n=193), prescrição de sintomáticos (n=104), administração de soro e ou vacina (n=110), intervenção cirúrgica (n=91) e orientações (n=21) (FILÓCOMO et al., 2017).

Dentre os casos em que as crianças necessitam de alguma assistência hospitalar, após a ocorrência de um acidente, na maioria das vezes, as circunstâncias são informadas pela família/cuidador da criança, e podem não condizer com a realidade dos fatos, no caso de lesões provocadas intencionalmente (FARAH; BACK; PEREIRA, 2015).

Durante o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de acidentes, o profissional deve ter uma análise crítica sobre as ocorrências de acidentes com crianças, pois há casos em que um “acidente” pode camuflar um ato de violência contra a criança ou adolescente. Deve-se, portanto, ampliar ainda mais a reflexão, pode-se pensar que, por trás de um acidente, podem estar presentes atos de negligência e maus tratos (GOMES; SILVA, 1999).

Desta forma, cabe aos profissionais de saúde, que trabalham com crianças e adolescentes participarem ativamente na prevenção de acidentes, e reconhecerem que esta problemática afeta diretamente no desenvolvimento saudável (FILÓCOMO et al., 2017).

Por conseguinte, as causas externas continuam a constituir um grande problema de saúde pública em todos os países, sendo as crianças e os jovens do gênero masculino, da raça negra e de baixo nível socioeconômico, os mais expostos à mortalidade por este agravo. Há diferenças entre os países desenvolvidos, nos quais os acidentes, principalmente os de transporte encontram-se em tendência de declínio, quando comparado com os dados do Brasil, país em desenvolvimento, por exemplo, onde os acidentes se encontram entre as principais causas externas (DE MATOS; MARTINS, 2013).

## 2.6 AÇÕES PREVENTIVAS PARA A OCORRÊNCIA DE INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS

As intervenções preventivas direcionadas às injúrias não intencionais podem ser classificadas em prevenção primária, secundária e terciária e podem ser implantadas em qualquer fase da ocorrência da injúria. Na prevenção primária, a finalidade é evitar a lesão através da adoção de comportamentos que minimizem o perigo ou os tornem inexistentes. Em relação à prevenção secundária, a injúria já ocorreu, no entanto são adotadas ações que reduzam a gravidade do evento. Na prevenção terciária, são adotadas estratégias para curar a lesão já instalada, através do tratamento e da reabilitação efetiva, para reduzir as sequelas e comprometimentos físicos e psicológicos decorrentes do acidente (BRASIL, 2010b).

Diante do exposto acima, as intervenções preventivas são realizadas pelo cuidador definido como o indivíduo que se disponibiliza em prestar cuidados de prevenção, proteção e recuperação da saúde para uma criança ou idoso debilitado, então, o cuidado pode ser transmitido de maneira formal ou informal. O cuidador é considerado formal quando há formação técnica e, em geral, o indivíduo recebe remuneração em troca de seus serviços. O cuidador informal é realizado a partir do indivíduo leigo que devido às circunstâncias se torna um cuidador, geralmente de um membro da família (ARQUES; LANDIM; COLLARES; MESQUITA, 2011).

Um dos principais fatores que podem influenciar a adoção ou não de medidas protetoras é a percepção do risco por parte das famílias. Em estudo, cujo objetivo foi identificar os fatores ambientais, químicos, biológicos e culturais associados com óbitos por acidentes, realizado em

Cuiabá, as famílias entrevistadas relataram que os acidentes são acontecimentos que não são passíveis de prevenção em 92,3% dos casos e apenas 7,7% acreditam que os acidentes poderiam ter sido impedidos (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

Em contrapartida, na Itália, um estudo que tinha por objetivo examinar o nível de conhecimento, atitude e comportamento em relação às lesões pediátricas demonstraram que mais de 55% dos pais entrevistados não acreditam que as injúrias não intencionais pudessem ser evitáveis (SANTAGATI; VEZZOSI; ANGELILLO, 2016). Dessa forma, percebe-se uma melhor compreensão do termo acidente na Itália em relação ao Brasil, por permanecer baseado na imprevisibilidade e fatalidade, no qual não há um reconhecimento de que medidas preventivas podem evitar lesões ou óbitos.

Dentre os cuidados preventivos para evitar as injúrias não intencionais encontra-se a atenção direta do cuidador, que em alguns casos culpa o comportamento da própria criança. É relevante refletir para o fato de que, no momento em que o cuidador admite que as injúrias não intencionais possam ser prevenidas, implica em admitir culpa e descuido sobre o ocorrido, sentimentos que muitas vezes não são relatados pelas famílias (DIAS, 2009).

Ao questionar se as famílias com vítimas fatais decorrentes de causas externas haviam recebido, anteriormente, algum tipo de informação sobre a importância da prevenção de acidentes e violência, 80% das famílias afirmaram nunca terem sido orientadas sobre estes agravos (MARTINS; DE MELLO JORGE, 2014).

No estudo com pré-escolares vítimas de acidentes domésticos que deram entrada no serviço de emergência, concluiu que apenas 56,09% das mães faziam uso de algum tipo de medida preventiva adequada. É importante considerar que a reduzida adoção de medidas preventivas, são muitas vezes, justificada pelo pouco tempo disponível das mães para se dedicarem aos cuidados da criança. Uma mãe com três filhos dedica menos tempo à educação quando comparada a uma mãe com um ou dois filhos. Além disso, as mães demonstram pobre conhecimento preventivo, atitudes inadequadas, sobretudo, quando ficam ausentes do ambiente doméstico por mais de 8 horas por dia (YOUNESIAN et al., 2016).

Um estudo realizado na Itália constatou que 70% dos entrevistados estavam cientes da existência de medidas de segurança para prevenir lesões pediátricas não intencionais, e referiram como principais fontes de informações as orientações médicas (40,3%), televisão / jornais (35,3%), a Internet (18,3%) e familiares (17,3%) (SANTAGATI; VEZZOSI; ANGELILLO, 2016).

No Egito, foi realizado um estudo que investigou os fatores que afetavam os conhecimentos, atitudes e práticas preventivas das mães de crianças da zona rural. Este estudo

demonstrou que as mães mais jovens, com nível superior, melhores condições socioeconômicas e aquelas que já tinham realizado algum curso de primeiros socorros tiveram maior probabilidade de processar o conhecimento adquirido e ter atitudes preventivas voltadas aos acidentes na infância (ELDOSOKY, 2012).

Em relação aos conhecimentos prévios das mães sobre ações de primeiros socorros em casos de acidentes, apenas 26,6% já tinham ouvido algo sobre o termo “primeiros socorros”. Das mães que possuíam conhecimentos prévios 56,1% relataram que a fonte de aquisição de conhecimento foi a televisão e/ou rádio, 13,8% das mães participaram de cursos de formação de primeiros socorros, 12% adquiriram informações por médicos e enfermeiros, 12% a partir de leituras, 4,1% currículo educacional e 2% por meio de amigos e parentes (ELDOSOKY, 2012).

Na Suécia, quase 100% das crianças de 0 a 6 anos participam de um programa denominado Child Health Care (CHC) que aborda a promoção de saúde e a prevenção de doença na população infantil. Os pais de crianças a partir de 8 meses de vida, recebem importantes orientações sobre a adoção de cuidados preventivos no domicílio. Os pais são orientados quanto aos riscos de afogamento, quedas, queimaduras e como armazenar produtos químicos com segurança (CARLSSON et al., 2016).

Nesta perspectiva, a atuação dos profissionais de saúde a partir de ações de educação em saúde permite uma reflexão sobre a ocorrência de injúrias e contribui para o entendimento das mudanças de comportamento como fator protetor para a ocorrência de injúrias não intencionais. Além de estimular a visão crítica e melhora a adesão a hábitos saudáveis. As práticas de educação em saúde, contudo, na maioria das vezes, se limitam apenas ao uso de palestras educativas que são insuficientes para gerar mudanças nos comportamentos dos indivíduos (RODRIGUES et al., 2013).

A palestra educativa é uma técnica bastante utilizada na promoção de saúde, no entanto, a forma com que as informações são transmitidas à comunidade se restringem apenas a transmissão vertical do conhecimento, ou seja, as informações são passadas do nível federal para o nível local através da reprodução de manuais que buscam padronizar a adoção de hábitos e comportamentos saudáveis. Desta forma, nota-se que a educação em saúde está arraigada no estabelecimento de padrão de normas e condutas transmitidas para as mães e comunidade (DURO, 2006). O profissional de saúde é o detentor do conhecimento e o usuário o mero agente passivo que deve aderir à imposição dos comportamentos considerados saudáveis

Neste contexto, é necessária a utilização da pedagogia problematizada a que tem por base o diálogo, ao favorecer a construção coletiva e participativa do conhecimento, a partir da qual o indivíduo é estimulado a problematizar a realidade e desenvolver uma visão crítica, a partir da mudança de atitudes na tentativa de controlar as ocorrências de injúrias não intencionais (FREIRE, 2013; RODRIGUES et al., 2013).

Acredita-se que, por meio da educação em saúde, o enfermeiro pode aprender a respeitar e potencializar a autonomia do usuário para melhorar as condições de saúde. Por ser um profissional voltado ao cuidado, o enfermeiro também tem por função estabelecer uma relação singular com cada usuário, família e comunidade e realizar ações de educação em saúde, na busca da construção compartilhada de conhecimento. Este processo deve incluir o diálogo, considerar e valorizar as vivências do usuário, contribuir para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde. Sabe-se que o profissional de enfermagem tem uma atuação político-social no processo de mudança social (SILVA et al., 2012).

Vale lembrar a importância da implantação de programas que abordem o compartilhamento de conhecimento sobre as práticas de primeiros socorros no ambiente doméstico, escolar e na creche, a partir de treinamentos com os pais e cuidadores nos diversos setores que a criança está inserida. Dessa forma, a criança terá uma assistência imediatamente após a ocorrência de um acidente, com a finalidade de salvar vidas e reduzir sequelas (ELDOSOKY, 2012).

Acredita-se que o compartilhamento de estratégias preventivas para as mães resultará em mudanças de atitudes e práticas que irão impactar na mudança de comportamento dos pais e na redução da ocorrência das injúrias não intencionais. As mães devem ser informadas dos riscos que as crianças estão expostas e das consequências dos acidentes, exemplificada pela queda, queimadura, afogamento, intoxicação e choque elétrico (YOUNESIAN et al., 2016).

No Iran, foi desenvolvida uma pesquisa para avaliar o efeito do programa Health Belief Model (HBM) na educação de mães para promover a segurança e prevenir lesões entre crianças menores de 5 anos. a intervenção teve um impacto positivo nas mudanças do comportamento materno para manter e melhorar a segurança das crianças. No entanto, poucas mudanças foram feitas em relação ao ambiente físico para aumentar a segurança doméstica, por exemplo, instalação de guarda-roupa na frente da janela e grades na escada (CHERAGHI; POOROLAJAL; HAZAVEHI; REZAPUR-SHAHKOLAI, 2014). Esse fato pode ser justificado pelos gastos financeiros para instalação de grades ou redes de proteção

A prevenção de acidentes faz parte do rol de recomendações do Ministério da Saúde para ações dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Os profissionais devem promover orientações sobre a promoção, proteção e a defesa dos direitos das crianças, a fim de garantir acesso aos serviços públicos e insumos necessários para a recuperação e à manutenção da saúde e da qualidade de vida de crianças vítimas do agravo. No entanto, cada criança deve ser analisada a partir do seu estágio de desenvolvimento, contexto socioeconômico e cultural. Os pais devem receber orientações baseadas na discussão conjunta de ações preventivas, com linguagem clara e que evite a culpabilidade (BRASIL, 2012d).

É importante refletir sobre o papel da família na promoção de saúde da criança, no sentido de entender que o contexto intrafamiliar é composto pelas relações afetivas, aspectos físicos e econômicos que podem prevenir ou favorecer a exposição a fatores de risco de injúrias. Além de considerar que a ocorrência da injúria possui estreita relação com o grau de supervisão por parte dos pais ou responsáveis (VIEIRA et al., 2007).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo detalha os procedimentos metodológicos do estudo, incluindo a operacionalização da coleta e análise dos dados sobre os saberes e estratégias preventivas das mães e cuidadoras sobre a prevenção de injúrias não intencionais.

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Para o alcance dos objetivos propostos, optou-se por um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. A escolha do método qualitativo se adequa ao estudo em questão uma vez que o mesmo, segundo Yin (2016) busca estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real, representam as opiniões e perspectivas das pessoas, abrangendo as condições contextuais em que as pessoas vivem e contribuem com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano.

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa teve como cenário de investigação uma Unidade de Saúde da Família (USF), pertencente ao Distrito Sanitário IV na cidade do Recife, capital de Pernambuco, estado da região Nordeste do Brasil.

A USF faz parte da atenção primária à saúde que compreende um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, contempla a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A USF é localizada no Bairro da Várzea, segundo maior bairro do Recife, vizinho a cidade de Camaragibe, cuja população residente é composta por 70.453 habitantes. A comunidade adstrita à USF é heterogênea composta por diferentes classes sociais. O setor do comércio é a principal fonte de renda e trabalho dessa população.

A USF possuía 100% de cobertura assistencial, com 1.494 famílias cadastradas e 1.389 famílias acompanhadas, com o quantitativo de 4.591 pessoas. No período da coleta de dados, a equipe era formada por enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem, técnico em saúde bucal, recepcionista e seis agentes comunitários de saúde, não havia o profissional médico na unidade.

A população infantil era composta por 102 crianças de zero a dois anos de idade que eram acompanhadas regularmente nas consultas de puericultura, conforme calendário do Ministério da Saúde. Não foi possível precisar o quantitativo de crianças de zero a três anos, porque as crianças eram acompanhadas na puericultura até os dois anos de vida e não havia registro sobre essa população. As consultas de puericultura eram realizadas pela enfermeira da unidade, duas vezes por semana, com agendamento de 14 crianças por cada dia de consulta.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

#### 3.3.1 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão utilizados para participação na pesquisa foram mães e cuidadoras de crianças na primeiríssima infância, na faixa etária de zero a três anos de idade, que eram cadastradas e acompanhadas na Unidade de Saúde da Família e que realizavam regularmente a consulta de puericultura.

Foram definidos como critérios de exclusão, as mães e cuidadoras que apresentassem dificuldades ou incapacidades de participar da discussão em grupo, devido a problemas mentais e/ou na comunicação, que impossibilitasse que elas expressassem seus saberes e práticas sobre o tema de investigação.

### 3.4 COLETA DE DADOS

#### 3.4.1. Procedimentos para coleta dos dados

O estudo foi realizado no período de fevereiro a abril de 2017, mediante a autorização prévia que se deu por meio da Carta de Anuência (Anexo C) emitida pela Prefeitura da cidade do Recife e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo D).

Inicialmente, foi realizado o planejamento da operacionalização da coleta de dados, através da construção do formulário de caracterização sociodemográfica e do Roteiro para realização do GF (Apêndice B).

A pesquisadora iniciou o trabalho de campo, por meio de três visitas na Unidade da Saúde da Família (USF) para conhecer a realidade vivenciada pela comunidade, no intuito de estabelecer o vínculo com as mães, cuidadoras e com a equipe de saúde, além de identificar o espaço físico mais adequado para a realização da coleta de dados.

Durante as visitas à unidade, a pesquisadora apresentou o projeto e seus objetivos para a enfermeira e os agentes comunitários de saúde (ACS), para que todos compreendessem a proposta e pudessem contribuir no estabelecimento do vínculo entre pesquisadora e participantes do estudo. Em seguida, foi definido o local para a realização dos GF que foi a sala de reunião da unidade, por ser de fácil acesso e pela garantia de privacidade para as participantes, além de ser um ambiente que facilitava o posicionamento da câmera e do gravador de áudio.

Foram confeccionados alguns convites para serem entregues com o auxílio dos ACS às mães e cuidadoras de crianças na primeiríssima infância. Não houve adesão por parte das mães, apenas duas participantes compareceram na data e horário agendado. Dessa forma, optou-se por abordar as mães e cuidadoras durante a sala de espera, nos momentos que antecediam as consultas de puericultura.

Na sala de espera da unidade, as mães e cuidadoras, foram convidadas para participarem da pesquisa por meio de convite individual, realizado pela pesquisadora e por três observadoras, intencionalmente escolhidas por serem duas acadêmicas de enfermagem e uma enfermeira, pois na formação da enfermagem estão intrínsecas as ações de educação em saúde e os aspectos preventivos necessários para compreender a problemática estudada.

Diante do aceite, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos. Esses eram lidos individualmente para as participantes que tinham aceitado participar da pesquisa (Anexo A e B). Após o consentimento, a pesquisadora e as colaboradoras preenchiam um formulário de caracterização sociodemográfica das participantes (Apêndice A), com o intuito de conhecer previamente as mães e cuidadoras a partir da composição familiar, características econômicas e sociais.

O formulário de caracterização era aplicado antes da discussão em grupo para que a moderadora e as observadoras tivessem um conhecimento prévio sobre a faixa etária, condições de trabalho e moradia das participantes e compreender o contexto de vida das integrantes que iriam compor os GF. Entretanto, em alguns casos, foi necessária a aplicação do formulário após a discussão em grupo, devido à necessidade de iniciar o grupo no horário marcado e não atrasar os atendimentos das consultas de puericultura.

Em seguida, as participantes eram direcionadas para a sala de reunião da unidade, que tinha uma mesa que permitia a disposição das participantes em círculo para facilitar a visualização e a interação durante a discussão. O grupo iniciava-se com explicações sobre os objetivos da pesquisa e como seria realizado o grupo focal.

### 3.4.2 Técnica de coleta de dados e a condução do GF conforme literatura

A técnica utilizada para coletar os dados foi o grupo focal, que consiste em uma técnica fundamentada no trabalho em grupo, na sociologia e na psicologia social. Conforme Kind (2004), os grupos focais utilizam a interação grupal para produzir dados e *insights* que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo. Os dados obtidos levam em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo. Apesar disso, o grupo focal conserva o caráter de técnica de coleta de dados, adequado, *a priori*, para investigações qualitativas.

Segundo Barbour (2009), os grupos focais são muito eficientes para explorar temáticas nas quais as pessoas não haviam refletido previamente. A escolha da técnica de grupo focal foi justificada pela obtenção da compreensão das perspectivas do grupo, da descoberta de novos conceitos e fenômenos, além de estimular a interação dos participantes que podem fomentar respostas mais interessantes sobre a temática (KIND, 2004).

Algumas características são importantes na condução dos grupos focais, tais como o direcionamento de uma temática e a homogeneidade dos participantes, além do estímulo da participação de todos os integrantes durante as discussões, cuja finalidade da técnica é a produção de novo conhecimento (KIND, 2004).

Com relação ao número de participantes, não há um consenso na literatura sobre o quantitativo exato a ser recrutado para compor o grupo focal. Alguns autores indicam a formação do grupo focal com 8 a 10 participantes, sendo o ideal 5 a 7 integrantes por grupo focal (DEBUS, 1988; BARBOUR, 2009). Em termos de um quantitativo mínimo, alguns autores apontam que é possível realizar um grupo focal com três ou quatro participantes (KITZINGER; BARBOUR, 1999; BARBOUR, 2009).

A duração do grupo focal tem relação direta com o número de participantes e a complexidade do tema discutido (BOMFIM TRAD, 2009). O tempo de duração sugerido na literatura é de 90 a 120 minutos, o tempo ideal é de 40 minutos (DEBUS, 1988).

Os impasses vividos pelos pesquisadores na identificação de vozes, exploração das perspectivas fazem com que os grupos maiores se tornem inviáveis tanto para moderar quanto para analisar os achados (BARBOUR, 2009).

A execução do grupo focal é realizada pelos participantes da pesquisa e por, no mínimo, um moderador e um observador conforme Kind (2004, p.128). O moderador é responsável por conduzir o grupo focal, enquanto instrumento de pesquisa, exigindo habilidades como a sensibilidade e o bom senso para conduzir o grupo. No entanto, deve-se evitar conduzir o grupo

de tal forma que a discussão gire em torno de suas próprias opiniões, e não daquelas expressas pelos participantes (GONDIM, 2002).

O observador tem importante papel no registro das observações imediatas percebidas durante as discussões do grupo focal, através das anotações de suas próprias impressões sobre os participantes, sejam gestos, atitudes ou até a linguagem não verbal (BARBOUR, 2009).

### 3.4.3 Composição da amostra

A amostra foi composta por 31 mães e 3 cuidadoras informais que eram 2 avós e 1 tia. Houve oito recusas de mães que se recusaram em participar dos grupos focais ao serem informadas sobre o tempo médio de duração do encontro (aproximadamente 40 minutos). Foram realizados nove grupos focais (GF), cada mãe e cuidadora participou da discussão em um único momento.

Quanto à composição dos grupos focais, eles eram formados a partir do quantitativo de mães que aguardavam a consulta de puericultura no dia e aceitavam a participação. Os grupos variaram quanto ao quantitativo de mães, de três a seis participantes.

A seleção da amostra foi estabelecida por atender os interesses relacionados às mães e cuidadoras que se enquadravam nas características da população considerada relevante ao estudo e que permitiu atender aos objetivos da pesquisa. Foi utilizada a amostragem por saturação teórica, operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### 3.4.4 Operacionalização dos grupos focais

Antes de iniciar a discussão, o objetivo do grupo focal foi explicado às participantes de forma clara e concisa, pontuando as questões norteadoras sobre as injúrias não intencionais na primeiríssima infância. Era solicitado a assinatura do TCLE e da autorização do uso de áudio e depoimento e o preenchimento do formulário de caracterização pelas participantes. A discussão dos GF eram guiadas na mesma ordem, com questões a serem abordadas durante a discussão (figura 2).



**Figura 2.** Disposição dos grupos focais.

GF1: Formado por seis participantes, duas mães compareceram após receber o convite para participar da pesquisa e as demais estavam na sala de espera da unidade para serem atendidas pela enfermeira, no acompanhamento de puericultura, o GF teve duração de 50 minutos.

GF2: Formado por três mães que aguardavam o acompanhamento de puericultura, o GF teve duração de 40 minutos.

GF3: Formado por quatro participantes, três mães que aguardavam o acompanhamento de puericultura e 1 mãe era a recepcionista da UBS e se interessou em participar da pesquisa, o GF teve duração de 50 minutos.

GF4: Formado por duas mães e uma tia, uma mãe aguardava o acompanhamento da puericultura e a outra mãe e a tia eram funcionárias da USF que mostraram interesse em participar da pesquisa, o GF teve duração de 45 minutos.

GF5: Formado por três participantes, duas mães estavam aguardando o acompanhamento de puericultura e uma mãe foi vacinar seu filho, mas decidiu participar da discussão, o GF teve duração de 40 minutos.

GF6: Formado por seis mães que aguardavam o acompanhamento de puericultura, o GF teve duração de 60 minutos.

GF7: Formado por quatro participantes, três mães que esperavam para ser atendidas na consulta de puericultura e 1 mãe que levou o filho para vacinação, o GF teve duração de 45 minutos.

GF8: Formado por duas mães e uma avó, o GF teve duração de 40 minutos.

GF9: Formado por três mães que esperavam para serem atendidas na consulta de puericultura, o GF teve duração de 50 minutos.

Todas as participantes permaneceram com os filhos no colo durante a discussão do grupo focal, fato que dispersou a atenção das participantes, em alguns momentos, pois as crianças choravam e ficavam inquietas. Para contornar a situação, a moderadora utilizou-se de

algumas perguntas estratégicas para retomar a discussão, fez questionamentos direcionados para colher informações das participantes mais tímidas e que expressavam pouco sua opinião.

O encerramento dos grupos se dava após a ampla discussão entre as participantes, no momento em que foram identificados os saberes e as práticas preventivas das participantes em relação à temática. Após o encerramento do grupo, todas as participantes eram convidadas para participarem de um lanche.

#### 3.4.5 Dinâmica “quebra-gelo”

Foi realizada uma dinâmica “quebra-gelo” para socializar as integrantes em todos os grupos focais. A dinâmica era realizada pelas participantes, individualmente, acendiam um fósforo e se apresentavam até a chama do fogo apagar. Também foi utilizada uma etiqueta com o nome das participantes, para facilitar a condução do grupo pela moderadora, chamando cada participante pelo nome e o registro das impressões e transcrições das falas na etapa seguinte.

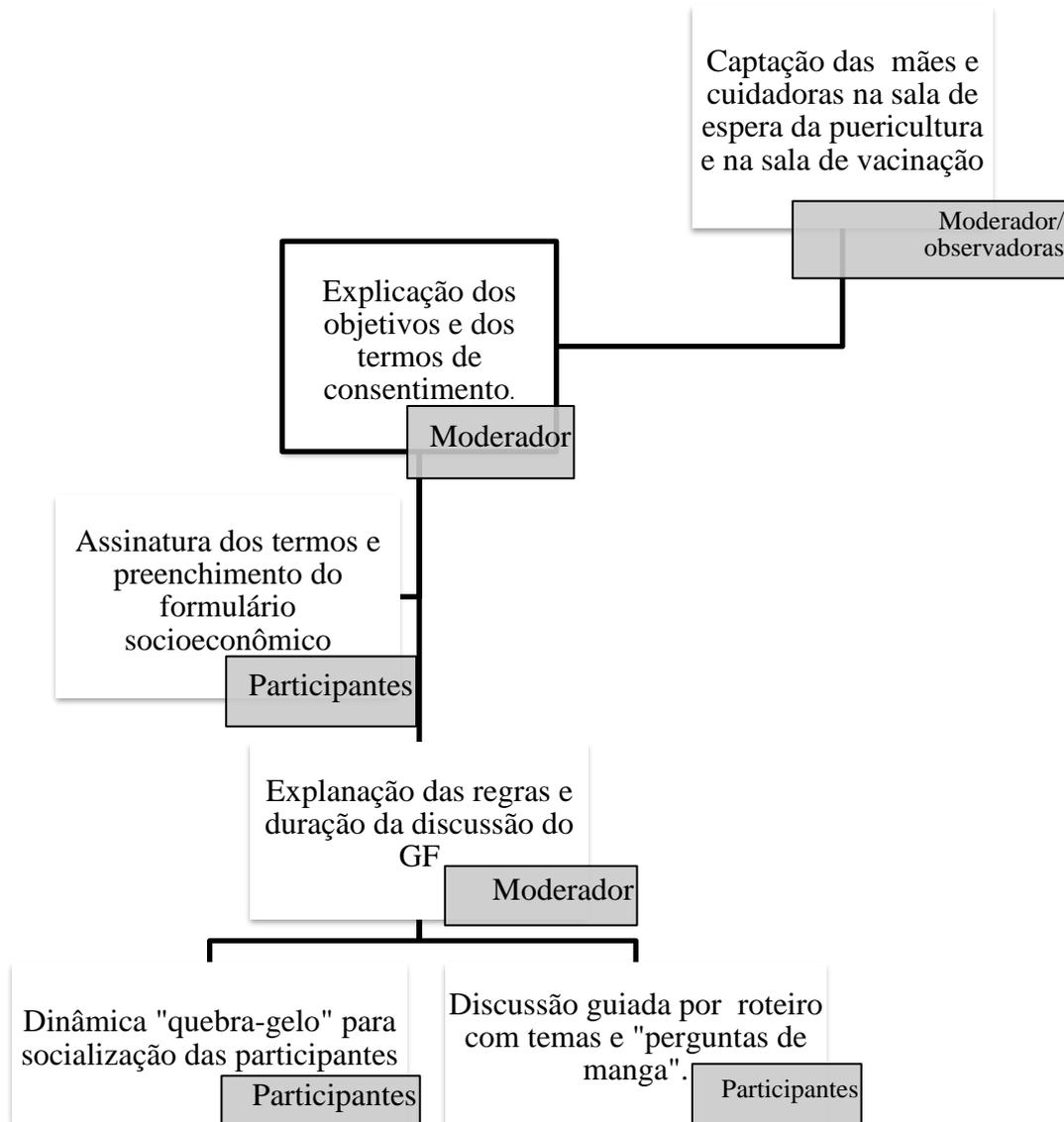
#### 3.4.6 Registro dos dados coletados

Durante a discussão, a moderadora foi orientada pelo roteiro de condução do GF (Apêndice B) que abordava temas como: experiências anteriores de INI, sentimentos após a INI, relação da faixa etária, gênero, grau de supervisão e a ocorrência de INI, aspectos preventivos para a redução dos riscos na ocorrência da INI. Os tópicos seguiam a mesma sequência, porém respeitou-se a individualidade de cada grupo e as contribuições dos participantes.

Os GF eram gravados em áudio e vídeo, além das observadoras realizarem os registros sobre as impressões do grupo no diário de campo, que serviu para embasar a discussão e auxiliar a transcrição e análise dos diálogos através da contextualização com as falas registradas pelo observador e moderador. Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013), o diário de campo tem o objetivo de anotar reflexões, pontos de vistas, conclusões preliminares, dúvidas, preocupações, entre outros aspectos que sejam relevantes para o estudo.

### 3.4.7 Operacionalização dos grupos focais

As etapas que envolveram a coleta de dados encontram-se esquematizadas (figura 3).



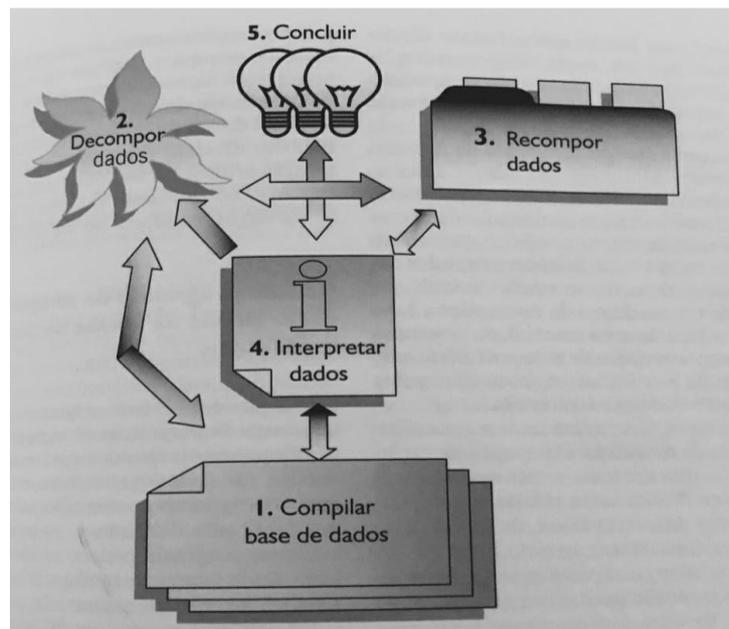
**Figura 3.** Operacionalização dos grupos focais.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi iniciada a transcrição dos grupos focais, pela própria pesquisadora para o programa Microsoft Word (2010). À medida que os grupos focais aconteciam, as falas eram transcritas e a etapa de codificação dos dados era iniciada. A literatura auxiliou no embasamento da compreensão dos dados e na exploração dos elementos descritivos e conceituais presentes na atual pesquisa. Esta é uma fase considerada importante para reflexão e análise das informações presentes na discussão das participantes (YIN, 2016).

A transcrição dos dados envolve um grau de transformação, interpretação e compreensão dos áudios. A melhor maneira de reduzir as falhas é ter certeza que o transcritor entendeu o contexto e o tema transcrito. Desta forma, o áudio e a transcrição foram revisados em dois momentos para garantir a confiabilidade dos dados (GIBBS, 2009).

A segunda etapa caracterizou-se pela exploração do material, a partir do ciclo de cinco fases. Inicialmente, os dados foram *compilados*, ou seja, colocados em uma base de dados no programa Microsoft Word (2010). Depois, decompostos repetidas vezes em fragmentos ou códigos chamados de *decomposição*. A terceira fase foi considerada um procedimento de *recomposição*, onde os textos são recombinaos e representados em tabelas ou quadros. Na quarta fase, foi feita a *interpretação*, momento que se inicia a parte analítica do manuscrito. A quinta e última fase foi a *conclusão*, que foi relacionada com a interpretação e com todas as outras fases. Vale lembrar que as fases são recursivas, ou seja, podem retornar ou avançar ao mesmo (YIN, 2016) (figura 4).



**Figura 4** - Análise e suas interações proposto por Yin (2016).

Para auxiliar no processo de decomposição, recomposição e posteriormente na interpretação e conclusão dos achados, utilizou-se como ferramenta o software *Atlas.ti for Windows* (versão 8.0) para análise de dados qualitativos. Este *Software* tem por função organizar os dados de maneira ordenada antes de iniciar a análise formal, substituindo os processos manuais, entretanto, sua correta utilização depende exclusivamente da habilidade do pesquisador em manipular corretamente esta ferramenta (YIN, 2016).

Para facilitar a compreensão será exemplificado o processo de codificação utilizado no estudo.

EX: **GF- número 4** – “Todos os lugares têm muitos riscos dentro de uma casa, mas pra mim os piores é cozinha e o banheiro. Eu morro de medo de fogão...”.

**Códigos descritivo:** cozinha e banheiro

**Código analítico:** Ambiente de risco

Quanto aos dados relacionados à caracterização sociodemográfica das participantes, estes foram expressos de forma textual. A caracterização detalhada dos participantes está apresentada no capítulo de resultados.

Para a garantia do anonimato das participantes, as falas foram identificadas em: GF- Grupo Focal, CM- Cuidadora Materna, CA-Cuidadora Avó e CT: Cuidadora Tia. As pausas nos depoimentos foram expressadas por aspas [...] e as letras maiúsculas foram utilizadas quando as participantes davam ênfase nas falas e alteravam o tom de voz durante as discussões.

#### 4 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização da pesquisa, a Prefeitura do Recife forneceu carta de anuência (Anexo C). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos da UFPE, aprovado com parecer 1.851.951 (Anexo D).

Na coleta dos dados, as participantes da pesquisa foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo, procedimentos, riscos e benefícios e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), o termo de autorização de uso de imagem e depoimentos (Anexo B) e o preenchimento do formulário para caracterização sociodemográfica das participantes (Apêndice A), conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As pessoas convidadas a participarem da pesquisa foram informadas que poderiam se recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejasse sair da pesquisa, não sofreriam qualquer prejuízo.

Todas as informações coletadas estão protegidas e arquivadas, por um período de cinco anos, em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora, a identificação das participantes foi e será mantida em sigilo sem menção de seus nomes na pesquisa, mesmo quando os dados forem utilizados para propósitos de estudo e publicação científica ou educativa, que são as finalidades exclusivas para o uso desse material.

Esta pesquisa possuiu riscos devido à interação e discussão de um tema que poderia suscitar desconforto e constrangimento para algumas participantes durante o procedimento de coleta de dados. Não foi percebido constrangimento expresso pelas mães e cuidadoras diante do relato de algum episódio de INI vivenciada com seu filho. Além disso, não houve nenhum caso que foi percebido que alguma participante tenha sido vítima de julgamentos maldosos ou se reprimiu durante a discussão do grupo focal. No entanto, o risco de constrangimento foi minimizado através da condução da moderadora de forma sensível e respeitosa durante toda a discussão do grupo focal.

Em relação aos benefícios advindos da pesquisa é importante compreender os saberes preventivos centrados no conhecimento das mães e cuidadoras no que se referem aos riscos domésticos e as precauções de segurança para fornecer dados úteis que possam orientar novas estratégias para a prevenção de injúrias não intencionais, efetivação de práticas educativas, qualificação de serviços destinados ao agravo e ações preventivas ligadas à educação e às políticas sociais, além de qualificar a prática clínica dos profissionais da área de saúde que trabalham com esta população.

## 5 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Os problemas metodológicos foram decorrentes da falta de adesão das mães e cuidadoras em participar da discussão do grupo focal no planejamento inicial. Desta forma, optou-se por abordar as mães e cuidadoras nos momentos que antecederiam as consultas de puericultura pela facilidade de acesso e por não haver necessidade de despendere tempo extra após o atendimento. Os grupos focais tiveram composição mínima de 3 participantes devida a baixa adesão das mães e cuidadoras que tinham interesse em participar da discussão.

Foi percebida também como limitação do estudo, a recusa de algumas participantes quando sabiam do tempo que seria despendido a atividade, em torno de 40 a 60 minutos. A justificativa era a necessidade de retornar para casa e fazer suas obrigações domésticas.

As participantes permaneceram com seus filhos no colo durante a discussão do grupo focal, fato que dispersou a atenção das participantes, em alguns momentos, pois as crianças choravam e ficavam inquietas dificultando o delinear da discussão.

Houve limitações quanto ao ambiente, o local escolhido para a realização dos grupos focais foi à sala de reuniões da unidade, porém era um ambiente com pouca ventilação, em alguns momentos, o ventilador fazia muito ruído ou não estava funcionando, motivo que gerou agitação e inquietação nas participantes e nas crianças.

Quanto ao formulário de caracterização pode ter sido considerado uma limitação do estudo por despendere tempo e desestimular as participantes. O formulário foi aplicado antes da realização da discussão para que a moderadora e as observadoras tivessem um conhecimento prévio para compreender o contexto de vida das participantes que iriam compor os grupos focais.

Por fim, devido o fato de alguns questionamentos utilizados na pesquisa requererem informações retrospectivas sobre as vivências da ocorrência de injúria não intencional na infância, uma das limitações foi o viés de memória por que os achados podem ter sido prejudicados por depender da memória das mães e cuidadoras.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 34 participantes, sendo 31 mães, duas avós e uma tia. Todas foram consideradas cuidadoras informais visto que eram membros da família e prestavam cuidados às crianças menores de cinco anos. Oito mães se recusaram em participar dos grupos focais ao serem informadas sobre a duração média de 40 minutos. A mediana de idade foi 28 anos (variando de 17 a 40 anos).

Todas as participantes eram do sexo feminino e referiram ter vivenciado ou conhecido alguma criança que já sofreu alguma injúria não intencional. Os dados foram provenientes de nove grupos focais, todos os GF se reuniram em único momento.

Com relação ao número de filhos das participantes, variou de um a quatro filhos, apenas uma das participantes não possuía filho, mas desempenhava o papel de cuidadora da sobrinha. No que se refere à situação marital, 16 participantes eram casadas, seis estavam em união estável, 12 eram solteiras e uma cuidadora avó era viúva. No que diz respeito ao grau de escolaridade, 20 participantes concluíram o ensino médio, sete participantes haviam terminado o ensino fundamental, três participantes tinham o ensino fundamental incompleto, três participantes tinham o ensino médio incompleto e uma participante tinha ensino superior incompleto.

Quanto à ocupação, 24 participantes eram do lar e 11 mulheres exerciam alguma atividade remunerada fora do domicílio. Nos casos em que a mãe trabalhava fora do lar, os cuidados das crianças eram transferidos principalmente para as avós e creches. As avós desempenhavam a função de cuidadora informal, responsável pela alimentação, cuidados de higiene e a garantia de proteção da integridade física dos netos. Em relação à carga horária de trabalho, variava entre 8 a 44 horas/semanais. Todas as participantes eram naturais e provenientes de Pernambuco, de Recife ou Região Metropolitana.

Em relação às condições de moradia, 28 participantes moravam em casa própria. Quanto ao número de cômodos no domicílio, variou de três a oito cômodos. Além disso, o recebimento de incentivo financeiro de programas sociais beneficiava apenas 13 participantes. Quanto à renda mensal houve o predomínio de um salário mínimo referido por 14 participantes, variando de menos de um salário até seis salários mínimos.

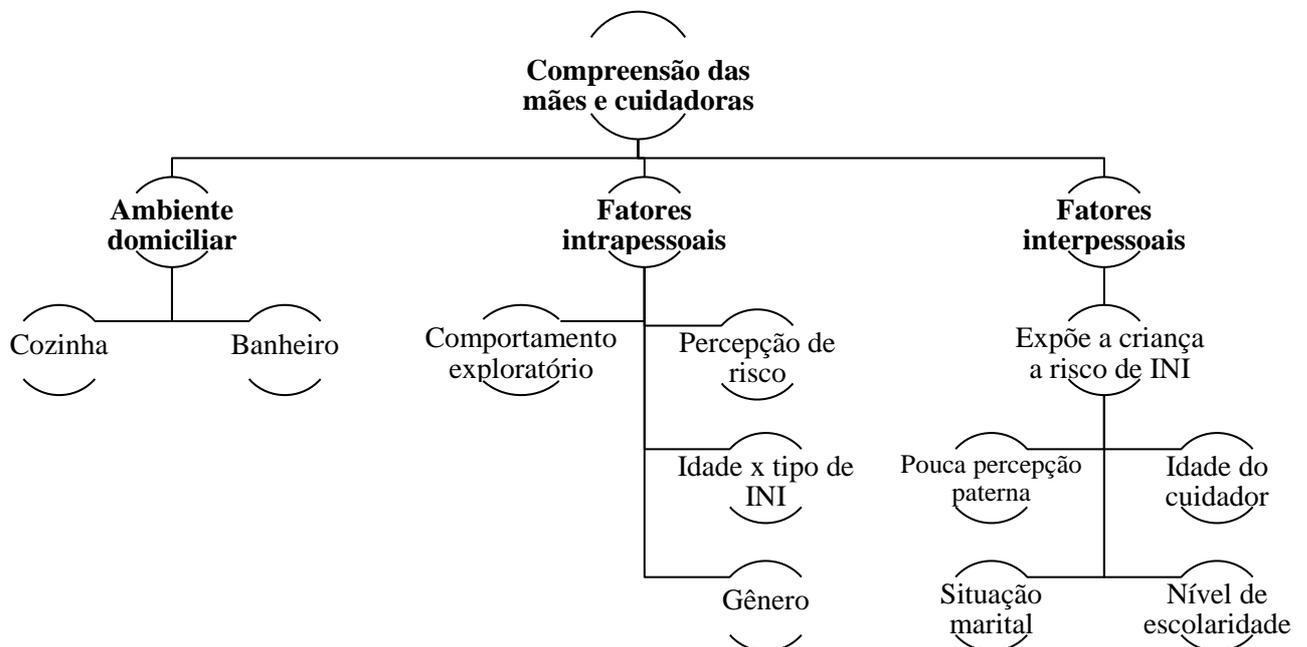
No que diz respeito à análise dos dados qualitativos provenientes dos grupos focais, os resultados foram agrupados em três códigos analíticos: Riscos envolvidos nas injúrias não intencionais; A ocorrência das injúrias não intencionais e os saberes e estratégias preventivas.



**Figura 4-** Subdivisão dos códigos analíticos, elaborado pela autora (2017).

## 6.2 RISCOS ENVOLVIDOS NAS INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS

A compreensão das mães e cuidadoras quanto aos riscos envolvidos na ocorrência de injúrias não intencionais (INI) contemplou questões relacionadas ao ambiente domiciliar e a constatação de locais que ofereciam maior risco, além dos fatores intrapessoais (criança, cuidador) e interpessoais (relação entre criança e adultos) (figura 6).



**Figura 5-** Códigos descritivos sobre os riscos envolvidos nas Injúrias não intencionais a partir da visão das mães e cuidadoras. Recife, 2017.

Na visão das participantes os cômodos considerados mais perigosos para as crianças foram a cozinha e o banheiro.

*Lá em casa eu acho a cozinha, por que ele quer mexer no fogão, no microondas, no liquidificador, [...] Na cozinha tem eletrodoméstico, tem o forno, a geladeira, tem armário, gosta de tá mexendo, [...]O banheiro, por que no banheiro meu filho gosta muito de tá lá brincando com a água, eu tenho medo dele se afogar dentro de um balde, acontecer alguma coisa, [...] (CM11;CM12;CM13)*

### 6.2.1 Riscos de INI relacionados às características da criança

As mães e cuidadoras reconheceram que o comportamento exploratório é inerente ao desenvolvimento infantil, contudo, relacionam tal característica com o aumento do risco de ocorrência de injúrias não intencionais na infância. Foi possível identificar, também, nas falas, que em alguns momentos, as participantes reconheceram a necessidade do cuidado contínuo perante o infante devido ao comportamento imprevisível.

*É a criança que é curiosa, que é esperta, que é levada, ela sempre vai acontecer mais acidente com ela, como meu filho, para ele tudo que ele achar é motivo, então ele tá observando tudo ao redor dele, [...]Por que quando eu tô fazendo comida, ele fica muito curioso e vai querer ajudar, ai tem que ter muito cuidado, por que criança cega. [...] criança cega à gente, por mais cuidado que você tenha, imagina se não ficar ligada no que eles estão fazendo, [...] (CM29; CM 30)*

Foi possível perceber nos depoimentos, que as participantes reconheceram as injúrias não intencionais mais frequentes durante as brincadeiras por ser o momento de maior distração e vulnerabilidade.

*É o fogo, uma panela, elas acham que é brinquedo e ver a gente mexendo e não se queima, acho que eles pensam se eu for mexer eu também não me queimo, mas ele é tão baixinho que acaba “Tum” no fogo. [...] porque criança quando tá brincando, meu Deus do céu! Não presta atenção nas coisas e termina acontecendo o acidente (CM 14;CM 28).*

Em relação à capacidade de percepção de risco pelas crianças, não houve um consenso entre as participantes, algumas enfatizaram que a faixa etária de zero a três anos tem pouca ou nenhuma percepção de risco. As demais mães e cuidadoras afirmaram que a idade de compreensão das crianças sobre os riscos se dava em torno dos três aos 10 anos de idade. Em contrapartida, as duas avós acreditavam que as crianças ainda não estavam aptas para desenvolverem a adequada percepção de risco.

*Às vezes a criança com 6 meses, já entende que “isso aqui” é errado. Se você ficar não, não pode! Quando ele vai pegar, ele já olha pra você. E já sabe que aquilo não pode! Mas ele sabe que não deve! Então é isso que eu tô dizendo, ele pode ainda não raciocinar, mas com um ano ou até antes eu acredito. Com 1 ano minha filha já sabia*

*que não podia pegar na tomada, com 2 anos ela sabia que não era pra subir ali, [...] (CA2).*

*Criança mesmo não tem a noção de perigo, até minha neta de 10 anos foi botar um beliro no buraco da energia(tomada) , me diz mesmo que noção? A sorte é que eu tinha desligado o contador pra fazer limpeza na casa, e se eu não tivesse? Ela tem 10 anos, tem noção? Não tem!(CM14)*

As mães e cuidadoras percebiam a relação entre o tipo de injúria não intencional e a faixa etária da criança, haja vista que com o aumento da idade as crianças adquirem novas habilidades e desenvolve a capacidade de realizar atividades mais complexas, como o andar e o correr e, conseqüentemente, se expõem mais aos perigos.

*Quando a criança vai crescendo ela vai ficando mais espertinha, mas sabidinha, ela vai querendo a independência que não tem, começando a andar, a engatinhar, a mexer nas coisas, abrindo as coisas, ai o perigo dobra. A criança com 7 anos tem o risco de queda, bicicleta, correndo, se pendurando. Os de 2 anos, acho que é dentro de casa quando tá na cama, se embola e cai, no andajá mesmo, tem criança que é capaz de capotar, perigo no chão também quando tá engatinhando, [...] (CM 12; CM17; CM 22)*

Quanto à associação entre gênero e a ocorrência das injúrias, as mães e cuidadoras afirmaram não haver predomínio de gênero em relação à ocorrência das injúrias. A maioria das participantes atribuíam que os episódios de INI envolvem as características individuais e de temperamento de cada criança, não relacionada exclusivamente com gênero.

*Não tem esse negócio de menino ou menina não, vai pela criança. Por que eu tinha uma menina que era fogo, até fogo no colchão ela colocou. (risos) Tem criança que é virada, e era menina visse? Meu menino era um santo, sentava perto da televisão e passava o dia todinho. [...]. É, vai do menino mesmo, não tem isso de sexo não. (CA 2; CM18)*

Apenas uma mãe justificou que o sexo masculino tem maior risco para a ocorrência devido às normas de condutas impostas pela sociedade na criação e educação infantil. A mesma também referiu a importância de educar a criança por meio das brincadeiras para a prevenção de INI e para um comportamento que busque desconstruir as relações desiguais entre os gêneros, a partir do próprio comportamento da criança. Assim, gerou uma reflexão sobre a influência das brincadeiras para a construção da identidade da criança e das relações familiares.

*Eu acho que os meninos sofrem mais acidentes, por que socialmente, assim eu acho que menina se pegar uma menina subindo numa árvore faz: "Menina, sai daí! Olha as pernas!" O menino não: "deixa o menino, é normal! Deixa o menino brincar!" [...] porque as brincadeiras são feitas para ensinar as crianças a serem adultos, tipo a menina brinca de boneca para aprender a ser mãe, a gostar de bebê quando cresce.*

*O menino é mais de carro, de avião, por que antigamente eram as profissões que homem trabalhava mais e a menina cuidava mais da casa. Sabe, o século XXI eu acho que hoje em dia a gente tem que estudar mais sobre onde estão colocando os seus filhos. ( CM 26)*

Outro ponto a ser destacado, é que em alguns casos as mães e cuidadoras atribuíram o risco ao comportamento da criança, exemplificado por puxar a toalha da mesa ou entrar na geladeira.

*Todo mundo tava procurando minha irmã, cadê "dindinha? ", Cadê "dindinha"? E todo mundo procurava a menina, [...] embaixo da mesa, a gente olhou dentro do fogão, aí depois de muito tempo veio aquilo, vê na geladeira. Quando eu abri à geladeira tava a menina lá tremendo, [...] Meu filho com 2 anos puxou a toalha da mesa e eu tinha acabado de tirar a água pra fazer o café e queimou o braço, eu sai desesperada daqui pra Camaragibe a pé com ele. (CM 12; CM 20).*

#### 6.2.2 Riscos de INI relacionados ao comportamento das mães e cuidadoras

Mães e cuidadoras referiam em seus depoimentos, que fatores ligados ao adulto cuidador poderiam expor a criança a um maior risco para a ocorrência de INI. Foi possível identificar nos relatos que, em algumas circunstâncias, o adulto cuidador expôs a criança a riscos de INI decorrente do cansaço, descuido, excesso de atividades domésticas, uso de dispositivos de mídia, que causam distração dos pais e aumentam a falta de supervisão perante o infante.

*Meu filho já caiu da cama novinho, eu fiquei louca, eu peguei no sono, né? Você amamenta e acaba pegando no sono. Dormiu, eu e meu esposo, [...] nesse dia eu não sei o que deu, eu tão cansada, que eu me virei ao contrário e eu só vi o (BUM) da cabeça dele no chão. Eu disse meu Deus, matei meu filho! Mas, graças a Deus não teve nada. Foi só a queda mesmo, o susto! [...] A minha filha tinha 1 anos quando caiu do andajá no trabalho da minha irmã, um descuido de nada, que ela vai ligeiro na cerâmica, quando eu pensei que não, só escutei o "baque", ela foi ligeiro que ela só anda correndo, ai caiu do batente e cortou só um pouquinho a testa (CM1;CM 25)*

*Ontem mesmo, quando minha filha de 8 meses caiu, ela caiu porque eu tava no Whatsapp, se eu não tivesse no whatsapp eu tinha evitado a queda dela. [...] por que eu tenho a função de ser mãe, de ser esposa, dona de casa, então são muitas funções pra uma pessoa só. Então isso é quase impossível ficar só na função de mãe, por que ela tem a função de esposa, de dona do lar então é meio difícil. [...] a gente é mil e uma utilidades, a gente tem que arrumar, a gente tem que lavar, a gente tem que cozinhar, a gente tem que fazer tudo isso e com a criança a gente passa a maior parte do tempo com a criança, a gente não tem que se culpar tanto assim (CM 9; CM18; CM 26; CM30).*

Outro fator importante ressaltado, em relação às características do adulto que desempenhou o papel de cuidador foi à faixa etária. Uma mãe reconheceu a importância da idade do cuidador, ser em média de 26 anos, para conseguir identificar o risco e intervir nas situações de perigo.

*Minha cunhada tem 17 anos. Eu achei que se fosse com uma pessoa, vamos supor da minha idade jamais iria deixar um bebe sozinho (CM 30)*

As mães e cuidadoras acreditavam que os pais possuíam pouca ou nenhuma percepção de risco para a prevenção de injúrias não intencionais, a partir da narração de situações cotidianas em que a mãe desempenhava a principal função de cuidadora, cuja responsabilidade era de educar e garantir a segurança da criança.

As participantes relataram episódios em que os pais demonstravam atitudes de descuido diante do cuidado com o filho. Além de ter havido relatos em que os pais não reconheciam as consequências das injúrias, pois acreditavam que os episódios não acontecem facilmente ou que faziam parte do crescimento “normal” da criança.

*Meu marido eu brigo todos os dias, por que ele vai passar a roupa dele e deixa o ferro quente em cima das coisas. Ou ele deixa o carregador com o “negocio” pendurado na tomada. [...]tem uns pais que não vão nem olhar o filho e ainda acham que só a mãe tem obrigação, mas ele tem a mesma obrigação que a mãe tem, e se acontecer alguma coisa a culpada é a mãe. O meu marido diz que se acontecer algum acidente é pra nosso filho se acostumar. Aí eu digo, se tu cair com a testa no chão é pra se acostumar? (risos) ( CM 15; CA 1;CM 1).*

Outras características do cuidador, como a situação marital, não foram percebidas enquanto fatores de risco para a ocorrência de INI pela maioria das participantes. Foi referido pelas mães e cuidadoras, entretanto, que independente de ter ou não um companheiro, os riscos de INI podem ser mais frequentes para cuidadores que vivem com problemas psicológicos pós-separação, fato que poderia reduzir a supervisão do cuidado e elevar os riscos de acidentes.

*Eu acredito que o risco acontece com a ausência de alguém por perto. Então é a ausência de alguém que acontece algum acidente. Possa ser que os dois morem juntos, mas um trabalha e o outro fique em casa. Então é sempre interessante ter alguém, cuidando, observando, sempre prestando atenção por que crianças é imprevisível, [...] eu acho que depende da mãe, se a mãe tiver com o psicológico afetado por que está sozinha acho que ela vai deixar a desejar, mas se ela tiver com foco no filho, no cuidado do filho eu acho que depende do estado que ela esteja (CM 17; CM 21).*

Com relação ao nível educacional materno e a ocorrência de injúrias não intencionais, as mães e cuidadoras acreditavam não haver relação, a partir de exemplos de experiências pessoais, visto que suas avós nunca estudaram ou tiveram nenhuma instrução formal, mas conseguiram desempenhar o cuidado dos filhos e netos através de orientações transmitidas entre gerações.

Em contrapartida, apenas uma das participantes acreditava que as mães que tinham maior grau de escolaridade iriam saber identificar e prevenir mais facilmente os riscos de injúrias não intencionais quando comparadas às mães que não possuía nenhum grau de instrução.

*Minha vó não tem grau de estudo nenhum e sempre pareceu que tem olhos em toda parte da cabeça, que sempre cuidou de todos e nenhum acidente aconteceu, [...] (CT)*

*Eu acho que uma mãe que tem mais esclarecimento, eu acho que ela procura ter mais cuidado, ela vai ter mais noção do risco[...] (CT 1; CM 14)*

As mães e cuidadoras acreditavam que o fato das mães trabalharem fora do lar não tinha relação com o aumento do risco de ocorrência de INI, visto que as mães que trabalhavam relataram deixar seus filhos com algum cuidador responsável, seja parente ou não.

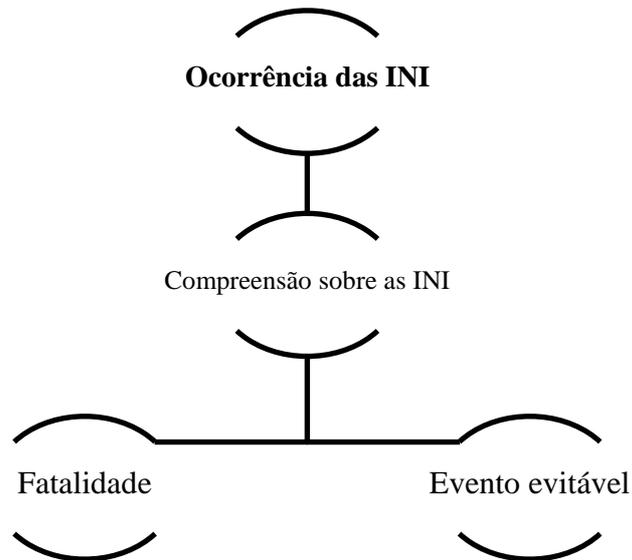
*Eu acho que não aumenta o risco, eu trabalhei fora e por incrível que pareça a menina que ficava com minhas filhas parecia que tinha mais cuidado do que eu mesma. Eu acho que por não ser a mãe delas, ela ficava com receio que acontecesse alguma coisa, [...] (CM 23)*

Foram relatados sentimentos diversos diante da identificação de riscos e a após a ocorrência da INI. Tais sentimentos estavam diretamente relacionados com culpa, preocupação, medo, desespero e a responsabilidade dos adultos em prevenir a ocorrência das injúrias não intencionais.

*Porque eu morria de medo de querendo ou não ele mexer “num negócio” de água, derrubar água e no fogão também. Até agora às vezes ele vai, quando ele tá na cozinha eu digo VOLTE pra sala. Eu fico morrendo de medo. Teve uma amiga minha, que o filho dela foi e bateu na panela de água e a água virou por cima dele. [...]. Você se sente péssima, totalmente culpada! Por que você diz: Poxa, eu não poderia ter deixado ela só, mesmo tendo tanta gente ao redor, mas é aquela história, ninguém tá observando muito. [...] eu senti desespero, eu chorei junto com ela, eu fiquei nervosa e comecei a chorar ai quem acudiu ela foi minha tia, por que eu fiquei sem ação na hora (CM 16; CM 14; CM 1).*

### 6.3 OCORRÊNCIA DE INI NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

As mães e cuidadoras relataram situações que envolviam a ocorrência de INI, a partir da compreensão das participantes. Algumas mães e cuidadoras enxergavam as injúrias como decorrentes do acaso, porém reconheciam também o caráter preventivo sobre alguns tipos de agravos (figura 7).



**Figura 6-** Códigos descritivos sobre a ocorrência das Injúrias não intencionais a partir da visão das mães e cuidadoras. Recife, 2017.

As participantes também reconhecem que as INI estavam relacionadas ao comportamento exploratório da criança no crescimento e desenvolvimento normais e dependiam da relação de supervisão entre adulto-criança, como também da relação da criança com o meio.

*Acidente é tudo que venha a trazer um risco, é algum risco que venha a prejudicar a saúde, que venha trazer algum dano maior para o bebê, eu considero um acidente. São coisas, intercorrências que acontecem no dia-a-dia, à gente tá ali e não tá prevenindo, não tá prevendo o que vem a acontecer, mas acontece. Às vezes a gente tá de olho ai dá as costas, e num instante, [...] Acidente é isso, né? Alguma coisa que a gente não espera. (CM 1; CM 6; CM 17; CM 21).*

*Pode ser prevenido, por que às vezes a gente ver alguma coisa fácil pra criança pegar ou pra criança beber e às vezes a gente pensa que ela vai saber distinguir, mas a criança não sabe distinguir. Às vezes, a mãe nem espera e a criança cai, mas eu acho que é normal. A gente tem que ter mais cuidado, pra não acontecer o pior. Mas, eles brincando e cair eu acho que é normal (CM 14; CM 17; CM27).*

Alguns tipos de injúrias não intencionais foram lembrados pelas mães e cuidadoras , como episódios de aspiração por corpo estranho e queda.

*O meu irmão uma vez quase que morre com um caroço de feijão que ele colocou no nariz. Ele foi pra um especialista tirar o feijão, [...] O sobrinho do meu esposo com 3 anos caiu no banheiro e escorregou, quando viu só foi o “sangueiro” caindo, cobriu o rosto dele todinho, [...] O meu irmão caiu da varanda, quase que “tora” a língua, ficou na pontinha, ele tinha 4 anos. Aí levou um pontinho e não foi tão profundo. (CA 1; CM 2; CM 5; CM 14; CT 1)*

As mães e cuidadoras referiram não terem conhecimentos adequados para os primeiros socorros, por causa do nervosismo. Outras participantes afirmaram que agiam rapidamente, mesmo sem ter o conhecimento técnico adequado para a situação. As participantes afirmaram que suas atitudes foram influenciadas por crenças e práticas populares, a exemplo de dar leite para criança em caso de intoxicação exógena.

*Mulher! Em relação a acidente né? É uma situação que só sabe quem passa né? A perna treme e a gente fica muito nervosa e que não sabe nem o que fazer naquela hora, entendeu?, [...] Eu entro logo em pânico, [...] Uma vez, minha sobrinha bebeu água sanitária e daqui a pouco tava a menina vomitando. Aí a gente o que ela tava fazendo? Ela disse: É que eu bebi e apontou pra garrafa de água sanitária. Meu Deus do Céu! Já vai a gente fazer um copo de leite, [...] (CM 6; CM12; CM21; CM27).*

#### 6.4 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS PARA MINIMIZAR AS INI

As estratégias preventivas na visão das mães e cuidadoras foram decorrentes das próprias experiências e do aprendizado com experiências de terceiros. Estas foram subdivididas em dois eixos: estratégias preventivas teóricas (EPT) e estratégias preventivas práticas (EPP), as quais englobam as orientações verbais e a prevenção relacionada com as mudanças na estrutura física (figura 8).



**Figura7-** Códigos descritivos sobre as estratégias preventivas para minimizar as INI a partir da visão das mães e cuidadoras. Recife, 2017.

As estratégias preventivas teóricas remetem ao conhecimento prévio das participantes sobre situações de risco para injúrias não intencionais, porém nos depoimentos as participantes não afirmaram terem tido atitude preventiva que impedisse a ocorrência da injúria. Importante destacar que as mães e cuidadoras referiram como principal estratégia preventiva a supervisão contínua. Além disso, EPT também foi considerada nos casos em que as participantes reconheceram que a INI poderia ter sido evitado se atitude preventiva imediata tivesse sido implementada.

*Agora tem como você evitar, assim ter coisas mais grave né? Tipo um acidente na rua você pode prevenir, não deixando seu filho brincar na rua porque tem muitos perigos, então você pode prevenir, deixando brincar dentro de casa mesmo, [...] (CM 1;CM 19)*

*A gente ter mais cuidado eu acho que dá para evitar, justamente energia essas coisas, quem fica ali de olho eu acho que dá pra evitar. Tem que ter atenção, cuidado que é um ser que precisa dá gente e que a gente tem que cuidar, tem que amar, tem que observar em todos os sentidos, que depende [...]. É 24 horas ligada mesmo, como os olhos nela, é mesmo você botando um comida no fogo e nela, [...] acredita que eu só relaxo mais pra fazer minha coisas, quando ela tá dormindo (CM 6;CM10;CM11;CM 27;CM31).*

No que diz respeito às estratégias preventivas práticas, as participantes relataram ter "agido", ou seja, teve atitude preventiva na tentativa de evitar as INI na infância. As participantes referiram que sempre procuravam observar as crianças e intervirem sobre os riscos através de atitudes preventivas ou orientações verbais. Além da supervisão adequada por parte do adulto cuidador também foram mencionadas a instalação de protetores de tomadas e adaptações de baixo custo que tornaram o ambiente mais seguro.

*É tá sempre de olho, eu procuro agora sempre por que às vezes a gente acha que a não vai acontecer nada, então tudo que eu vejo que ela tá na mão que possa causar alguma coisa eu tomo, independente de ela chorar, [...] Eu já comprei as proteções das tomadas antes das meninas nascerem, que não tinham até por que só tinha adulto, [...] É evitar deixar a panela com o cabo pra fora do fogão. E quando a gente tá fazendo comida não deixo eles chegarem perto do fogão, de jeito nenhum, [...] eu mermo arrumei uma tábua e coloquei na cozinha e já resolvi meu problema do meu filho entrar na cozinha. Assim, coisinhas que você vai aprendendo e adaptando com o que você tem, [...]. Eu troquei a cerâmica do banheiro lá de casa por uma cerâmica antiderrapante, por que escorregava muito e eu coloquei uma exagerada bem grossa mesmo, ela é bem crespa! (CM1; CM 14; CT 1).*

Algumas mães e cuidadoras referiram à utilização de informações que foram adquiridas através da internet, programas de televisão e panfletos para tornar o ambiente doméstico mais seguro.

*Hoje em dia, a gente é tão inteligente e a internet ensina tanta coisa que você mesmo dentro de casa consegue prevenir com simples mudanças. Você vai aprendendo e adaptando com o que tem, se eu não tenho um quadrado pra meu filho bagunçar, é só colocar um colchão no chão (CM1).*

Em relação ao recebimento de orientações preventivas sobre INI, as mães e cuidadoras referiram fontes variadas de informações: 10 participantes referiram terem recebido orientações de familiares e pessoas próximas, seis participantes obtiveram orientações de profissionais de saúde não médicos, como a enfermeira da USF e da maternidade, apenas uma participante referiu orientações médicas. Houve também, três participantes que referiram nunca terem sido orientadas por profissionais de saúde e apenas uma participante relatou que adquiriu o conhecimento preventivo a partir da própria experiência com a maternidade.

*Aprendi com minha vó, ela já morreu, mas antes de morrer um tempo atrás ela comprou protetor de tomada e de quina, meu filho tinha um mês. Ela sempre orientava e fez isso que todas as netas,[...]Eu aprendi com a enfermeira na Maternidade, antes de ter a criança ela já previne a pessoa, ela dá uma palestra e dá um livrinho e nesse livro tá indicando como a mãe deve evitar o acidente, como amamentar, [...]Comigo foi a agente de saúde, assim que engravidei, ela já começou a falar um monte de coisa, falou em relação ao aleitamento, aí depois que o neném nascesse os cuidados que eu deveria ter, de cada fase,[...] (CM 15; CM 28; CM 22).*

Por fim, em relação ao conhecimento preventivo adquirido pelas mães e cuidadoras, três participantes obtiveram informações a partir de livros e panfletos, uma participante leu as orientações presente na caderneta da criança, três receberam informações na maternidade, duas buscaram informações pela internet e cinco receberam informações através de programas de televisão. Entretanto, quatro participantes relataram nunca terem recebido qualquer tipo de orientação sobre os cuidados preventivos para injúria não intencional na infância.

*O meu médico nunca orientou não! Nunca tiveram informação (CM3; CM 15)*

## 7 DISCUSSÃO

Ao considerar os saberes e estratégias preventivas das mães e cuidadoras sobre a prevenção de injúrias não intencionais na infância, estiveram mais atrelados aos saberes populares, culturais e provenientes de fontes como a mídia, e profissionais de saúde.

Na identificação dos locais que ofereciam maior risco no ambiente domiciliar, as participantes reconheceram a cozinha e o banheiro, por serem ambientes que dispõem de vários objetos que podem, facilmente, gerar graves injúrias às crianças, desde queimadura, perfuração e queda. Além da cozinha despertar a curiosidade da criança em explorar o ambiente, através da manipulação de objetos e eletrodomésticos. O banheiro, por ser um ambiente considerado lúdico para as crianças pela facilidade do acesso à água, pode predispor o risco de afogamento.

Segundo Martins e Mello-Jorge (2013), nenhum domicílio está livre de riscos e as crianças possuem livre acesso a estes ambientes, a exemplo da cozinha, banheiro, lavanderia e fogão, além de frequentemente serem expostas aos materiais pontiagudos, às ferramentas e aos sacos de plástico.

As mães e cuidadoras também reconheceram que algumas características do temperamento da criança, como o comportamento exploratório e imprevisível, fazem parte do desenvolvimento infantil e podem aumentar a ocorrência das INI. Além de reconhecerem que os episódios de injúrias ocorrem, frequentemente, nos momentos de lazer e diversão.

A infância é uma fase de vulnerabilidades, pois as crianças se encontram em processo de crescimento e desenvolvimento, além de possuírem limitações na aptidão motora, reduzida coordenação do sistema nervoso e pouca percepção de risco para evitar situações de perigo. As crianças menores de sete anos ainda não são capazes de reagir a vários estímulos, distraem-se facilmente e têm atitudes imprevisíveis. (WAKSMAN, GIKAS e MACIEL, 2005; XAVIER-GOMES *et al*, 2013; MALTA *et al.*, 2016).

A ocorrência quanto ao tipo de INI diferencia-se de acordo com a faixa etária. No primeiro ano de vida, a criança adquire a capacidade de andar e buscar objetos, o que pode favorecer as quedas, aspiração de objetos, entre outros. Na idade pré-escolar, a criança possui pensamento lúdico e confunde o real e o imaginário, às vezes, acredita que pode voar igual aos super-heróis e desenvolvem lentamente as noções de segurança. Na idade escolar, as crianças estão aptas a aprender sobre noções de segurança, mesmo sem conseguir lidar bem com o pensamento concreto e seu comportamento é muito influenciado pelas relações sociais (WAKSMAN, GIKAS e MACIEL, 2005).

Os pais e cuidadoras devem ser orientados pelos profissionais de saúde sobre a importância em reconhecer o estágio de desenvolvimento da criança de acordo com a identificação do ambiente de risco. Ao considerar a educação em saúde enquanto instrumento do cuidado da enfermagem, o enfermeiro deve utilizar as ações educativas para combater os principais problemas de saúde, tal como as INI na infância. Conforme Waksman, Gikas e Maciel (2005), é necessário impedir a transferência de energia que causa a INI, ao invés de centrar as ações preventivas apenas nas mudanças do comportamento da própria criança.

No que se refere à percepção de risco da criança, algumas cuidadoras acreditavam que as crianças não tinham noção de risco ou que só desenvolveriam a partir de um a três anos de idade, não sendo capazes de desempenharem atitude preventiva na ausência da supervisão de um cuidador. De acordo com Xavier-Gomes et al., (2013), a criança só será capaz de desenvolver a habilidade de percepção de risco após os sete anos de idade. Antes dos quatro anos, ela tem comportamentos exploratórios e reproduzem o comportamento do irmão mais velho ou do adulto.

A criança com três anos de idade, os pais despendem maiores esforços para iniciar o processo de aprendizagem sobre as precauções de segurança, desta forma, eles utilizam o conhecimento e o ganho de autonomia para substituir ou reduzir a necessidade de supervisão contínua (MORRONGIELLO, MCARTHUR & BELL, 2014).

Quanto à percepção das participantes em relação ao tipo de INI presente na primeiríssima infância, as mães e cuidadoras tenderam a relatar apenas o tipo de injúria já vivenciada pelo filho ou experiências de pessoas próximas, esse fato sugere a relação entre saberes experienciais para a explicação sobre os principais tipos de INI que podem predispor seus filhos.

As mães e cuidadoras relataram a associação entre o tipo de injúria não intencional e a faixa etária da criança. Conforme Waksman, Gikas e Maciel (2005), a faixa etária da criança está diretamente relacionada com a gravidade do trauma, a exemplos dos lactentes que têm capacidade motora muito limitada e estão sujeitos a riscos impostos por terceiros.

A participantes afirmaram não haver predomínio de gênero em relação à ocorrência das injúrias não intencionais e que os episódios eram decorrentes do temperamento de cada criança, não relacionada exclusivamente com gênero. Apenas uma mãe justificou que o sexo masculino tem maiores riscos para a ocorrência de injúrias não intencionais devido às normas de condutas impostas pela sociedade na criação e educação infantil.

Vários estudos corroboraram a relação entre INI e genero, ao mostrarem que os meninos têm duas vezes maior chance de ocorrência de acidentes, por serem mais proativos, terem atitudes mais agressivas, executarem tarefas arriscadas, serem menos prudentes e por se exporem mais aos perigos em comparação com as meninas (BLANK, 2005; WAKSMAN; GIKAS; MACIEL, 2005; MOHAMED et al., 2015). Assim, é possível concluir que o gênero masculino é mais vulnerável a ocorrência de INI, devido a aceitação social da exposição da criança a comportamentos de risco.

No tocante à reflexão realizada, uma delas, apresentada por uma das participantes, relacionou-se à a importância em educar a criança para a prevenção de INI na infância, a partir de brincadeiras que busquem explorar o mundo e desconstruir as relações de desigualdades entre gêneros. Conforme Santos et al., (2015), as crianças desde que são concebidas no ventre materno, já são classificadas e diferenciadas pela sociedade de acordo com seu gênero, se for menina ou menino já se tem objetivado um determinado comportamento. Assim, há necessidade em educar as crianças sob a ótica ampliada das precauções de segurança e não apenas conscientizar a criança a partir do cumprimento de regras e comportamentos seguros.

Além de ser possível compreender que as representações sociais se constituem em um processo histórico e social longo, marcado pelo tempo da infância e os modos pelos quais as crianças se relacionam no seu grupo. Sabe-se que as meninas e os meninos não têm concepções predeterminadas, ou predefinidas sobre o que é brinquedo ou brincadeira de menina e de menino, a sociedade que define e fragmenta as questões de gênero que perpassam o desenvolvimento infantil (SARAT, CAMPOS, MACEDO, 2016).

Mães e cuidadoras referiam, nos depoimentos, de uma forma consciente ou inconsciente, comportamentos que poderiam sugerir atitudes de descuido infantil e que expôs a criança a riscos de INI. De acordo com os achados de Santos et al. (2016) as mães reconheceram que a ocorrência de pequenos descuidos pode resultar em acidentes graves com a criança no domicílio. Conforme Vargas-Porras, Villamizar-Carvajal; Ardila-Suárez (2016), a ausência de supervisão ou cuidado repercute no desenvolvimento emocional e intelectual da criança.

A presença física de um adulto/cuidador também não impossibilita a ocorrência das INI, uma vez que a falta de conhecimento sobre os cuidados preventivos por parte do cuidador ou até mesmo ausência de supervisão direta a criança favorece a ocorrência das injúrias (DIAS, 2009).

Apenas uma mãe considerou relevante a idade do cuidador, ser em média de 26 anos, para conseguir identificar o risco e intervir nas situações de perigo. No estudo de Riyadh; Al-shatari; Abass (2013), as mulheres mais velhas apresentavam melhores níveis de conhecimento

preventivo em relação às mães mais jovens, talvez pelos anos de experiência. Assim, acredita-se que as cuidadoras com maior idade, possivelmente, já vivenciaram situações semelhantes que irão auxiliar na tomada de decisão diante dos riscos que envolvem as INI.

No aspecto socioeconômico, as participantes do estudo em questão não perceberam a relação entre o aumento da ocorrência de injúria não intencional e o baixo nível socioeconômico. Tais achados corroboram com o estudo Waksman, Gikas e Maciel (2005), que concluiu que as ocorrências de INI acontecem independentemente do nível socioeconômico ou educacional da população.

Quanto ao nível de escolaridade materna, a maioria das mães e cuidadoras concluíram o ensino médio e acreditavam que a escolaridade não seria um fator de risco para o aumento da ocorrência de INI. Conforme Medina-Gómez (2015), o conhecimento sobre os perigos e as precauções de segurança não estão diretamente associados à escolaridade materna.

Apenas duas participantes discordaram, afirmando que o grau de escolaridade facilitava na agilidade em intervir diante do risco. Os achados de Santagati, Vezzosi & Angelillo (2016) corroboraram com o estudo em questão, que concluiu que os pais com maior grau educacional, possivelmente, iriam compreender prontamente as informações e orientações dos profissionais de saúde, o que resultaria na adesão às ações preventivas. Assim, acredita-se que o nível de instrução contribuirá de forma positiva na identificação precoce diante do risco, para então estabelecer atitudes que previnam tal agravo.

Em relação à situação marital das mães e cuidadoras, as participantes acreditavam que o fato de ter ou não um companheiro não teria relação com a ocorrência de INI, exceto nos casos de distúrbios psicológicos que poderia reduzir a supervisão materna ou do cuidador e elevar os riscos de acidentes. De acordo com Bezerra et al., (2016), sabe-se que a responsabilidade materna perante os cuidados à criança é uma função culturalmente imposta pela sociedade. São as mulheres que desempenham, quase exclusivamente, a realização dos cuidados com os filhos e conseqüentemente são responsáveis pela prevenção direta dos acidentes na infância.

Em alguns momentos, as participantes se queixaram também sobre a falta de percepção paterna diante dos riscos para INI na infância, justificada pela ausência paterna em casa devida às atividades do trabalho e pelas normas sociais do cuidado infantil estarem mais vinculadas a figura feminina. Conforme Santos et al., (2016) a mãe ao assumir a responsabilidade, quase que exclusiva, sobre o cuidado da criança, ocasiona mudanças no cotidiano no qual a função da maternidade tem que ser compartilhada com os afazeres domésticos. Tal contexto pode predispor a ocorrência de INI no ambiente domestica, pelo excesso de atividades realizadas.

No contexto acima, faz-se necessário repensar as dimensões do cuidado parental, representado pela figura materna que traz o aspecto emocional, sendo mais amorosa e compreensiva, enquanto a figura paterna representa o controle a partir da autoridade persuasiva. Contudo, tanto a mãe como o pai são responsáveis pela segurança e proteção dos filhos, o papel paterno não se restringe apenas à garantia de bens materiais, estende-se ao apoio emocional a criança e a mãe, condição que está diretamente relacionada com a garantia do desenvolvimento saudável dos filhos (MANFROI; MACARINI; VIEIRA, 2011).

As participantes também relataram que, seus cônjuges acreditavam que os episódios de injúrias não intencionais faziam parte do crescimento “normal” da criança. Achados que corroboram com o estudo de Vieira et al., (2007), que também relacionou as INI como “fazendo parte do crescimento”, contudo é preciso compreender que as injúrias podem acarretar graves lesões incapacitantes e que irão refletir diretamente no desenvolvimento saudável da criança.

As mães e cuidadoras acreditavam que o fato das mães trabalharem fora do lar não teria relação com o aumento do risco de ocorrência de INI, visto que as mães que trabalhavam relatavam deixar seus filhos com algum cuidador responsável, seja parente ou não. Exceto uma mãe que referiu, em alguns momentos, deixar a criança sob a supervisão de uma adolescente. Assim, o fato das mães desempenharem um trabalho fora do lar não necessariamente aumentaria o risco de ocorrência de INI, desde que a mesma transfira sua função de cuidadora para um adulto responsável e apto para desempenhar tal função.

Os achados acima, não corroboraram com o estudo de Waksman, Gikas e Maciel (2005) ao referir que os pais saem de casa, para garantir o sustento financeiro e deixam as crianças mais jovens sob o cuidado do irmão mais velho, fato que eleva os riscos de ocorrência de acidentes.

As mães e cuidadoras demonstraram definições divergentes a respeito do que elas compreendiam sobre as injúrias não intencionais, pois em alguns momentos elas consideravam que as injúrias eram passíveis de prevenção e em outros momentos acreditavam que eram intercorrências do cotidiano. Conforme Vargas-PorraS; Villamizar-Carvajal; Ardila-Suárez (2016), a literatura não define um consenso a ser adotado, assim a definição das INI tem relação direta com o momento histórico, político e social em que o conceito está sendo construído.

Durante as discussões, as participantes compartilharam sobre os sentimentos de culpa, preocupação, medo, desespero e a responsabilidade diante da identificação dos riscos e após a ocorrência da injúria. Além disso, também relataram conhecer pessoas que tiveram prejuízos permanentes causados pela ocorrência de INI, como cicatrizes no corpo. Tais sentimentos também foram achados no estudo de Vieira et al., (2007), no qual os familiares expressaram

medo, culpa e arrependimento, protesto e resignação do destino e da vontade de Deus diante da injúria sofrida pela criança.

O medo materno pode ser explicado pelo fato das mães compreenderem a magnitude que as injúrias não intencionais podem representar na vida de seus filhos, exemplificado pela ocorrência de lesões graves, incapacitantes ou até mesmo o óbito (BEZERRA et al., 2016). Além disso, há o prejuízo econômico, pois, a ocorrência da injúria na infância não afeta apenas a criança, mas repercute em toda família e sociedade. Uma vez que a vítima pode sofrer sequela temporária ou permanente, em alguns casos mais graves, são necessários o atendimento ou internação hospitalar para o tratamento e recuperação das lesões (VIEIRA et al, 2007).

O impacto negativo das injúrias não intencionais afeta as crianças quanto à capacidade produtiva e também interfere nos aspectos econômicos, pois demandam maior assistência pelos pais nos casos de internações hospitalares ou lesões mais graves. Além do que resultam em prejuízo emocional e gastos aos serviços de saúde (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

Nos discursos, as mães e cuidadoras relataram como estratégia preventiva a presença de vigilância contínua em relação à criança. Conforme Bezerra et al., (2016), o ato de supervisão envolve a necessidade de observação contínua do cuidador perante o comportamento da criança, a fim de garantir sua segurança.

Foi possível identificar também a partir dos depoimentos das participantes, a implementação de ações preventivas associadas à adaptação de barreiras físicas que impediram o livre acesso da criança para os ambientes considerados de maior risco. Houve o relato de uma mãe que instalou uma “tábua” para impedir o acesso da criança à cozinha e ao banheiro, outra mãe referiu a substituição da cerâmica do banheiro por antiderrapante, a fim de minimizar os perigos de queda no ambiente doméstico. Portanto, são necessárias simples adaptações para tornar o ambiente mais seguro.

Conforme Morrongiello, Mcarthur, e Bell (2013) há três principais estratégias para o manejo do risco de injúrias não intencionais: a modificação do ambiente para reduzir o acesso ao perigo; a supervisão contínua por adulto responsável e a promoção do ensino sobre precauções de segurança no ambiente doméstico.

Apesar das barreiras físicas e da supervisão serem estratégias importantes para profilaxia do ambiente seguro, atribuir as causas das INI na infância apenas a esses aspectos demonstram uma visão simplista e superficial dos fatos, ignorando a complexidade do agravo que podem ter influências nos aspectos emocionais, ambientais e sociais (AMARAL, 2003).

De acordo com Morrongiello, Mcarthur e Bell (2014), as mães geralmente iniciavam as medidas de segurança a partir de um ano e oito meses de vida da criança, acreditando que a

educação preventiva manteria a criança em segurança apesar dos perigos. Assim, as mães acreditavam que há dois motivos para o comportamento ser considerado de maior risco para ocorrência de INI: a não compreensão da importância das precauções de segurança orientadas pelas mães ou a intenção em desobedecer ao adulto.

No estudo de Liu, Lin e Chang (2015) estratégia de ensino utilizando o ensino oral e ilustrações em crianças menores de sete anos, foram eficazes para melhorar o aprendizado e a memorização das crianças sobre a prevenção de queimaduras. Sabe-se que a educação é uma ferramenta para sensibilizar as pessoas a terem mudanças de atitudes (SANTAGATI, VEZZOSI e ANGELILLO, 2016).

As mães e cuidadoras referiram terem recebido orientações para prevenir as injúrias não intencionais através de fontes diversas: familiares, pessoas próximas e profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem. Entretanto, houve participantes que também relataram nunca terem sido informadas sobre a importância de tais ações preventivas. Tais achados não corroboram com o estudo de Santagati, Vezzosi e Angelillo (2016) realizado na Itália com 764 participantes, que concluiu que as principais fontes de informações sobre a prevenção de INI na infância foram transmitidas a partir dos profissionais médicos 40,3%, televisão / jornais 35,3%, internet 18,3% e parentes 17,3%.

Dessa forma, compreende-se a importância da prevenção das injúrias não intencionais no ambiente doméstico como responsabilidade compartilhada entre familiares e profissionais da saúde. É fundamental maior engajamento por parte da Atenção Primária à Saúde (APS) somada às ações do governo na construção de Políticas Públicas para orientar e sensibilizar os familiares e a população em geral, no sentido de considerar os fatores que contribuem para a ocorrência das injúrias. São necessárias ações intersetoriais para estimular a mudança de atitudes e a aquisição de hábitos saudáveis de todos os segmentos sociais para promover um ambiente seguro no âmbito intra e extradomiciliar (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

## 7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual estudo, foram compreendidos os saberes e as estratégias preventivas de mães e cuidadoras por meio dos cuidados para proteção da criança, a fim de, então, propor estratégias de prevenção para a ocorrência de injúrias não intencionais. Os conhecimentos das mães e cuidadoras estiveram atrelados aos saberes populares, culturais e provenientes de própria experiência e de fontes como a mídia. Entretanto, em menor proporção também foi percebido o compartilhamento de informações preventivas oriundas de profissionais de saúde responsáveis por assistir tal população.

As estratégias preventivas devem emergir da necessidade de educar a população com abordagem ampliada sobre as precauções de segurança e não apenas conscientizar a partir do cumprimento de regras de comportamentos seguros. É necessário o reconhecimento da importância em aderir às medidas de precauções de segurança na realidade de mães e cuidadoras com diferentes classes sociais.

As mães e cuidadoras reconheceram a limitada percepção de risco das crianças na primeiríssima infância e souberam identificar diferentes riscos de acordo com a faixa etária e a etapa de desenvolvimento infantil; entretanto, as participantes trouxeram definições, por vezes, contraditórias sobre o conceito das injúrias não intencionais. Ora compreendida por ser um evento evitável e ora oriundas da fatalidade. Esse fato pode ser explicado a partir dos diferentes tipos de injúrias e os variados graus de gravidade.

Foi percebido o incentivo da APS, com destaque para o enfermeiro e o agente comunitários de saúde em ações de compartilhamento de orientações para a comunidade direcionada à prevenção de INI na infância. No entanto, há necessidade de educação em saúde que incorpore essa problemática nas consultas de puericultura, ao considerar a prevenção das INI diretamente relacionada à promoção do crescimento e desenvolvimento saudável.

Sugerem-se, ainda, novos estudos que abordem a função paterna diante da prevenção de INI para que se tenha a compreensão ampliada sobre os saberes e as práticas preventivas direcionadas as injúrias não intencionais na infância. É necessária a criação de novas estratégias para a prevenção baseada na realidade da comunidade, efetivação de práticas educativas, qualificação de serviços destinados ao agravo e ações preventivas ligadas à educação e às políticas sociais, além de qualificar a prática clínica dos profissionais da área de saúde que trabalham com esta população.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, T. G. T.; VIANA, L. DA S.; CUNHA, C. L. F. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. **Journal of Management & Primary Health Care**. Jan, v. 3, n. 2, p. 80–83, 2013.
- AMARAL, E. M. S. et al. Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n. 4, p. 313–7, 2009.
- ARAÚJO, J.P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. nov-dez, v.67, n.6, p.1000-7, 2014.
- BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.21-122.
- BATISTA, L.T.O; RODRIGUES, F.A; VASCONCELOS, J.M.B. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. **Rev Rene**, Fortaleza, jan/mar; v.12, n.1, p.158-65, 2011.
- BEZERRA, M.A.R *et al*. Percepções de cuidadores de crianças menores de cinco anos sobre prevenção de acidentes domésticos. **Rev Min Enferm**. v.20, p. 1415-2762, 2016.
- BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. **Jornal de Pediatria**, p. 123–136, 2005.
- BOMFIM TRAD, L.A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**. vol.19,n.3,2009.
- BRASIL. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 18 de maio de 2001.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 1990 jul.13.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF, 2011, 1º seção, 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012, 1º seção, 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 1º ed., 2012, 271p.: il.– (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis e **Promoção da Saúde Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes**. 1ª edição, Brasília, DP, 2010.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Proposta elaborada pela rede primeira infância. Seção1, Brasília, DF, dez.2010. Acessado em 21/04/2016 [http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf].

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 de agosto de 2015.

CARLSSON, A. et al. Mothers' awareness towards child injuries and injury prevention at home: an intervention study. **BMC research notes**, v. 9, n. 1, p. 223, 2016.

CHERAGHI, P.; POOROLAJAL, J.; HAZAVEHI, S.M.M; REZAPUR-SHAHKOLAI, F. Effect of educating mothers on injury prevention among children aged <5 years using the Health Belief Model: a randomized controlled trial. **Public Health**. p.825-830,2014.

COELHO, M.M.F., MIRANDA, K.C.L. Educação para emancipação dos sujeitos: reflexões sobre a prática educativa de enfermeiros. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. mai/ago; v.5, n.2, p.1714-1721,2015.

DE MOURA, T. H. M. et al. Cuidados domiciliares para promoção da saúde da criança no Brasil : revisão integrativa. **Online Brazilian Journal Of Nursing**. Universidade Federal Fluminense.Rio de janeiro, 2015.

DEBUS, M. (Org.). Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales. Pennsylvania: University of Pennsylvania/ Applied Communications Technology, Needham Porter Novelli, 1988.

DEL PRIORI, M.(org) **História das crianças no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Cintexto, 2000.

DIAS, A.M.T. Hospitalização por acidentes com crianças e contexto familiar:proteção e responsabilidade na família contemporânea.[Dissertação de Mestrado em família na sociedade contemporânea]. Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2009.

DOS SANTOS, R. C. K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Childcare and children's healthcare: Historical factors and challenges. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 160–165, 2012.

DURO, C.L.M. Concepções de maternidade e de cuidado infantil de mães e profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), set, v.27, n.3,p.398-407, 2006.

ELDOSOKY, R. S. H. Home-related injuries among children: knowledge, attitudes and practice about first aid among rural mothers. **Eastern Mediterranean health journal**. La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale, v. 18, n. 10, p. 1021–7, 2012.

FARAH, A. C. F.; BACK, I. DE C.; PEREIRA, M. L. Análise das internações por causas externas não intencionais em menores de 15 anos em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Rev Bras Queimaduras**, v. 14, n. 4, p. 273–278, 2015.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015.

FIGUEIREDO, G. L. A.; DE MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil : aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, nov-dez, 2007.

FILÓCOMO, F.R.F.; HARADA, M. J.S; MANTOVANI, R. OHARA, C.V.S. Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em um hospital público. **Acta Paul Enferm.** v.30, n.3, p.287-94, 2017.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS,J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n., p.117-27, jan, 2008.

FREIRE, Paulo, **Pedagogia do Oprimido**. 54 .ed. rev. e atual. -Rio de Janeiro:Paz e Terra, 2013.

GARCIA, L.P, FREITAS, L. R.S, DUARTE, E.C Avaliação preliminar do impacto da Lei da Cadeirinha sobre os óbitos por acidentes de automóveis em menores de dez anos de idade, no Brasil: estudo de séries temporais no período de 2005 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.3, p.367-374, jul-set, 2012.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 508–513, 2012.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativo**. Artmed. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre, RS, p.8-198, 2009.

GOMES , R; SILVA, C. M.F. P. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.4,vol.1,p.171-181, 1999.

GOMES, D. Prevenção de acidentes na criança e no jovem. **Rev. Saúde infantil**, v.32, n.1, p.46-48, 2010.

GONÇALVES, M.E.P.; CARDOSO, S.R.; RODRIGUES, A.J. **Corpo estranho em via aérea**. Pulmão RJ. v.20, n.2, p.54-58,2011.

GONDIM, S.M.G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**. vol. 7,n.2,p.299-309, 2002.

JUNIOR RIBAS, R.C.; TYMCHUKB, A.J.; RIBAS, A.F.P. Brazilian mothers' knowledge about home dangers and safety precautions: An initial evaluation. **Social Science & Medicine**. v. 63, p. 1879–1888, 2006.

JÚNIOR, M.L.P.; TABOSA, E.M.C.; VIANA, M.C.C. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes vítima de afogamento no município de Fortaleza/CE. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, jan./abr. 2012.

KENDRICK D. ET AL. Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: Systematic review and meta-analysis. **Child: care, health and development**. Set, v.34, n.5, p.682-95, 2008.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte. v.10, n.15, p.124-136, jun, 2004.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In Barbour, R. S. & Kitzinger, J. **Developing focus group research**. London: SAGE Publications Ltd. p. 1-20, 1999.

LIU, H.; LIN, F.; CHANG, C. The effectiveness of using pictures in teaching young children about burn injury acidentes. **Applied Ergonomics**. v. 51, p. 60-68, 2015.

MACHADO, G.G.F.V (Org.) Relatório Institucional Criança Segura Conselho da Criança Segura Safe Kids Brasil 2015/2016. Disponível em: [<http://criancasegura.org.br/wp-content/uploads/2017/12/relatorio-institucional-crianca-segura-2015-2016.pdf>] acessado em 26/12/2017.

MACHADO, M. M. T. et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3125–3133, 2012.

MALTA, D. C. et al. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009. **Ciênc. saúde coletiva**, p. 2247–2258, 2012.

MALTA, D.C. et al. Lesões no trânsito e uso de equipamento de proteção na população brasileira, segundo estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.399-409, 2016.

MANFROI, E.C.; MACARINI, S.M. VIEIRA, M.L. Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**. v.21,n.1, p: 59-69, 2011.

MARQUES, A.K., LANDIM, F.L., COLLARES, P.M., MESQUITA, R.B. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.16, n.1,2011.

MARTINS, C. B. D. G.; DE MELLO-JORGE, M. H. P. Circumstances and factors associated with accidental deaths among children, adolescents and young adults in Cuiabá, Brazil. **São Paulo medical journal**. v. 131, n. 4, p. 228–37, 2013.

- MATOS, K.F.;MARTINS, C.B.G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.21, n.1,p.43-53, 2012.
- MATOS, K.F.;MARTINS, C.B.G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.21, n.1,p.43-53, 2012.
- MEDINA-GÓMEZ, O.S. Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados. **Enfermería Universitaria**.v.12, n.3, p.116-121, 2015.
- MORRONGIELLO, B.A.; MCARTHUR, B.A.; BELL, M. Managing children’s risk of injury in the home: Does parental teaching about home safety reduce young children’s hazard interactions? **Accident Analysis and Prevention**. v.71, p 94–200, 2014.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651–657, 2005.
- ORGANIZAÇÃO CRIANÇA SEGURA. Disponível em:[[criancasegura.org.br/page/dicas-de-prevecao](http://criancasegura.org.br/page/dicas-de-prevecao)] Acesso em: 14 mar. 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção de lesões causadas pelo trânsito. Manual de Treinamento. p. 1-113, 2011.
- PAES, C. E. N.; GASPAR, V. L. V. Unintentional injuries in the home environment: home safety. **Jornal de pediatria**, v. 81, n. 5, p.146–154, 2005.
- PANT, P.R., TOWNER, R., PILKINGTON, P., MATTHEW ELLIS, M.;
- MANANDHAR, D. Community perceptions of unintentional child injuries in Makwanpur district of Nepal: a qualitative study. **BMC Public Health**, v.14, n.476, 2014.
- PEDEN M. et al. World report on child injury prevention. Geneva: WHO; 2008.
- RAMOS, A.L.C.; NUNES, L.R.M. Criança em ambiente doméstico/ familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional. **Revista de Enfermagem**. Série IV, n.º 1 - Fev./Mar. 2014.
- RAMOS, C.L.J; BARROS, H.M.T, STEIN; A.T., COSTA, J.S.D. Risk factors contributing to childhood poisoning. **Jornal de Pediatria**. v.86, n.5, 2010.  
**Rev Min Enferm**. jan/mar; v.19, n.1, p.55-59, 2015. doi: 10.5935/1415-2762.20150005 015
- RIYADH K. L, RK; AL-SHATARI, S A, ABASS, S. Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City. **Qatar Medical Journal**, v.17, p.50-56, 2013.
- RODRIGUES, S. et al. Acidentes Domésticos Infantis : as ações do enfermeiro como ferramenta para prevenção. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife. v. 7, n. 12, p.6747-54, 2013. Disponível em

[<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12335>] Acesso em 21/03/2016.

RUNYAN, C. W. Introduction: Back to the future - Revisiting Haddon's conceptualization of injury epidemiology and prevention. **Epidemiologic Reviews**, v. 25, p. 60–64, 2003.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Amostragem na pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 401-412.

SANTAGATI, G.M.D.; VEZZOSI, G.S.L.; ANGELILLO, I.D.D. Unintentional Injuries in Children Up to Six Years of Age and Related Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviors in Italy. **The Journal of Pediatrics**. v.177, p. 267-72, 2016.

SANTOS, A.L. et al. Participação de avós no cuidado aos filhos de mães adolescentes.

SANTOS, B. Z. Injúrias não Intencionais na Infância: estudo piloto com mães que frequentam a clínica de bebês da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 10, n. 2, p. 157–161, 2010.

SANTOS, F *et al.* Traumatismo crânio encefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Min Enferm**. dez; v.17, n.4,p. 882-887,2013.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas Escolas. **Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS**. São Paulo: SMS, p. 129, 2007.

SARAT, M.; CAMPOS, M.; MACEDO, E.M. Infância, gênero, brinquedos e brincadeiras de meninos e meninas. **Horizontes – Revista de Educação**, Dourados, MS, v.4, n.7, janeiro a junho, 2016.

SEGUNDO, A. D; SAMPAIO, M.C. Perfil epidemiológico dos afogamentos em praias de Salvador, Bahia, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.1,p. 31-38, jan-mar, 2015.

SILVA, L.D. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, Mai/Ago, v.2, n.2, p.412-419, 2012.

SILVA, M.F, FONTINELE, D.R.S., OLIVEIRA, A.V.S., BEZERRA, M.A.R, ROCHA, S.S. Determining factors of domestic accidents in early childhood. **J Hum Growth Dev**. v.27, n.1, p.10-18. 2017. Disponível em: Acessado em : DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127643>

SILVA, S.F. MELO NETO, J.F. Saber popular e saber científico. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v.24, n. 2, p. 137-154, jul.-dez, 2015.

TAVARES, É. O. et al. Fatores associados à intoxicação infantil. **Esc. Anna Nery**, v.17, n. 1, p. 31–37, jan-mar, 2013.

VARGAS-PORRAS, C.; VILLAMIZAR-CARVAJAL, B. ARDILA-SUÁREZ, E.F. Factores asociados al riesgo de negligencia materna en el cuidado del hijo. **Enfermería Clínica**. v.26, n.4, p.220-226, 2016

VIEIRA, L. J. E.S. et al. Repercussões no contexto con texto familiar de injúrias não- não -inten inte n cionais em crianças. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v.29, n. 2, p. 151–158, 2007.

XAVIER-GOMES, L. M. et al. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. **Mundo da Saude**, São Paulo. v. 37, n. 4, p. 394–400, 2013.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Penso. Porto Alegre, RS, p.3-298, 2016.

YOUNESIAN, S. et al. Unintentional Home Injury Prevention in Preschool Children; a Study of Contributing Factors. **Emergency**, v.4, n. 2, p. 72, 2016.

ZANATTA, E. A.; DA MOTTA, M. D. G. C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 556 – 563, 2007.

**Apêndice A: Formulário para caracterização dos entrevistados**

**FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS**

Título da pesquisa: **“SABERES E ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DE MÃES E CUIDADORAS SOBRE A PREVENÇÃO DE INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA”**

Instituição de saúde: \_\_\_\_\_  
 Data e hora da entrevista: \_\_\_\_\_ Grupo focal: \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_ / \_\_ / \_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

01) Quantos membros da sua família moram com você?

1  2  3  4  5  mais de 5

02) Quadro Familiar:

<b>Membro da família</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Auxilia no cuidado a criança</b>

03) Qual a renda familiar mensal? \_\_\_\_\_

04) Você ou algum membro de sua família são beneficiários de Programas Sociais (Bolsa Família, Benefício de Assistência Social, etc.)?

Sim. Qual? \_\_\_\_\_ Valor R\$: \_\_\_\_\_  Não.

05) Você e sua família residem?  Imóvel próprio  Imóvel Alugado

06) Marque as características que melhor descrevem a sua casa .

Residência com acabamento.

Residência sem acabamento (sem reboco, pintura, piso, banheiros inacabados, etc.)

Possui:  Rede de Esgoto  Fossa  Banheiro  Chuveiro  Água  Luz

Cobertura:  Laje  Telha  Outros.

Piso:  Cimento  Taco  Cerâmica  Outros.

Número de Cômodos: \_\_\_\_\_

07) Qual seu grau de escolaridade? \_\_\_\_\_

08) Você trabalha atualmente? Sim  Onde? \_\_\_\_\_  Não 09)

Quantas horas semanais você trabalha? \_\_\_\_\_

(10) Quem cuida da (s) criança(s) durante o dia?

## Apêndice B: Roteiro a realização do Grupo Focal

### ROTEIRO DE REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

Título da pesquisa: “**SABERES E ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DE MÃES E CUIDADORAS SOBRE A PREVENÇÃO DE INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA**”.

#### 01. Guia do **moderador**:

- ✓ Ler o TCLE e Termo de autorização de imagem;
- ✓ Preenchimento do formulário dos dados sociodemográficos;
- ✓ Os objetivos do grupo focal
- ✓ Conhecer as estratégias preventivas adotadas pelas mães de crianças de 0 a 3 anos de idade;

#### **Explicar como funciona o grupo focal;**

Regras do GF: As necessidades de falar um de cada vez para que não prejudique a gravação do áudio e de vídeo,

- |  |   |
|--|---|
| -evitar discussões paralelas,                              | -Explicar que não há respostas certas ou erradas. |
| -dizer livremente o que pensa,                             | -Encorajar todos a expressarem suas opiniões.     |
| -evitar o domínio da discussão por parte de um integrante. |   |
| -A importância da opinião de todos;                        |   |

#### **Condução do GF**

**Na etapa I:** Durante a preparação para discussão, as participantes irão se apresentar para todo o grupo para favorecer a interação grupal.

- Dinâmica “quebra-gelo” (fósforo) (apresentação até apagar o fogo). (2min)

**Na etapa II:** É o momento do debate em grupo que irá aprofundar a discussão, através de perguntas direcionadas as mães:

#### **Questões Gerais**

**T1.** Você já vivenciou ou conhece alguém que vivenciou um acidente com uma criança?

#### **-Perguntas de manga:**

Como foi o acidente?

O que sentiu durante a ocorrência?

O que você pensa sobre isto?

O que passou na sua cabeça quando você passou por isto?

O que acha que pode ter contribuído para a ocorrência do acidente?

**T2.** Você acha que a idade da criança interfere na ocorrência de acidentes?

**T3.** E quanto ao sexo da criança, interfere? Menino ou menina?

**T4.** E quanto o grau de supervisão dos pais ou cuidadores? Maior ou menor grau de supervisão interfere na ocorrência do acidente?

**-Perguntas de manga:**

Qual a idade da criança que você acredita que tem maior risco de acidente?

Mães que tiveram poucos anos de estudo pode aumentar a chance da criança se acidentar ?

E Mães as solteiras?

**T5. O que vocês entendem sobre acidente na infância?**

**-Perguntas de manga:**

Vamos ouvir se alguém tem opinião similar ou diferente a sua?

Por favor, não compreendi sua opinião me explique melhor o que você está pensando?

Você está dizendo que...?

Você pode falar mais um pouco sobre...?

**Questões específicas da temática**

**T6.** Na sua casa, você consegue identificar os locais de maior risco de acidentes com seus filhos?

**-Perguntas de manga:**

Quais os cômodos de maior risco?

A cozinha e o banheiro são ambientes perigosos?

E os de menor risco? Por que você acha isso?

Quais riscos têm nesses cômodos?

Como você percebeu esses riscos?

**T7.** Você já ouviu falar sobre os cuidados preventivos ligados aos acidentes com crianças?

**T8.** Já recebeu alguma orientação para evitar acidentes com seus filhos?

**-Perguntas de manga:**

Quais foram essas orientações? Quem passou essas informações?

**T9.** O que você faz para prevenir os acidentes em casa?

**-Perguntas de manga:**

Quem lhe deu essas orientações?

Você viu essas orientações no rádio ou na TV?

Sua mãe?

Profissional de saúde?

**Na etapa III:** O encerramento do grupo será realizado pelo moderador através de uma síntese da discussão do grupo, além de esclarecer dúvidas e identificar os principais temas e consolidar os sentimentos do grupo.

## Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE- PPGSCA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS  
MÃES/CUIDADORAS DE CRIANÇAS de 0 a 3 ANOS DE IDADE**

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa **Saberes e estratégias preventivas de mães e cuidadoras sobre a prevenção de injúrias não intencionais na primeiríssima infância**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Isabella Cristina Oliveira Pacheco, Rua Francisco Tenório de Albuquerque, 16, Heliópolis, Garanhuns- PE, CEP: 55296-700; telefone: (87) 9 9957-0089; email: [isabella7pacheco@gmail.com](mailto:isabella7pacheco@gmail.com). Também participam desta pesquisa Gabriela Freire Vitorino, telefone para contato: (81) 9 99717-6429 e está sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus; telefone para contato: (81)9 9449-7508; e-mail: [wandenf@yahoo.com.br](mailto:wandenf@yahoo.com.br).

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe seja compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- Esta pesquisa tem como objetivo analisar os saberes e estratégias adotadas por mães de crianças de zero a três anos no que se refere à prevenção de injúrias não intencionais.
- Para a coleta dos dados será preenchido um instrumento de caracterização das mães composto por variáveis socioeconômicas e informações relacionadas à família, Além de um roteiro previamente estabelecido para guiar as discussões do grupo focal e será feito o registro em diário de campo.
- RISCOS diretos para o voluntário é a possibilidade de desconforto/constrangimento para as participantes durante o procedimento de coleta de dados. No entanto, o risco de constrangimento poderá ser minimizado através da condução do moderador de forma sensível e respeitosa durante a discussão do grupo focal.
- BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários advindos da pesquisa serão o apontamento de novas estratégias para a prevenção de injúrias não intencionais, efetivação de práticas educativas, qualificação de serviços destinados ao agravo e ações preventivas ligadas à educação e às políticas sociais.
- Os pesquisadores assumirão a responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados, apenas para estudo e publicação, ao resguardar os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem das pessoas envolvidas na pesquisa.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão através de gravações de áudio, fotos e filmagens, ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

---

Assinatura do pesquisador

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Saberes e estratégias preventivas de mães e cuidadoras sobre a prevenção de injúrias não intencionais na primeiríssima infância**, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.**  
(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores).



Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**Anexo B: Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE- PPGSCA**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS**

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade da cessão do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados neste Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos, AUTORIZO, os pesquisadores Isabella Cristina Oliveira Pacheco, Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus e Gabriela Freire de Almeida Vitorino, do projeto de pesquisa intitulado **Saberes e estratégias preventivas de mães e cuidadoras sobre a prevenção de injúrias não intencionais na primeiríssima infância**, a realizar a gravação de imagens e de áudio que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, autorizo a utilização destas imagens, áudio e/ou depoimentos para fins científicos, de estudos e divulgação da memória da FEB (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Nº 8.069/1990) dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei Nº 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004),

Recife, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável pela Entrevista

## ANEXO C – Carta de Anuência



PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Isabella Cristina Oliveira Pacheco**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa na Unidade de Saúde da Família Brasil, no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Injúrias não intencionais na primeiríssima infância: saberes e estratégias preventivas adotadas pelas mães"**, sendo orientada por **Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

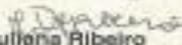
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 21 de outubro de 2016.

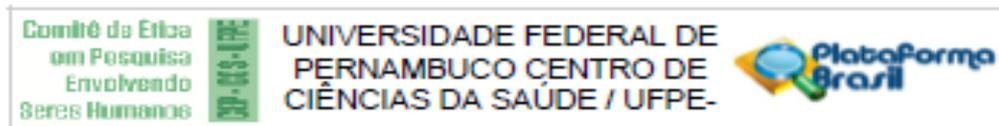
Atenciosamente,

  
**Juliana Ribeiro**  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

**Juliana Ribeiro**  
Divisão de Educação na Saúde  
DESA/SECRETARIA DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE RECIFE

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Estrela - CEP 52.021-000 - Recife - Pernambuco

## ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de pernambuco



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: SABERES E ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS ADOTADAS PELAS MÃES

**Pesquisador:** Isabella Cristina Oliveira Pacheco

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61847416.8.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.884.570

#### Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente - CCSUFPE

**Mestranda:** Isabella Cristina Oliveira Pacheco

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano Martins

**Co-orientadora:** Profa. Dra. Gabriela Cunha Schechtman

**Local do estudo:** USF em Recife

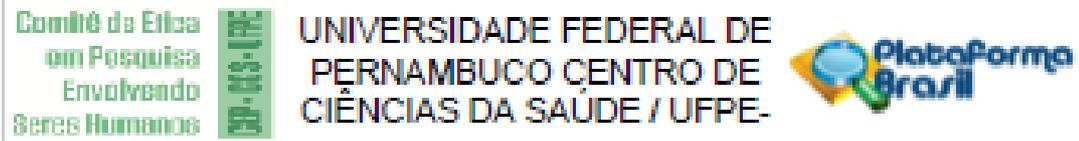
**Desenho metodológico:** estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa.

**Sujeitos:** 25 mães de crianças de 0 a 3 anos de idade. Para seleção dos participantes. A amostragem será não probabilística, o critério será de intencionalidade ("...para atender aos interesses relacionados às mães que se enquadrem nas características da população considerada relevante ao estudo e que permita atender aos objetivos da pesquisa").

**Coleta dos dados - Fevereiro a Abril de 2017.** "Será adotado um formulário para caracterização das mães/famílias/criança, proposto pela pesquisadora, contendo variáveis sociodemográficas e informações relacionadas à criança e à família...". Serão utilizadas a técnica de grupo focal (gravados em áudio e filmagem) e a dinâmica do mapa falante.

**Análise dos dados:** "Os dados relacionados ao instrumento de caracterização das mães irão conter

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.684.570

práticas educativas, qualificação de serviços destinados ao agravo e ações preventivas ligadas à educação e às políticas sociais”.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As pendências foram contempladas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto - Devidamente assinada

TCLE - Anexado

Carta de anuência - Anexada

Instrumentos a serem utilizados para a coleta de dados - Anexados

Curriculos - Anexados

Cronograma - De acordo

Orçamento - Responsabilidade da mestranda

Termo de confidencialidade - Anexado

**Recomendações:**

—

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

—

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está **APROVADO**, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a **APROVAÇÃO DEFINITIVA** do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br

Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Envolvendo  
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.664.570

Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_818630.pdf	15/12/2016 20:42:27		Acelto
Outros	cartaresposta.docx	15/12/2016 20:40:49	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	14/12/2016 20:38:09	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	cartaanuencia.pdf	14/12/2016 20:27:09	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEreformulado.docx	14/12/2016 20:17:51	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	usodeimagem.doc	10/11/2016 10:07:28	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	instrumento1.docx	10/11/2016 09:25:26	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	instrumento2.docx	10/11/2016 09:24:29	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	historico.pdf	10/11/2016 09:20:23	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Folha de Rosto	folha.docx	10/11/2016 09:19:34	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	Termo.pdf	07/11/2016 16:21:42	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	GabrielaSette.pdf	07/11/2016 16:20:29	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	GabrielaFreire.pdf	07/11/2016 16:13:25	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	WanderleyaCoriolano.pdf	07/11/2016 16:12:27	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Envolvendo  
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.664.570

Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CERPOCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_818630.pdf	15/12/2016 20:42:27		Acelto
Outros	cartaresposta.docx	15/12/2016 20:40:49	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	14/12/2016 20:38:09	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	cartaanuencia.pdf	14/12/2016 20:27:09	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEreformulado.docx	14/12/2016 20:17:51	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	usodeimagem.doc	10/11/2016 10:07:28	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	instrumento1.docx	10/11/2016 09:25:26	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	instrumento2.docx	10/11/2016 09:24:29	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	historico.pdf	10/11/2016 09:20:23	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Folha de Rosto	folha.docx	10/11/2016 09:19:34	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	Termo.pdf	07/11/2016 16:21:42	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	GabrielaSette.pdf	07/11/2016 16:20:29	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	GabrielaFreire.pdf	07/11/2016 16:13:25	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto
Outros	WanderleyaCoriolano.pdf	07/11/2016 16:12:27	Isabela Cristina Oliveira Pacheco	Acelto

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepocs@ufpe.br