

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

PERCEPÇÃO DE PAIS E PEDIATRAS
QUANTO À PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS NA INFÂNCIA

por

Érica Furtado de Moraes

Belo Horizonte
Fevereiro/2012

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

PERCEPÇÃO DE PAIS E PEDIATRAS
QUANTO À PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS NA INFÂNCIA

por

Érica Furtado de Moraes

Dissertação apresentada com vistas à
obtenção do Título de Mestre em Ciências
na área de concentração Saúde Coletiva

Orientação: Celina Maria Modena

Belo Horizonte
Fevereiro/2012

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

M827p Moraes, Érica Furtado.
2012

Percepção de pais e pediatras quanto à prevenção de queimaduras na infância / Érica Furtado Moraes. – Belo Horizonte, 2012.

XIV, 84 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 92 - 98

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Queimaduras/prevenção & controle 2. Saúde da Criança/utilização 3. Educação em Saúde/tendências I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação).

CDD – 22. ed. – 617.11

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

PERCEPÇÃO DE PAIS E PEDIATRAS
QUANTO À PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS NA INFÂNCIA

por

Érica Furtado de Moraes

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Celina Maria Modena (Presidente)

Profa. Dra. Regina Maria de Almeida Viana

Profa. Dra. Soraya Almeida Belisário

Suplente: Profa. Dra. Vírginia Torres Schall

Dissertação defendida e aprovada em: 28/02/2012

*“Já que se há de escrever, que pelo menos
não se esmaguem com palavras as entrelinhas.”*

Clarice Lispector

*“O trabalho em saúde nos ensina com grande rigor
que ação sem conhecimento é um esforço desperdiçado,
tal como o conhecimento sem ação é um recurso desperdiçado.”*

Lee Jong-wook
(ex-diretor geral da OMS)

Dedicatória

Às crianças, que sempre nos renovam a esperança e nos fazem acreditar no motivo da nossa própria luta; especialmente à Laurinha, com o desejo de que ela conheça um mundo melhor.

À minha mãe, todas as conquistas também são suas.

Agradecimentos

Ao meu e aos meus anjos da guarda, que estão sempre ao meu lado, mesmo quando eu não os percebo.

À Celina, pela paciência admirável e crença em mim e no meu trabalho.

À toda equipe do LAESA, que ampliou meu campo de visão e me fez caminhar mais um passo ao meu próprio encontro, especialmente à Aline e ao Alberto, sempre dispostos a ajudar; à Helena e Gisele, companheiras de jornada; à Suellen e Camilla, que me salvaram com as transcrições; e à Virgínia, que muito inspirou o percurso do trabalho e que, neste final, o enriquece com sua presença na banca.

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

À Nuzia, sempre tão prestativa e gentil, e ao Segemar, parceiros essenciais nesta empreitada.

À minha prima Caroline, que me levou ao encontro do CPqRR.

Ao Sérgio Guerra, que acendeu a primeira chama deste trabalho.

Aos colegas pediatras do HPSJXXIII, especialmente à Lumena, Divino, Tarcísio, Rosa, Décio e Dilce, que contribuíram imensamente para a pesquisa.

À Dra. Marta Alice e à Regina, que são meu exemplo mais próximo e motivador do que “eu quero ser quando crescer” e às queridas professoras e amigas do Grupo de Estudos de Atenção Primária em Pediatria (GEAPPED), Soraya, Laura, Cristina e especialmente à Lucinha e Cláudia; que possuem a virtude de acreditar nas pessoas e que acreditaram em mim, desde o primeiro momento, sem mesmo eu saber por quê.

Aos amigos de sempre e de agora, especialmente às amigas Vitória e Anna, que são de todos os tempos e das horas de risos e “desabafos”.

À Laurinha e aos colegas da SES, cujas experiências e aprendizado compartilhados estão presentes neste trabalho e com certeza, por toda minha vida.

Às mães entrevistadas, que padecendo com a enfermidade de seus filhos, disponibilizaram-se, conscientes, em colaborar com a pesquisa e posicionaram-se em prol da prevenção.

Sumário

Lista de Figuras e Quadros.....	X
Lista de Abreviaturas.....	XI
Resumo.....	XII
Abstract.....	XIII
Apresentação.....	XIV
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 Referencial teórico.....	19
2.1.1 Ciência do controle de injúrias.....	19
2.1.2 A pesquisa no controle de injúrias.....	23
2.1.3 Intervenções para a prevenção.....	24
2.1.4 Educação em saúde e na prevenção de injúrias.....	26
2.2 A questão das queimaduras na infância.....	28
2.3 O pediatra na questão da prevenção.....	38
3 OBJETIVOS.....	42
3.1 Objetivo geral.....	42
3.2 Objetivos específicos.....	42
4 METODOLOGIA.....	43
4.1 Referenciais teórico-metodológicos.....	43
4.1.1 Pesquisa qualitativa em saúde.....	43
4.1.2 Modelo de Crenças em Saúde.....	44
4.2 Cenário da pesquisa.....	46
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	47
4.4 Técnicas de coleta de dados	47
4.4.1 Entrevista semiestruturada.....	47
4.4.2 Grupo Focal.....	50
4.5 Tratamento e análise de dados.....	51
4.6 Considerações éticas.....	52
5 RESULTADOS.....	53
5.1 Análise das entrevistas: a percepção das mães.....	53
5.1.1 Suscetibilidade percebida.....	54
5.1.2 Gravidade percebida.....	56
5.1.3 Benefícios percebidos.....	57

5.1.4	Barreiras percebidas.....	59
5.1.5	Estímulos para a ação.....	61
5.1.6	Autoeficácia percebida.....	64
5.2	Análise do grupo focal: a percepção de pediatras	64
6	DISCUSSÃO.....	74
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
8	ANEXOS.....	86
8.1	Anexo 1: Roteiro para entrevistas.	86
8.2	Anexo 2: Roteiro para grupo focal.....	87
8.3	Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais.....	88
8.4	Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pediatras.....	90
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

Lista de Figuras e Quadros

Figura 1: Modelo conceitual de controle de injúrias.....	23
Quadro 1: Matriz de Haddon.....	20
Quadro 2: Amostra por critério de saturação teórica.....	49
Quadro 3: Matriz de Haddon, adaptada para as queimaduras na infância.....	79
Quadro 4: Dez medidas de Haddon para prevenção de queimaduras em crianças..	80

Lista de abreviaturas

AAP – “*American Academy of Pediatrics*”

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEMIG – Companhia Elétrica de Minas Gerais

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças edição nº10

CPqRR/ Fiocruz – Centro de Pesquisa René Rchou/ Fundação Oswaldo Cruz

CSC – Caderneta de Saúde da Criança

DPLP – Dicionário Priberam da Língua Portuguesa

E1, E2, ..., E12 – Entrevista 1, Entrevista 2, ..., Entrevista 12

FHEMIG – Fundação Hospitalar de Minas Gerais

HPSJXXIII – Hospital Pronto Socorro João XXIII

LAESA – Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente

MCS – Modelo de Crenças em Saúde

MG – Minas Gerais

NEP – Núcleo de Ensino e Pesquisa

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

P1, P2, ..., P6 – Pediatra 1, Pediatra 2, ..., Pediatra 6

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consetimento Livre e Esclarecido

TIPP – “*The Injury Prevention Program*”

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF – “*The United Nations Children's Fund*”

WHO (= OMS) – World Health Organization

Resumo

As queimaduras são responsáveis por grande sofrimento nas crianças acometidas e em seus familiares e por significativo impacto socioeconômico na sociedade. As hospitalizações prolongadas e a necessidade de longos períodos de reabilitação demandam grande montante de recursos públicos e particulares, além de serem responsáveis por perda de dias escolares, deformidades físicas e estresse psicológico. A prevenção de queimaduras demanda a criação de legislação específica, a adequação dos ambientes e a adoção de comportamentos seguros. As intervenções educativas mostram-se essenciais neste processo. Considerando-se a necessidade de pesquisas que revelem a realidade local e direcionem caminhos para a intervenção, foi objetivo deste estudo compreender a percepção dos pais e pediatras quanto à prevenção das queimaduras na infância. Trata-se de pesquisa qualitativa, que utilizou o Modelo de Crenças em Saúde como referencial teórico-metodológico. Foram realizadas entrevistas com mães de crianças queimadas internadas no Hospital Pronto Socorro João XXIII, centro de referência no tratamento de queimaduras do Estado de Minas Gerais / Brasil, e um grupo focal com a participação de pediatras do mesmo serviço. Através de análise de conteúdo dos discursos, foram construídas categorias e discutidos fatores facilitadores e barreiras para a prevenção das queimaduras na infância, na percepção de mães e pediatras. Houve convergência principalmente quanto à percepção das condições socioeconômicas como barreiras para a prevenção, o que ratificou que este é um grande desafio a ser transposto na questão. As medidas educativas mostraram-se necessárias na percepção dos sujeitos e foram apontadas estratégias para orientar futuras intervenções para a prevenção.

Abstract

Burns are responsible for a huge suffering in injured children and their relatives and significant socioeconomic impact on society. The need for prolonged hospital stays and long periods of rehabilitation demand large amount of public and private resources, as well as being responsible for lost school days, physical deformities and psychological stress. Prevention of burns requires the creation of specific legislation, environmental changes and adoption of safe behavior. Educational interventions are essential in this process. Considering the need for research that reveal the local reality and direct paths to interventions, this study aimed to understand the perception of parents and pediatricians regarding the prevention of burns in childhood. This is a qualitative research that used the Health Belief Model as a theoretical and methodological framework. We conducted interviews with mothers of burned children admitted to João XXIII Emergency Room Hospital, a reference center for treatment of burns of the state of Minas Gerais / Brazil, and a focus group composed by pediatricians of the same service. Through content analysis of speeches, categories were constructed and barriers and facilitating factors for the prevention of burns in childhood were discussed, as perceived by mothers and pediatricians. There was convergence of perceptions, mainly regarding socioeconomic conditions as barriers to prevention, which confirmed that this is a great challenge to be overcome. The need of educational measures is a perception of both. Some strategies to guide future interventions for prevention were discussed.

Apresentação

A autora deste trabalho é médica pediatra, especializada no atendimento de urgência e emergência em pediatria, pertencente ao quadro clínico do Hospital Pronto Socorro João XXIII (HPSJXXIII), onde é plantonista. Possui também gosto pelas questões da saúde coletiva, área em que já atuou como Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, na Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, o que lhe confere uma vivência e um olhar intersetorial.

Este trabalho surge do envolvimento da autora com as queimaduras em crianças e de sua inquietação diante da questão da prevenção desses agravos, considerando-se a necessidade de se aprofundar no assunto para pensar em soluções para seus entraves.

E foi no Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fiocruz, no Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente (LAESA), que se encontrou o meio mais propício para desenvolver este conhecimento e abrandar essas inquietações.

A pesquisa foi, então, pensada com o intuito de se obter mais fundamentos para discutir abordagens educativas para a prevenção dessas injúrias.

1 INTRODUÇÃO

Injúria é “um dano corporal produzido por trocas de energias com efeitos discerníveis e relativamente súbitos, que se pode apresentar como uma lesão física (quando houver exposição à energia em quantidades que excedam o limite de tolerância fisiológica) ou como um prejuízo de função (quando houver privação de um elemento vital, como o oxigênio)” (Blank, 2005). As injúrias podem ocorrer por eventos intencionais ou não intencionais, as violências e os “acidentes”.

“Acidente” é um evento causador de injúria não intencional, definido como “um evento ocorrido por acaso ou oriundo de causas desconhecidas” ou “um acontecimento desastroso por falta de cuidado, atenção ou ignorância” (NAEMT, 2007). A maior parte dos “acidentes” na infância se enquadra nesta segunda definição e pode ser prevenida.

Na comunidade científica internacional, essa terminologia é discutida e o termo “acidente” tende a ser visto como supostamente prejudicial nas ações de controle de injúrias. Portanto, opta-se pelo uso do termo “injúrias não intencionais” em trabalhos científicos.

Crianças¹ são suscetíveis a injúrias devido às suas habilidades físicas e cognitivas, ao seu grau de dependência e ao seu comportamento de risco, características que mudam com o seu desenvolvimento. Sua curiosidade e vontade nem sempre correspondem a sua capacidade de entender e lidar com os perigos. Mas elas também se tornam vulneráveis, pois vivem num mundo construído por e para adultos, em que elas tem pouco poder e controle. Os ambientes e produtos são geralmente desenhados sem que elas sejam consultadas ou ouvidas e sem levar em consideração a possibilidade de serem usados por elas.

Em 2008, em relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre a prevenção de injúrias em crianças, foi realizada uma ampla revisão sobre o tema e discutida cada uma das injúrias predominantes na infância, incluindo as queimaduras. Neste relatório, Peden et al. discutem as questões relativas à epidemiologia, aos fatores de

¹ Neste trabalho, considerou-se a definição do Estatuto da Criança e Adolescente, LEI 8.069/1990 deste país, que define criança como a pessoa de até 12 anos incompletos (Brasil, 1990), considerando-se que a epidemiologia das causas externas difere-se entre infância e adolescência. Alguns dados epidemiológicos retirados da literatura discordam dessa classificação, pois as fontes consultadas agrupam dados por diferentes faixas etárias.

risco, aos fatores de proteção, às intervenções e trazem recomendações a respeito da prevenção dessas injúrias.

Este relatório ratificou que, entre crianças, as causas externas são a maior causa de morbidade e mortalidade no mundo e as injúrias não intencionais são responsáveis por 90% dessas causas. Além das mortes, milhões de crianças necessitam de cuidados hospitalares e muitas convivem com sequelas por toda a vida, decorrentes desses agravos, que geram efeitos psicológicos, econômicos e sociais às mesmas e aos seus familiares. A maioria das injúrias pediátricas é de pequena gravidade, mas mesmo estas podem afetar o comportamento e o desenvolvimento físico e emocional das crianças. E o tratamento delas implica em grande gasto para a sociedade (Peden et al., 2008).

Os custos das hospitalizações, reabilitações e cuidados assistenciais decorrentes de injúrias não intencionais representam grande parte dos gastos com saúde pública em todos os países no mundo. E a morbimortalidade por injúrias é responsável por alterar as estatísticas dos anos de vida potencialmente perdida das sociedades. (NAEMT, 2007)

Por isso, além de todo dano e estresse causados às vítimas e suas famílias, as injúrias são responsáveis por grande impacto social e econômico, tornando-se grande problema de saúde pública mundial.

A epidemiologia mostra que 95% das mortes por injúrias não intencionais ocorrem nos países de baixa renda, e em todos os países, as injúrias ocorrem mais em famílias com condições socioeconômicas desfavorecidas. A iniquidade da epidemiologia das injúrias mostra que as medidas de prevenção não vêm sendo implementadas da mesma forma em países de baixa e alta renda. O conhecimento da significância das injúrias como problema de saúde pública em países de baixa renda destacou-se mais recentemente, pelo desenvolvimento de outras áreas da saúde infantil e melhora da vigilância e da coleta de dados. A urbanização progressiva, nestes países, acelera a exposição das crianças a fatores de risco. Apesar do acesso aos serviços de saúde ser melhor nas cidades, o crescimento desordenado supera os recursos para adequação destes ambientes, aumentando o risco de injúrias em crianças por todo o mundo. (Peden et al., 2008)

As principais injúrias não intencionais sofridas na infância são as quedas, sufocações, intoxicações e envenenamentos, afogamentos, traumas no trânsito e queimaduras, responsáveis por internações, morbidade e morte.

De acordo com os dados da OMS, de 2008, 10% das mortes por injúrias não intencionais são causadas por queimaduras.

Queimaduras são injúrias da pele ou outros tecidos orgânicos, causadas por contato com fontes de calor ou substâncias quentes, exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas e pressão extremas, exposição à fumaça, ao fogo e às chamas. (CID-10) As queimaduras se diferenciam e podem ser classificadas pelo mecanismo ou causa do trauma, pelo grau ou profundidade, pela extensão da superfície corpórea lesada e pela região do corpo acometida. As consequências das lesões por queimaduras dependem de outros fatores como idade, o tempo decorrido do evento até a assistência, do tipo de cuidado administrado, das complicações subsequentes.

A iniquidade das injúrias também se destaca nas estatísticas sobre queimaduras. A razão de mortes por queimaduras é onze vezes maior em países de baixa e média renda do que nos países de alta renda e 95% das mortes por queimaduras ocorrem naqueles países, seguindo os padrões das injúrias não intencionais. As queimaduras ocupam a terceira posição dentre as causas externas de mortalidade em menores de 14 anos no mundo, segundo dados da OMS (2008). No Brasil, é a segunda causa de internações dentre as causas externas, segundo dados do DATASUS (2008). Em números absolutos, considerando os menores de 14 anos, 307 morreram vítimas de queimaduras e ocorreram 15.007 internações só por esta causa, no Brasil, em 2008.

As queimaduras são responsáveis por grande impacto socioeconômico e psicológico na vida das crianças acometidas e seus familiares e acarretam também impactos na sociedade. As hospitalizações prolongadas e a necessidade de longos períodos de reabilitação demandam grande montante de recursos públicos e particulares, além de serem responsáveis por perda de dias escolares, com prejuízo na educação das crianças. As sequelas decorrentes de queimaduras afetam 49% das crianças acometidas e 8% delas apresentam sequelas físicas permanentes. Prejuízos e limitações funcionais, decorrentes de lesões por queimaduras, podem reduzir as chances de uma vida economicamente produtiva. As sequelas físicas, às vezes com desfiguração, podem acarretar em estigma social e restrição de participação na sociedade. Crianças que sofreram queimaduras frequentemente apresentam estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, pesadelos e perda de motivação. Essas consequências são vivenciadas tanto pelas crianças afetadas

quanto por familiares, principalmente suas mães, que precisam de suporte social e psicológico tanto quanto as crianças queimadas. (Peden et al., 2008)

A forma ideal de se tratar a queimadura é preveni-la, antes que possa ocorrer. Há evidências, pela experiência em países de alta renda, que pode haver redução da morbimortalidade por queimaduras através de intervenções preventivas planejadas, usando educação, mudanças da engenharia dos produtos, adequação da legislação de proteção e mudanças no ambiente. As ações de prevenção encontram barreiras similares às das medidas implementadas na assistência às queimaduras, mas com custo efetivo menor e com a característica de atingir um número maior de pessoas. (Peck et al., 2009)

Em 1966, em relatório que serviu de estímulo para o desenvolvimento dos serviços médicos de emergência, publicado pela NAS/NRC (National Academy of Sciences/ National Research Council), intitulado “Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society”, os autores escreveram: “A solução de longo prazo para o problema de trauma é a prevenção... A prevenção de acidentes envolve o treinamento em casa, na escola e no trabalho, reforçado por constantes apelos por segurança na mídia; cursos de primeiros-socorros e reuniões públicas, além de inspeções e fiscalizações por agências reguladoras.” (NAEMT, 2007)

A prevenção de queimaduras na infância, como também das outras causas externas de morbimortalidade, é um tema urgente, que carece de conhecimento, de pesquisa e de planejamento, por parte tanto dos profissionais diretamente envolvidos na assistência quanto dos acadêmicos, pesquisadores e políticos.

Torna-se, então, necessário compreender como pensam e agem os sujeitos envolvidos nesta questão, para se pensar em medidas preventivas e estratégias educativas realmente eficazes de prevenção.

Considerando-se a importância da prevenção na questão das queimaduras na infância; a necessidade de pesquisas que revelem a realidade local e direcionem caminhos para a intervenção; a significância das concepções dos sujeitos nas práticas educativas; e com o intuito de buscar medidas educativas eficazes para a prevenção de queimaduras na infância, é necessária a compreensão dessa questão sob a ótica desses dois atores fundamentais: pais e pediatras.

O desafio da prevenção encontra-se em elucidar quais são os entraves para o sucesso de sua implementação: a inexistência de medidas preventivas eficazes ou a sua incompreensão, não aceitação e não adoção por parte desses sujeitos, resultantes de medidas educativas ineficazes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Referencial teórico

Injúrias não intencionais são evitáveis, podem ser prevenidas e controladas. (Peden et al., 2008; Parbhoo et al., 2010; Smithson et al., 2011) E muitas teorias relacionadas a essa questão são trabalhadas e discutidas cientificamente. Algumas delas são trazidas para embasar este trabalho.

O termo “prevenir”, do latim *praevenio*, *-ire*, quer dizer vir adiante, preceder, ultrapassar, antecipar e também: 1. dispor de antemão, preparar; precaver, 2. avisar, informar, advertir, 3. tratar de evitar, acautelar-se contra; livrar-se de, 4. evitar; impedir (DPLP, 2010). Ações de prevenção da saúde definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Difere-se da promoção da saúde, cujas medidas não se dirigem a uma doença ou agravo, mas objetivam o bem-estar físico, mental e social, promovendo mudanças nas condições de vida e trabalho, que demandam uma abordagem intersetorial. (Czeresnia, 2003) Conceitua-se, originalmente, a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (Carta de Ottawa, 1986) Esses conceitos são fundamentais para a discussão das questões aqui colocadas.

2.1.1 Ciência do controle de injúrias

A ciência do controle de injúrias físicas consolidou-se, na segunda metade do século passado, e tem como seus três pilares fundamentais, a epidemiologia, a biomecânica e a ciência do comportamento humano. No processo de controle das injúrias, torna-se necessário o entendimento da etiologia do trauma, o estudo da tolerância humana ao dano físico, a fisiopatologia do trauma e da cicatrização e o conhecimento dos seus fatores socioculturais, para que possam ser pensados o redesenho dos ambientes, a criação de produtos de segurança e o planejamento dos programas preventivos. (Blank, 2002, 2005)

O controle de injúrias se norteia na tentativa de diminuir as consequências do trauma por meio da prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária constitui-se de ações que objetivam diminuir a incidência das injúrias, evitando a

ocorrência dos agravos. A prevenção secundária constitui-se das ações que podem minimizar as lesões e a gravidade das injúrias. Neste caso, contamos com a utilização de produtos de segurança e de primeiro-socorro efetivo. A prevenção terciária constitui-se das ações realizadas para diminuir as consequências do trauma uma vez ocorrida a injúria: assistência e técnicas adequadas de reabilitação. (Peden et al., 2008)

Nos conceitos de Haddon, entende-se o agravo como um evento causado por transferência de energia e determinado pela interação entre um agente, um indivíduo e o ambiente. (Haddon, 1995) Com base neste conceito, com o propósito de entender como ocorrem as injúrias e desenvolver estratégias de intervenção, Haddon desenvolveu a “Matriz de Haddon” (Quadro 1), um modelo esquemático usado ainda hoje, que considera os três componentes citados e as fases de influência das intervenções, correspondentes à prevenção primária, secundária e terciária. Esse esquema nos permite identificar fatores etiológicos e potenciais estratégias preventivas, servindo de guia para pesquisas epidemiológicas e para o desenvolvimento de programas de intervenção. (Runyan, 2003; Peden et al., 2008)

Quadro 1: Matriz de Haddon

	Indivíduo	Agente/ Veículo	Ambiente	
			Físico	Social
Pré-evento				
Durante evento				
Pós-evento				

Fonte: adaptada de Runyan, 2003

Haddon também desenvolveu uma lista de dez medidas de prevenção de injúrias (representada no Quadro 4, na discussão deste trabalho) que, baseada nos resultados da matriz, considera meios de prevenir e controlar a transferência de energia responsável pelas injúrias. Os modelos de Haddon estabelecem medidas em vários estágios da prevenção, destacando a importância da atuação de vários segmentos da sociedade para a prevenção de injúrias e nos alerta sobre a urgência de se entender as injúrias com princípios científicos em lugar das crenças que remetem os “acidentes” ao acaso. (Haddon, 1995; Runyan, 2003; Peden et al., 2008)

Bronfenbrenner, em sua “Teoria dos Sistemas Ecológicos do Desenvolvimento Humano”, discute que o desenvolvimento infantil ocorre conforme a criança interage

ativamente com o ambiente físico e social, assim como ela o compreende e o interpreta. Essa interação, que desencadeia “processos proximais”, para o autor, é recíproca, bidirecional e envolve o organismo biopsicológico, as pessoas, objetos e símbolos, em seu ambiente e em períodos do tempo. Nesta teoria, o ambiente ecológico é formado por estruturas que interagem mutuamente entre si e afetam o desenvolvimento da pessoa. O autor sugere que as investigações relativas aos sujeitos devem compreender quatro aspectos multidirecionais e inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo. (Martins e Szymanski, 2004)

Runyan (2003) e Blank (2005) classificam os fatores da estrutura socioambiental do modelo de Bronfenbrenner que interferem na ocorrência de injúrias físicas, como fatores intrapessoais, interpessoais, institucionais e culturais.

Entre os fatores intrapessoais, a idade, que diferencia o estágio de desenvolvimento das crianças, é um dos principais fatores intrapessoais, que modifica a probabilidade de ocorrência e o tipo de injúrias não intencionais. O gênero também interfere nos padrões de injúrias e meninos têm maior probabilidade de sofrer injúrias que meninas e esta diferença aumenta com a idade, com o desenvolvimento e com a modificação dos padrões de comportamento. (Peden et al., 2008; Blank 2005)

Os fatores interpessoais são aqueles provenientes da interação entre pessoas, inserem-se principalmente dentro da família que protege a criança, mas ao mesmo tempo, pode expô-la a uma série de riscos.

Em revisão realizada por Blank (2005), foram apontadas algumas variáveis familiares que se associam com risco aumentado de injúrias na infância, como a superpopulação no domicílio, a inadequada interação entre os pais e filhos, pais mais jovens, pais desempregados, estrutura domiciliar precária. Por outro lado, há evidências de que a percepção dos cuidadores em relação aos riscos do ambiente tem relação com a diminuição de eventos traumáticos e em certos contextos ambientais, a percepção de risco leva à atenção redobrada e a uma proteção efetiva. Demonstrou-se que há correlação entre certos hábitos de segurança no lar, com a diminuição de hospitalizações por injúrias. Alguns estudos demonstraram que adultos tendem a apresentar um comportamento incongruente com seu grau de educação e conhecimento específico sobre normas de segurança infantil, permitindo ou estimulando a criança a assumir responsabilidades para as quais ela não está suficientemente madura.

Fatores institucionais são as instâncias em que os indivíduos interagem com a comunidade e o entorno ou o microambiente em que vivem. Pobreza, baixo nível educacional e ambiente social caracterizado por privação material são os principais fatores relacionados com o risco aumentado de injúrias, no nível da vizinhança e bairro. Tratando-se de crianças, outro exemplo é a escola. A revisão de Blank (2005) mostrou que há poucos relatos de diferenças entre o risco de injúrias entre crianças cuidadas pelas mães ou em creches.

Fatores socioeconômicos interpessoais ou microambientais se destacam na associação com o risco de injúrias e muitos já foram identificados, como a renda familiar, o grau de educação materna, a estrutura familiar, incluindo o número de pessoas e crianças que moram na casa, idade e estado civil das mães e fatores relativos à estrutura física do microambiente em que vivem. (Peden et al., 2008) Entre os fatores culturais, incluem-se padrões de comportamento, valores e normas sociais, as políticas governamentais e a legislação.

A teoria socioecológica de Bronfenbrenner inclui uma dimensão histórica, que considera as mudanças constantes nas relações entre essas variáveis. (Runyan, 2003)

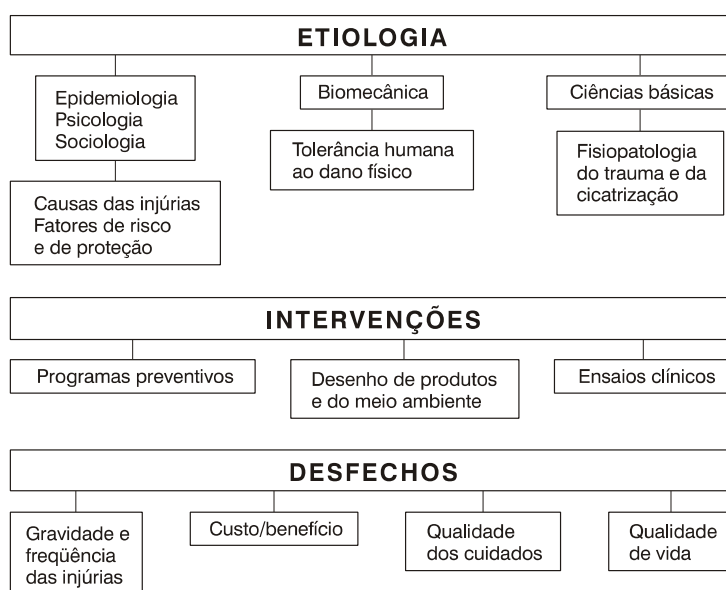
Baseado nestes fatores relacionados às injúrias, num âmbito microambiental, Flavin et al. (2006) identificaram quatro prioridades na prevenção de injúrias não intencionais em crianças, levando-se em consideração os números e as causas das injúrias em pacientes acompanhados em serviço de urgência. São eles: 1) otimização da supervisão; 2) limitação do acesso aos perigos; 3) proteção de alturas; 4) antecipação dos riscos. A supervisão é a medida de prevenção mais estudada e discutida no meio científico. Segundo o autor, três dimensões críticas são identificadas como fundamentais: atenção à criança e ao ambiente, a proximidade física e afetiva e a continuidade dessa supervisão. Em revisão da literatura sobre o papel da supervisão na prevenção de injúrias em crianças, Saluja et al. (2004) observaram que esses fatores devem ser considerados para avaliar a adequação desse cuidado, já que grande parte das injúrias em crianças ocorre com a presença de cuidadores. As dimensões da supervisão devem ser adequadas à presença de perigos no ambiente e ao contexto da criança, seu estágio de desenvolvimento e sua suscetibilidade aos diversos tipos de injúria. Meninos necessitam de maior continuidade, enquanto crianças menores, por não serem capazes de decorar todas as regras de segurança a serem seguidas, devem ter uma supervisão mais próxima.

Problemas financeiros e condições de vida precárias são relacionadas à maior preocupação de adultos e conseqüente diminuição na supervisão das crianças. (Peden et al., 2008)

2.1.2 A pesquisa no controle de injúrias

Rivara (2002) sugere um modelo para orientar a pesquisa de controle de injúrias, conforme Figura 1.

Figura 1: Modelo conceitual de controle de injúrias



Fonte: adaptado de Rivara (2002) e Blank (2005)

Este modelo define as linhas de pesquisa desenvolvidas no controle de injúrias. As informações das pesquisas sobre etiologia, em suas três áreas, devem ser usadas para guiar intervenções baseadas em evidências. O objetivo dessas intervenções é obter resultados impactantes na diminuição da frequência, mortalidade e gravidade das injúrias e na qualidade de vida após a ocorrência destas. O autor destaca que as intervenções devem ser avaliadas quanto ao custo/benefício, comparando-se estratégias e sugere que é preciso ir além de estudos descritivos e epidemiológicos, quando pesquisa-se a etiologia para guiar intervenções, considerando as crianças como indivíduos, suas famílias, o ambiente e a cultura da comunidade em que vivem. O autor também coloca que uma das prioridades no controle de injúrias, que necessita de mais investigação, é determinar o meio de fazer as pessoas utilizarem estratégias de prevenção e prevenirem

comportamentos de risco. E baseando-se nas pesquisas etiológicas, as intervenções devem ser conduzidas e avaliadas com estudos randomizados e rigorosamente controlados. Quanto ao controle de injúrias, Rivara atenta ainda para a necessidade de pesquisas interdisciplinares, onde cada disciplina contribui para inovações conjuntas. Há um número considerável de pesquisas e revisões sobre a prevenção e controle de injúrias na infância, mas as evidências não fornecem uma receita de sucesso, imperativa para a ação. Os achados das pesquisas precisam ser traduzidos para a prática, adaptando-se ao contexto a às características locais. A iniquidade da saúde equipara-se à iniquidade da produção científica no mundo pois, como resume Guimarães (2010), “*a saúde habita, preferencialmente, o mesmo espaço que a ciência!*”.

2.1.3 Intervenções para a prevenção

Intervenções para a prevenção de injúrias não intencionais têm sido tradicionalmente pensadas e implementadas com base na teoria dos “três Es”: “Educação” (“*Education*”), “*Enforcement*”² e “Engenharia” (“*Engeneer*”). (Bawa, 2007)

Essa teoria sugere que estratégias efetivas de prevenção combinam ações relacionadas a estas três categorias. “Engenharia” consiste na criação e modificação dos equipamentos, o redesenho dos ambientes, dos produtos e ferramentas de segurança para a prevenção de injúrias. “*Enforcement*” envolve a legislação e a aplicação das regulamentações que afetam produtos, ambientes e comportamentos. “Educação” enfoca a prevenção de injúrias através da mudança de comportamento. (Bawa, 2007)

As intervenções relativas à “Engenharia” e à “*Enforcement*”, ou seja, relacionadas aos agentes, aos ambientes e à legislação são medidas passivas de prevenção. As intervenções passivas são bastante eficazes, mas encontram barreiras como a desinformação dos atores políticos da saúde pública, a inércia dos legisladores, os “lobbies” econômicos e comerciais. As intervenções relativas à “Educação” são consideradas medidas ativas de prevenção, ou seja, demandam esforço por parte dos indivíduos, objetivando a sua mudança de comportamento. (Latarjet, 1999)

² Optou-se pela manutenção do termo em inglês, por não haver tradução condizente com o significado de “*enforcement*”.

Para diminuir a iniquidade da saúde entre grupos com diferenças socioeconômicas, têm sido sugeridas quatro abordagens principais: fortalecimento individual, que inclui as crianças e seus cuidadores; o fortalecimento das comunidades, com ações para implantação de medidas para a segurança, adotadas também em organizações; a melhora no acesso aos serviços de saúde e o incentivo às mudanças macroeconômicas e culturais. (Peden et al., 2008)

O conceito de “*empowerment*”, aqui traduzido como empoderamento, é dimensão fundamental, em nível individual e coletivo, para essas abordagens e intervenções que buscam o envolvimento das pessoas da comunidade com maior participação e autonomia em relação às questões que afetam sua saúde. Trata-se de um conceito multifacetado, de diversas definições, que também é contemplado no conceito de promoção da saúde já citado e que tem como principal desafio a sua operacionalização. (Becker et al., 2004)

Mendes (2011) aponta que há evidências de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo de condições crônicas de doença, mas também no que diz respeito aos comportamentos voltados para a prevenção na saúde. No processo de prevenção das injúrias, o apoio essencial da família, dos amigos, das organizações comunitárias e, muito especialmente, da equipe multiprofissional de saúde, indica que a responsabilidade não é exclusiva dos pais ou cuidadores, e este processo baseia-se, então, no autocuidado apoiado.

As metodologias participativas mostram-se de grande importância para as intervenções que envolvem as comunidades, contemplando tanto a capacitação individual e coletiva quanto a formação de consensos e a tomada de decisões. Becker et al. (2004) destacam a formulação de planos locais de ação que favoreçam o envolvimento dos sujeitos como proponentes e protagonistas da ação, como aspecto metodológico importante nas intervenções comunitárias.

Visitas domiciliares em famílias e locais de alto risco para injúrias têm sido usadas em diversos programas de prevenção de injúrias, para aprimorar os ambientes, para prevenir problemas de comportamento das crianças e para implantar e explicar o uso de equipamentos de segurança. Os programas de visitas domiciliares têm sido avaliados positivamente e associados com a melhoria da qualidade dos ambientes e com a redução de injúrias não intencionais. Intervenções que parecem ser mais efetivas são aquelas que combinam estratégias, como legislação, mudanças ambientais e educação. (Peden et al., 2008)

Vários princípios da prevenção de injúrias podem ser repassados, mas as intervenções devem ser adaptadas aos ambientes físico e sociocultural da localidade. Intervenções realizadas em países de alta renda provavelmente não podem ser transferidas para outros contextos em países de baixa ou média renda. A importância de se repassar o conhecimento de maneira sensível ao contexto específico da comunidade e localidade objetivada tem sido reiteradamente destacada. Mas, como destaca Guimarães, “*a capacidade de gerar conhecimento implica a possibilidade de usá-lo. Ou o uso do conhecimento demanda conhecimento*”. (Guimarães, 2010)

Mendes (2011) aponta, como novas tendências para as reformas do setor saúde, a busca da equidade, a integração dos sistemas de atenção à saúde, a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS), a introdução da avaliação tecnológica em saúde e da medicina baseada em evidência e o empoderamento dos cidadãos.

2.1.4 Educação em saúde e na prevenção de injúrias

Considerando os conceitos de Green e Kreuter, Candeias (1997) entende a educação em saúde como as experiências de aprendizagem e as intervenções educativas programadas que permitem a compreensão, aceitação e adoção de medidas comportamentais por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

Durante encontro da Cúpula Ministerial sobre Pesquisas em Saúde, no México, em 2004, o então diretor geral da OMS, Lee Jong-wook, declarou “*Existe uma lacuna entre os avanços científicos de hoje e sua aplicação: entre o que nós sabemos e o que está realmente sendo feito.*” (WHO, 2006)

Esta lacuna existe não só nas questões de saúde pública globais, mas também em outros níveis, inclusive institucionais e individuais. Este é o conceito do termo “*know-do gap*”, que fomentou as recentes discussões sobre estratégias para a “*translação do conhecimento*”³ (“*Knowledge translation*”), desenvolvidas com o intuito de transpor essa lacuna entre conhecimento e ação, utilizando-se o poder das

³ Opta-se pela tradução de “*Knowledge translation*” para “*translação do conhecimento*” pois, segundo Guimarães (2010), enfatiza-se a continuidade de um deslocamento e as transformações que ocorrem no seu curso.

evidências científicas e das lideranças para informar e transformar políticas e práticas. (WHO, 2006)

Segundo Guimarães (2010), no campo das políticas de saúde, a translação do conhecimento:

implica o necessário movimento de fazer chegar à prática aquilo que já se conhece pelos resultados da pesquisa. Ou seja, um processo que possibilite a aplicação do conhecimento para a melhoria da saúde, proporcionando serviços e produtos de saúde mais efetivos, e fortaleça o sistema de saúde como um todo. A translação seria a ponte, o não-lugar, a peça que falta no quebra-cabeça do 'know-do gap'.

A educação em saúde preocupa-se em diminuir essas lacunas entre o saber e o fazer, orientando a construção do conhecimento e o desenvolvimento de práticas relativas à saúde. A elaboração da estratégia de uma ação educativa depende de vários fatores, incluindo as concepções sobre saúde e educação dos sujeitos envolvidos, tanto dos proponentes quanto do público a ser atendido (Rocha et al., 2010). Schall e Struchiner (1999) colocam que *“a educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo.”*

A educação em saúde é educação e, enquanto processo dialógico, formativo e transformativo, supõe uma transmissão e uma aquisição de conhecimentos e um desenvolvimento de competências, hábitos e valores, sendo, portanto, não apenas uma reprodução do saber e da cultura, mas também uma produção de novos saberes e de novas expressões culturais. (Gazzinelli et al., 2006)

A educação em saúde vem historicamente apresentando mudanças conceituais significativas, destacando-se o processo educacional fundamentado na interação de conhecimentos e experiências sobre saúde e doença. E como campo de conhecimento e de prática do setor saúde, tem se ocupado em promover a saúde e em atuar na sua prevenção, integrando os vários saberes: científico, popular e do senso comum. A educação em saúde permeia todos os níveis da assistência à saúde, mas é na atenção primária que vem encontrando pleno espaço para o seu desenvolvimento (Reis, 2006). Mas Villa (2006) atenta para que a prática educativa

em saúde pode ser exercida em qualquer espaço social, não se restringindo às ações no âmbito da atenção primária, mas abrangendo os três campos de atenção.

A escola também é lugar primordial de propagação da educação em saúde. Schall (1994) e Rocha et al. (2010) destacam a importância da educação participativa, na qual o contexto social e o conhecimento popular são considerados na construção e planejamento de ações educativas; e da necessidade de se estreitarem relações entre a educação formal e não formal, de modo articulado, para fortalecer o aprendizado significativo decorrente da experiência.

Os princípios de Freire (2002) permeiam a educação em saúde, realçando a necessidade de se educar respeitando a autonomia e os saberes dos educandos, “empoderando” os sujeitos; e de se ensinar não transferindo conhecimento, mas criando as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção, sustentando que “a educação é uma forma de intervenção no mundo”.

Quanto aos materiais educativos, direcionados às próprias crianças, a familiares e à população em geral, salienta-se a importância do lúdico, das imagens, dos chamados e da participação da população ou do público ao qual o material é dirigido em sua construção e confecção, pois devem ser atrativos, objetivos, compreensíveis e acessíveis a todas as camadas da sociedade, independente do grau de escolaridade. (Gimeniz-Paschoal et al., 2007)

A educação para a prevenção de injúrias tem sido debatida no meio científico e vem sendo destacada como suporte importante de outras estratégias como legislação, a promoção de dispositivos de segurança e as visitas domiciliares programadas. As iniciativas e programas educativos devem ser dirigidas não só às crianças e seus cuidadores, como também aos profissionais da saúde, aos políticos, à mídia e à comunidade empresarial. A televisão pode e deve ser explorada como meio de educar, introduzindo mensagens de segurança e exemplos de ações preventivas em programas e novelas de alcance popular. (Peden et al., 2008)

2.2 A questão das queimaduras na infância

A epidemiologia das injúrias e queimaduras acidentais ocorridas na infância já foi bem analisada e discutida em diversas pesquisas publicadas no mundo inteiro. Mas diversas fontes apontam para a necessidade de se considerar o contexto geográfico, cultural e socioeconômico no planejamento de estratégias para a prevenção de injúrias em uma localidade. (Peden et al.2008)

No relatório da OMS (2008), os fatores de risco para queimaduras na infância, encontrados em diversas pesquisas, relacionam-se com os agentes, o indivíduo, no caso, a criança e o ambiente. Entre os fatores relacionados com a criança estão a idade, o gênero e a presença de vulnerabilidades. Em menores de 1 ano, as queimaduras mais comuns são aquelas que ocorrem durante o banho ou aquelas causadas pela curiosidade de tocar em objetos. Escaldaduras, queimaduras que ocorrem tipicamente quando crianças puxam utensílios que contém líquidos quentes, são o tipo de queimaduras mais frequentes em crianças menores de seis anos, característica que independe da condição geográfica e econômica dos grupos. À medida que vão crescendo, as crianças começam a se interessar mais pelo mundo fora de casa e as queimaduras são particularmente causadas pela curiosidade sobre fogo, com o manuseio de fósforos e isqueiros, principalmente por meninos. Em alguns casos, irmãos mais novos são atingidos ao observarem experiências de irmãos mais velhos.

Quanto ao gênero, apesar das queimaduras em geral acometerem mais mulheres, alguns tipos de queimaduras acometem mais meninos, talvez pelo sua natureza exploradora ou por adotarem mais comportamentos de risco. Outras características tornam as crianças mais vulneráveis, como deficiências físicas ou cognitivas, doenças como epilepsia e crianças que dormem nas ruas.

Quanto aos agentes relacionados às queimaduras na infância, os mais encontrados são equipamentos inseguros como os usados para cozinhar, que estão ao alcance das crianças. O acesso fácil a utensílios de cozinha com líquidos quentes oferece risco adicional às crianças. Tomadas e conexões elétricas inseguras aumentam o risco de queimaduras elétricas. Substâncias inflamáveis como álcool, obviamente causam queimaduras e a recomendação de todas as instituições aqui citadas é de não tê-las em casa. Fogos de artifício são responsáveis por queimaduras principalmente entre homens menores de 18 anos.

Quanto ao ambiente físico, todas as estatísticas sobre queimaduras em crianças mostram o predomínio da ocorrência dessas injúrias dentro de casa e principalmente na cozinha, o que sugere que os equipamentos e a estrutura da cozinha representam um risco significativo para crianças. Dois períodos do dia foram associados com maior risco de queimaduras: o final da manhã, quando o almoço está sendo preparado e o início da noite, quando a refeição final do dia está sendo preparada. Essas são algumas características comuns em diversos países,

independente das condições socioeconômicas ou geográficas. (Peden et al., 2008; Delgado et al., 2002)

Mas alguns fatores de risco para queimaduras diferenciam-se regionalmente. Em países de clima muito frio, alguns dos principais fatores de risco para as queimaduras são o uso de água quente nas torneiras e de aquecedores. E em países de alta renda, essas causas já foram bem controladas com o uso de regulação da temperatura de aquecedores e torneiras. (Mock et al., 2008) Esses fatores de risco e suas medidas de prevenção não se aplicam à nossa situação e de muitos países de baixa e média renda, cuja condição socioeconômica e infraestrutura dos domicílios não condizem com esta realidade.

Quanto ao ambiente social, diversos fatores foram evidenciados como de risco para queimaduras na infância, em estudos conduzidos em diversas partes do mundo. São eles o baixo nível de educação e alfabetismo nas famílias, a superpopulação nos domicílios, a supervisão ineficaz das crianças, a história de queimaduras em irmãos, a ausência de leis e regulamentações relacionadas à segurança de produtos e dos ambientes. Vários fatores de proteção foram encontrados para reduzir o risco de queimaduras na infância, como maior nível de escolaridade materna, conhecimento dos riscos para queimaduras e sobre serviços de assistência, casa própria, domicílio com cômodos separados da cozinha, serviço de primeiros socorros adequado, a existência de serviços de saúde de boa qualidade. (Peden et al., 2008)

No Brasil, em pesquisa publicada pela ONG Criança Segura, integrante da Safe Kids Worldwide, em 2008, os dados apontaram a preocupação maior das mães quanto ao risco de injúrias com os filhos fora de casa. Mas, ao mesmo tempo, a pesquisa apontou as injúrias não intencionais que ocorrem dentro de casa como aquelas que foram mais vivenciadas e que essas mães mais conhecem. A maioria dos “acidentes” vivenciados ocorreu com as crianças acompanhadas, na presença da mãe. As mães foram citadas como a pessoa que durante maior tempo toma conta do filho. A pesquisa também mostrou que as queimaduras foram as injúrias mais citadas como as que mais acontecem e que mais podem ser evitadas e são as mais prevenidas dentro de casa, segundo as mães entrevistadas.

Em estudo epidemiológico realizado no HPSJXXIII, em 1999, analisando o perfil dos agravos e dos pacientes atendidos com queimaduras, entre crianças e adolescentes, 74% dos agravos ocorreram dentro de casa, sendo 59% na cozinha. Houve predomínio do gênero masculino entre os pacientes atendidos. A faixa etária

predominante foram os pré-escolares, de 2 a 6 anos. Quanto às queimaduras, 60% foram causadas por escaldadura e 29% por chamas. Destas, os agentes mais envolvidos foram combustíveis e substâncias inflamáveis. Outros agentes foram eletricidade, sólidos quentes e produtos químicos, responsáveis por 11% das queimaduras. A distribuição da frequência dos agentes nas diferentes idades mostrou predomínio da escaldadura em pacientes mais novos (lactentes e pré-escolares) e crescimento de frequência das chamas correspondente ao aumento da faixa etária. A eletricidade, menos frequente, foi responsável por lesões mais graves.

Em 64% dos casos, a família fez uso de pomadas e produtos caseiros no local da lesão, o que demonstrou ser um fator cultural de importância para a ocorrência de infecções, observada em 54% destes casos. Apenas 6% dos pacientes tiveram a área lesada irrigada com água. Quanto aos fatores socioeconômicos, em 52% dos casos a moradia não era própria, em 65% a moradia tinha de 1 a 4 cômodos e em 88% a renda familiar *per capita* era menor que um salário mínimo. (Costa et al., 1999)

Nesta mesma instituição, nove anos depois, foi realizado um estudo quantitativo que corroborou os dados apresentados acima. Houve predomínio do gênero masculino (56,8%), de lactentes e pré-escolares atendidos (70%), prevalência de escaldaduras entre as causas de queimadura (61,9%), seguidas das chamas (24,6%), com 14,4% destes causados por álcool líquido. Quanto ao local do evento, 60,7% das queimaduras ocorreram na cozinha e 79% dentro do domicílio. Quanto à sazonalidade, não foi notada diferença da frequência de queimaduras entre as estações do ano. (Bertolin, 2008)

As intervenções para a prevenção de queimaduras seguem os mesmos princípios das teorias do controle de injúrias. As intervenções passivas, segundo Latarjet (1999), concentram-se nas medidas relacionadas à engenharia dos produtos e redesenho dos ambientes, à legislação e à regulamentação sobre o comércio de produtos. Quanto à engenharia dos produtos, a construção de lamparinas seguras, a instalação de detectores de fumaça e extintores de incêndio, a confecção de roupas de cama com materiais que retardam a combustão são medidas adotadas em diversos países, principalmente os de alta renda e alguns evidenciaram uma efetiva diminuição nos casos de queimaduras. Mas uma efetividade maior parece ocorrer com a combinação dessas medidas com a legislação e os programas educativos.

Algumas mudanças ambientais promissoras para reduzir a incidência de queimaduras são a introdução de normas de construção mais rigorosas, a melhoria

dos materiais usados em construções, a retirada dos utensílios de cozinha do nível do chão e alcance das crianças, a separação da cozinha de outras áreas da casa. Apesar da implementação dessas medidas em alguns locais, poucas avaliações dessas intervenções foram realizadas e, portanto, não há evidência suficiente para determinar a sua efetividade.

As leis e normatizações direcionadas à redução da incidência de queimaduras na infância concentram-se, principalmente, nas questões dos dispositivos de segurança em produtos e substâncias inflamáveis e nas leis que impedem a comercialização indiscriminada de fogos de artifício e álcool de uso doméstico. (Peden et al., 2008)

Quanto à legislação sobre a questão do álcool líquido, apontado como um dos principais agentes de risco para queimaduras, muito já foi discutido e negociado. No Brasil, várias campanhas e manifestos veiculados por entidades não governamentais como a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Associação Médica Brasileira, a Sociedade Brasileira de Queimadura e a ONG Criança Segura, além de outras instituições regionais, há muitos anos, chamam a atenção de legisladores e da sociedade para a necessidade de lei que restrinja a comercialização e o consumo doméstico de álcool líquido. Em 2002, uma resolução da ANVISA (RDC 46) restringiu a comercialização deste produto, mas foi revogada por liminar a favor da Associação Brasileira de Produtores e Envasadores de Álcool. Recentemente, em dezembro de 2011, foi aprovado por unanimidade, na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF/CD), o projeto de lei (PL 692/2007) que restringe a venda de álcool líquido de uso doméstico, conquista comemorada pela ONG Criança Segura por sua atuação junto ao Poder Legislativo.

Quanto à prevenção secundária das queimaduras, Latarjet (1999) atenta para a importância do resfriamento imediato da queimadura com água fria como tratamento de emergência, recomendação também divulgada pelo serviço de referência em queimados do HPSJXXIII, pela OMS e ONG Criança Segura. Quanto à disseminação desse conhecimento através de intervenções educativas, uma campanha divulgada em 1990 na França intitulada “*Queimadura? Rapidamente debaixo d’água*” demonstrou um aumento de 25 para 50% no conhecimento sobre essa medida, em estudo realizado para avaliar o impacto da intervenção. Quanto à prevenção terciária, que diz respeito ao tratamento para diminuição das sequelas e reabilitação de queimados, diversas pesquisas clínicas têm sido publicadas. Latarjet (1999) e Peden (2008) destacam a extrema importância da implantação e

implementação de centros de referência no tratamento e reabilitação de queimados que necessitem de cuidados mais especializados.

Em revisão sistematizada da literatura, de estudos qualitativos sobre questões da prevenção das injúrias não intencionais em crianças, Smithson et al. (2011) encontraram barreiras e facilitadores para o sucesso das intervenções para redução de injúrias infantis nos domicílios, nos níveis organizacional, ambiental e individual.

Os autores apontam que, em relação aos pais, cuidadores e profissionais de saúde, são percebidas barreiras políticas e legais para a prevenção. A legislação insuficiente foi levantada como barreira para a implantação efetiva de programas de prevenção de injúrias. A legislação também foi percebida como geralmente pouco implementada.

Os autores ainda destacam que os pais percebem a sociedade como extremamente protetora mas que não percebem, por exemplo, que produtos sem advertências para segurança podem ser perigosos. A ausência de políticos engajados na disponibilização de recursos também foi percebida como barreira para a prevenção, nos estudos analisados.

Outras barreiras para a prevenção são identificadas, nesta revisão, como a comunicação deficitária com as famílias. A falta de informação e conhecimento quanto à legislação e às medidas preventivas são percebidas pelos pais e cuidadores como barreiras para a prevenção.

Outro achado, referente ao tempo da informação, foi de que pais que recebem informação no hospital, no momento do nascimento, não a retêm e as orientações dadas na comunidade ou em consultas subsequentes e ambulatoriais são mais efetivas.

Todos os artigos revistos apontaram a existência de barreiras socioeconômicas e a principal barreira encontrada para a implementação de medidas preventivas foi a impossibilidade de mudanças no ambiente devido às condições precárias dos domicílios e a superpopulação destes. O custo de produtos de segurança também são percebidos como barreiras para a implementação de medidas preventivas pelas famílias. A falta de percepção dos riscos e o fatalismo como causa de injúrias, a crença no acaso, também foram apontadas como barreiras em diversos estudos.

Outros fatores como o mau relacionamento entre familiares, entre vizinhos e a falta de pessoas para auxiliarem na supervisão das crianças foram apontados como barreiras para a prevenção.

Dentre os fatores motivadores ou facilitadores da prevenção de injúrias em crianças, foram identificados, na revisão em destaque, a legislação e as políticas, a parceria entre instituições, a boa comunicação entre organizações, a mobilização social para o envolvimento da comunidade nas intervenções para a prevenção e para a disseminação das informações sobre medidas preventivas.

Quanto ao ambiente, o seu controle e a adequação das acomodações domiciliares às crianças e à sua segurança, com mudanças nos espaços e utilização de equipamentos seguros, com treinamento adequado, são fatores vistos como facilitadores para a prevenção.

A manutenção e confiança das medidas de prevenção e nos produtos de segurança e a percepção dos riscos também foram apontados como motivadores para comportamentos voltados para a segurança.

A percepção dessas barreiras e desses facilitadores apareceu geralmente vinculada a experiências individuais.

Os estudos avaliados mostraram que mães mais jovens e de baixa escolaridade têm dificuldade de perceber as habilidades das crianças relacionadas ao seu grau de desenvolvimento, superestimando suas capacidades em recordar instruções e subestimando as mudanças rápidas no seu desenvolvimento. Mães mais jovens tendem a pensar que há pouco a ser feito quanto à prevenção de injúrias em crianças e a culpa e o medo aparecem entre suas percepções, pois muitas delas relacionam a ocorrência de injúrias com maus tratos e negligência na percepção dos outros.

O tema mais constante dos estudos avaliados na revisão, segundo os autores, foi o comprometimento das mães quanto à constante supervisão e os sacrifícios para atingi-la.

Entre as medidas preventivas mais citadas pelas mães, também estão a preocupação em ensinar as crianças sobre comportamentos seguros e em retirar as ameaças à segurança, antecipando riscos. Mães em circunstâncias socioeconômicas precárias geralmente se preocupam com as injúrias na infância e consideram os riscos, trabalhando ativamente para prevenir injúrias em suas crianças. Portanto, é apontado que o aconselhamento e o suporte no desenvolvimento das crianças pode facilitar a adoção de medidas preventivas de

injúrias no domicílio, adequando os esforços maternos de forma apropriada ao seu contexto.

Esta revisão atenta para o fato de que as políticas para a prevenção precisam considerar a iniquidade da saúde para construir e implementar intervenções para a redução de injúrias não intencionais na infância, nos diferentes níveis de atuação, para aumentar a chance de sucesso, principalmente em populações mais vulneráveis.

Quanto às intervenções ativas para a prevenção de queimaduras na infância, as abordagens educativas, têm-se evidenciado uma expansão do conhecimento sobre prevenção de injúrias na infância, em programas educativos nas escolas e comunidades, apesar de não haver evidências sobre a redução na incidência dos casos através dessas medidas. Algumas dessas pesquisas incluem programas de visitas domiciliares em populações de baixa renda, que têm sido apontados como intervenções bem sucedidas. (Peden et al., 2008; Hendrickson, 2005)

A American Academy of Pediatrics (AAP) sugere que visitas de supervisão por profissionais de saúde possibilitam a avaliação das medidas preventivas realizadas pelas crianças e seus parentes no domicílio, estimulando e louvando seus comportamentos seguros, fornecem orientações sobre riscos potenciais do ambiente e motivam a participação dos indivíduos nas intervenções para promover a segurança, nas comunidades. As orientações sobre estratégias para garantir a segurança e a prevenção de injúrias devem considerar o desenvolvimento e a idade da criança, o ambiente ao qual se direcionam e as circunstâncias do entorno. As intervenções mostram-se mais eficazes quando combinam diferentes materiais educativos e estratégias para mudança de comportamento, aconselhamento, demonstrações, a provisão de equipamentos seguros e o reforço constante dessas medidas. O aconselhamento para redução dos riscos mostra-se mais efetivo quando realizado repetidamente, não só nos consultórios médicos, mas também nas visitas domiciliares. (AAP, 2008)

Em estudo realizado por Mock et al. (2003) sobre avaliação da efetividade de programas de aconselhamento para prevenção de injúrias na infância, direcionado para pais, evidenciou-se que as intervenções educativas foram efetivas para promover práticas de segurança e comportamentos seguros. Mas sugere-se que práticas educativas devam ser combinadas com outras estratégias de prevenção, como a legislação e a infraestrutura para ambientes seguros.

A literatura ainda é escassa no que diz respeito à aplicação e principalmente à avaliação de intervenções educativas para a prevenção específica de queimaduras na infância. Faltam estudos que avaliem o impacto dessas intervenções em sua epidemiologia.

Parbhoo et al. realizaram, em 2010, revisão sistematizada da literatura, comparando as estratégias de intervenção para prevenção de queimaduras em crianças, em países “desenvolvidos” e “em desenvolvimento”. As intervenções que se mostraram mais bem sucedidas vieram de programas multifacetados que combinaram políticas públicas, legislação e monitoramento da comunidade, respaldados por medidas educativas, com repetição constante das orientações para prevenção, em formatos diferentes. A adoção de medidas preventivas dependeu, geralmente, da possibilidade de custeá-las e não da vontade e interesse da comunidade quanto à sua implementação. Os autores concluíram que as intervenções ainda carecem de avaliação para evidenciar sua efetividade, em todos os países, e que o sucesso da prevenção depende do comprometimento e da ação conjunta dos governos, das comunidades e dos indivíduos. As questões relacionadas à prevenção das queimaduras mostraram-se similares entre esses países, mas observou-se a necessidade de se direcionar as estratégias e os recursos, de acordo com o contexto e a realidade local.

Em estudo caso-controle, realizado nos Estados Unidos, sobre preditores do risco de queimaduras, Taira et al. (2011) observaram que os pacientes que sofreram queimaduras usaram medidas preventivas tanto quanto os que não sofreram, apontando que, nesse local, a utilização de estratégias de prevenção não é fator de proteção para o risco de queimaduras. Evidenciou-se que baixos níveis de escolaridade e renda são os fatores que mais fortemente relacionam-se com maior suscetibilidade às queimaduras e que as intervenções públicas mais eficazes foram aquelas voltadas para populações mais vulneráveis.

Os autores sugerem que futuras iniciativas devem ser direcionadas a essas populações e objetivar a educação além das intervenções específicas para a prevenção. E as intervenções não devem apenas focar no estímulo a comportamentos seguros, mas devem lidar com comportamentos que aumentam o risco de queimaduras, como exemplo, a supervisão de crianças por irmãos mais velhos e hábitos perigosos em relação ao modo de cozinhar e de mexer com fogo.

Em estudo realizado em dois hospitais públicos no interior de São Paulo, que avaliou uma ação educativa para prevenção de queimaduras com familiares de

crianças queimadas hospitalizadas, demonstrou-se que a ação foi eficaz para disseminar conhecimentos, principalmente relacionado aos fatores de suscetibilidade às queimaduras. Também foi verificado que a utilização de material impresso facilitou a ação educativa no ambiente hospitalar e os participantes mostraram interesse em materiais escritos, de qualquer formato, desde que contenham textos e figuras ilustrativas. Concluiu-se que a ação educativa mostrou bom potencial informativo e os autores sugerem que essas intervenções possam ser realizadas no contexto hospitalar, em unidades de atenção primária, secundária e instituições educacionais. (Gimeniz-Paschoal et al., 2007)

Na revisão sistematizada de Smithson et al.(2011), destaca-se que a maioria das publicações na área são pesquisas quantitativas, com enfoque na natureza e extensão das injúrias ou nas iniciativas para a sua prevenção. Mas ainda são necessárias pesquisas quanto ao engajamento de pais e cuidadores nas intervenções para a prevenção e sobre as barreiras e os fatores motivadores de sua participação nessas intervenções. As avaliações de intervenções para a prevenção demonstram uma miscelânea de sucessos, mas não está claro quais fatores contribuem para sua efetividade. Os autores sugerem que estudos qualitativos que enfoquem as atitudes, os comportamentos e o entendimento sobre a prevenção de injúrias são essenciais para constatar como as intervenções para a prevenção podem ser mais efetivas.

Em 2008, foi elaborado pela OMS, um “Plano para a Prevenção e Assistência às Queimaduras”, com duração prevista de 10 anos, desenvolvido para direcionar os esforços da organização em nível global, regional e local, objetivando: a construção de conhecimento sobre a natureza, a extensão e a prevenção na questão das queimaduras; um alcance de impacto maior através do estímulo à construção de parcerias; e a promoção de intervenções e capacitação para realiza-las e avaliar sua efetividade. As estratégias contidas no plano, relacionadas à questão das queimaduras, são: a “advocacia” das ações de sensibilização, promoção e sustentação de ações, com cooperação internacional e multissetorial; a “política” voltada para programas sustentáveis e efetivos de prevenção e assistência; o “banco de dados e a mensuração” da magnitude do problema e seus fatores de risco; a “pesquisa” seguindo lista de prioridades, estimulando e promovendo triagens de intervenções promissoras; a “prevenção” com programas mais efetivos; os “serviços” voltados para o fortalecimento da avaliação dos centros de tratamento, para os serviços de emergência, recuperação e reabilitação; e a “capacitação” para

realizar efetivamente as estratégias do plano, com conhecimento suficiente. (Peck et al., 2009)

Quanto às intervenções ocorridas recentemente, em Belo Horizonte/MG, destaca-se a campanha de prevenção de queimaduras realizada no HPSJXXIII, em 6 de junho de 2011, dia nacional do combate às queimaduras, com a distribuição de folders para os visitantes e colocação de cartazes no hospital. Foram também realizadas palestras e uma carreata com a participação do Corpo de Bombeiros. Material educativo foi distribuído em escolas da capital. Na semana de 23 a 27 de janeiro de 2012, a rádio UFMG Educativa, no programa Saúde com Ciência, desenvolvido pela Faculdade de Medicina, abordou o tema das queimaduras em 5 programas realizados com a participação de profissionais de diversas áreas e instituições como o Corpo de Bombeiros, a CEMIG, a Faculdade de Medicina, o Serviço de Toxicologia do HPSJXXIII e o Serviço de Referência de Queimados da FHEMIG.

2.3 O pediatra na questão da prevenção

Como já citado, a saúde das crianças depende de uma complexa interação entre características pessoais, hábitos familiares, entorno socioeconômico e normas culturais. A tendência contemporânea é de se basear a atenção à saúde na valorização integral de cada pessoa no seu lugar e no seu tempo, levando em consideração as circunstâncias ao seu redor, a soma de condições microambientais, sociais e culturais que a influenciam. A pediatria segue esta tendência, como uma especialidade contextual que cuida de crianças, suas famílias e a comunidade em que vivem. (Blank, 2005)

O pediatra pode inserir-se no processo de controle de injúrias em todos os níveis de prevenção. Insere-se, principalmente, na questão da prevenção primária das injúrias não intencionais, como ator fundamental multiplicador de medidas educativas e preventivas. (Moraes, 2009)

Em revisão sobre o tema, realizada por Blank (2005), estudos mostraram que as famílias vêem o pediatra como a primeira fonte de conhecimento sobre prevenção e que, efetivamente, aprendem melhor com ele.

Segundo Nansel et al. (2008) e Paes e Gaspar (2005), em relação às formas de aconselhamento, orienta-se que os pediatras permitam a participação dos pais nas questões sobre prevenção e não passem a informação com colocações exclusivamente explicativas, principalmente dentro do consultório. Ou seja, ouçam as questões colocadas e discutam, com o tempo necessário, a respeito da segurança em casa e fora dela, apontando fatores de vulnerabilidade e fatores de resiliência em relação à criança, à família, à comunidade, aos ambientes em que estão inseridos.

Há evidências de que a orientação sobre os riscos de injúrias a cada etapa do desenvolvimento amplia o conhecimento das famílias e a adoção de medidas efetivas de segurança, mas as orientações sobre segurança nas consultas pediátricas têm sido insatisfatórias e superficiais. (Blank, 2005)

Quanto ao material utilizado, várias organizações e instituições fornecem programas, material multimídia e escrito para a implementação do aconselhamento em nível ambulatorial ou comunitário. Entre essas instituições está a American Academy of Pediatrics, com o programa intitulado “The Injury Prevention Program” (TIPP), mundialmente reconhecido. No Brasil, a ONG Criança Segura, a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Ministério da Saúde fornecem materiais educativos. Para as crianças, uma revistinha em quadrinhos da Turma da Mônica, com ilustrações do Maurício de Souza, foi confeccionada em parceria com a OPAS, em 2003. Um instrumento de fácil acesso e bem disseminado que contém orientações quanto à prevenção de injúrias na infância, de acordo com a faixa etária, na seção “Cuidando da segurança da criança e evitando acidentes”, é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que é subutilizado em nosso meio, segundo Alves et al. (2009). Quanto aos benefícios da utilização deste instrumento por pediatras e outros profissionais, Alves et al. (2009) afirmam que *“a adequada utilização da CSC pelos profissionais possibilita maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância.”*

A entrega de material por escrito aumenta a efetividade do aconselhamento e especialistas sugerem que sejam entregues listas de tópicos de segurança, por faixa etária, que podem ser impressas ou por e-mail.

Para assumir seu papel no processo de aconselhamento e de intervenções para a prevenção de injúrias, o pediatra deve reforçar o vínculo com as famílias, baseando-se numa relação de confiança. E deve aproveitar as oportunidades para intervenções construtivas e saber encaminhar o paciente quando houver a necessidade de uma abordagem interdisciplinar. (Blank, 2005)

Apesar da maioria dos médicos da atenção primária à saúde acreditarem que a prevenção de injúrias faz parte de suas atribuições, eles geralmente concordam que não concentram a atenção suficiente.

Em estudo conduzido por Cohen e Runyan (1999), nos EUA, com residentes de pediatria de diversas instituições, foram encontradas algumas barreiras para o aconselhamento sobre a prevenção de injúrias. Entre elas, o desconforto quanto ao seu papel de “conselheiro” e a falta de confiança de que esta prática pode afetar o comportamento de seus pacientes. Os autores sugerem que estas são as causas implícitas para a não adoção do aconselhamento como prática para a prevenção de injúrias, apesar da principal barreira percebida por esses médicos ser a falta de tempo durante as consultas para abordar as questões quanto ao risco e às medidas preventivas de injúrias, em detrimento de “coisas mais importantes a fazer”. O conhecimento sobre a epidemiologia e a prevenção de injúrias mostrou-se defasado entre os residentes e é sugerido, pelos autores, que a inclusão de treinamento e a experiência em aconselhamento devam ser introduzidas nos programas de residência em pediatria, pela constatação de que a crença dos residentes de que os preceptores esperam esta ação por parte deles, relaciona-se à percepção de menos barreiras para o aconselhamento. A percepção de mais barreiras parece levar os residentes a acreditar que o aconselhamento possui pouca importância. As mulheres tendem a encontrar menos barreiras que os homens.

Em revisão da literatura, realizada pela AAP, em 1993, sobre o aconselhamento para prevenção de injúrias na infância na atenção primária à saúde, concluiu-se que há evidência suficiente para embasar a sua adoção e recomenda-se que todas as crianças recebam aconselhamento para prevenção das injúrias mais significativas na infância, dentre essas, as queimaduras. A AAP também sugere que as orientações sejam frequentemente repetidas e reforçadas e recomenda que o aconselhamento na atenção primária seja um componente essencial das políticas de prevenção das injúrias na infância. Constatou-se que pais precisam de educação para a prevenção dessas injúrias e que preferem estratégias convenientes, de baixo custo e que requerem apenas uma ação. Concluiu-se que a legislação, evidenciada como medida mais eficaz no controle de injúrias, geralmente requer o auxílio das medidas educativas e do aconselhamento para sua implementação. (Bass et al., 1993)

Mas além do aconselhamento e instrução para os pais, o engajamento dos pediatras em ações interdisciplinares e próprias da comunidade, com participação

social e política, mostra-se essencial para o progresso do controle efetivo das injúrias. Para Blank (2005), advogar ativamente pela promoção da segurança, além do ambiente clínico, é uma responsabilidade que todo pediatra deve acatar.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Compreender a prevenção de queimaduras na infância na percepção de pais e pediatras.

3.2 Objetivos específicos

Compreender o modo de pensar e agir de pais de crianças vítimas de queimaduras a respeito da prevenção desses agravos, após uma experiência vivida.

Compreender a percepção de pediatras que lidam com queimaduras na infância a respeito da prevenção destes agravos e a sua inserção na questão.

Apontar estratégias para orientar a discussão sobre possíveis intervenções educativas futuras.

4 Metodologia

A metodologia, na pesquisa qualitativa, é considerada, por Minayo (2008), de forma abrangente, como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer, como a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação e como a “criatividade do pensador”, a marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos achados experimentais, observacionais ou de qualquer tipo específico de resposta às indagações científicas.

Este trabalho trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, de caráter social, que baseia-se em referenciais teóricos e experiências relatadas em pesquisas oriundas da literatura e da vivência da própria pesquisadora, para condução de seu percurso metodológico.

4.1 Referenciais teórico-metodológicos

4.1.1 Pesquisa qualitativa em saúde

Minayo (2008) define a pesquisa como “a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade.” A pesquisa é uma atividade de constante busca, resultante de combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação. É prática teórica que possui a característica de estar provisoriamente acabada e ser permanentemente inacabada.

Segundo a autora, o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações humanas a respeito de como vivem, sentem e pensam. As abordagens qualitativas se prestam a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de suas relações, das histórias sociais sob a ótica dos atores, através da análise de discursos e documentos. A pesquisa social em saúde trata do ser humano em sociedade, por pertencer ao campo das Ciências Sociais e trata do fenômeno saúde/doença e de sua representação pelos vários atores que atuam no campo da saúde, as instituições políticas e de serviços, os profissionais e os usuários.

A metodologia qualitativa aplicada à saúde busca entender o significado individual ou coletivo do fenômeno para a vida das pessoas. O significado, como concepção trazida das ciências humanas, tem função estruturante, pois as pessoas organizam de certo modo suas vidas, incluindo os próprios cuidados com a saúde, em torno do que as coisas significam para elas. (Turato, 2005) Este autor destaca que, no método qualitativo, “o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados” e que o “ambiente natural do sujeito é inequivocamente o campo onde ocorrerá a observação, sem o controle de variáveis”. Por fim, destaca-se a fala de Minayo, essencial na elucidação do percurso metodológico seguido pela pesquisadora:

métodos e instrumentos são caminhos e mediadores para permitir ao pesquisador o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental. (Minayo, 2008)

4.1.2 Modelo de Crenças em Saúde

Na revisão de Glanz et al. (2008), não há uma teoria única, atualmente, que domine as pesquisas e as práticas quanto à promoção e a educação em saúde. Existem múltiplas teorias e modelos aplicados às pesquisas sobre comportamentos em saúde e, nesta revisão, destaca-se o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) como um dos três modelos mais utilizados e divulgados na literatura. Optou-se, neste trabalho, pela utilização do MCS, por este modelo se adequar satisfatoriamente aos objetivos propostos.

O Modelo de Crenças em Saúde, desenvolvido no início da década de 50, nos EUA, foi discutido e modificado, nas décadas seguintes, por diversos autores e pesquisadores. Baseado em teorias psicossociais, este modelo foi criado para explicar o fracasso da participação dos indivíduos nos programas de prevenção em saúde. Ainda hoje é utilizado para explicar a mudança e a manutenção de comportamentos relacionados à saúde, servindo de guia para o planejamento de intervenções que visam a prevenção de doenças e agravos. (Champion e Skinner, 2008)

Segundo o MCS, a adoção de um comportamento preventivo depende de seis dimensões temáticas principais: 1) a suscetibilidade percebida, ou seja, a percepção da probabilidade de ocorrer o agravo; 2) a gravidade percebida, ou seja, a percepção da gravidade da injúria e suas sequelas e a percepção de que existe a ameaça; 3) os benefícios percebidos, ou seja, a percepção de que seguir um comportamento ou medida preventiva reduzirá a ameaça percebida; 4) as barreiras percebidas, ou seja, a compreensão daquilo que impede a realização das medidas de prevenção; 5) os estímulos para a ação, ou seja, as medidas que suscitam a percepção de que a ação de prevenção seja relevante e essencial para a saúde, junto à percepção de que os benefícios superam os seus custos ou as suas barreiras; 6) a autoeficácia, ou seja, a confiança na própria capacidade de agir.

A autoeficácia foi mais tardiamente incorporada ao modelo por Rosenstock et al. (1988). Na definição de Bandura (1994), que mais influenciou as discussões acerca do tema, a autoeficácia consiste na crença das pessoas na sua capacidade de desempenhar ações que exercem influência sobre os eventos que afetam suas vidas. A crença e a convicção da própria capacidade de agir determinam o modo como as pessoas sentem, pensam, motivam-se e se comportam.

A observação dos sujeitos sob o ponto de vista dessas seis dimensões (suscetibilidade, gravidade, benefícios e barreiras percebidos, estímulos para a ação e autoeficácia), ajuda a explicar o comportamento das pessoas em relação às questões de prevenção na saúde. Outras variáveis, como características demográficas (idade, gênero, etnia...), psicossociais (condição socioeconômica, personalidade...) e estruturais (conhecimento e experiência sobre a doença...), são também consideradas por poderem afetar a percepção, influenciando o comportamento. A combinação dessas dimensões temáticas e das variáveis que as modificam determinam o comportamento em saúde. E a análise dessa combinação nos permite explicar e intervir nesse comportamento. (Champion e Skinner, 2008; Coleta, 1999)

Existem estudos que já evidenciaram o poder das dimensões deste modelo em prever comportamentos relacionados à saúde, apesar da relação entre eles ainda não estar definida. (Champion e Skinner, 2008) A análise de sucessivos estudos, segundo Coleta (1999), mostrou, em geral, maior poder preditivo na dimensão das barreiras percebidas, em primeiro lugar, seguido da suscetibilidade, benefícios e gravidade, nesta ordem. A limitação principal deste modelo, como da pesquisa qualitativa, em geral, é a dificuldade de se mensurar as variáveis, criar

indicadores e determinar sua confiabilidade e validação. (Champion e Skinner, 2008; Smithson et al., 2011)

Na revisão de Smithson et al.(2011), foram destacadas apenas duas pesquisas que utilizaram o Modelo de Crenças em Saúde como referencial metodológico. Hendrickson (2008) estudou a percepção de mães quanto às injúrias das crianças em geral e o tema estudado por Brannen (1992, citado por Smithson, 2011)⁴ foi a prevenção de intoxicações em crianças. Apesar de se encontrar, na literatura, poucas pesquisas em prevenção de queimaduras ou mesmo outras injúrias na infância, que utilizaram o MCS, acredita-se que este modelo, por seu uso disseminado e sua já consagrada contribuição em pesquisas sobre prevenção e comportamentos em saúde, pôde contribuir para uma abordagem aprofundada e mais direcionada do tema proposto.

4.2 Cenário da pesquisa

O HPSJXXIII foi fundado em 1973 e pertencia à Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgências (Feamur) e, em 1977, foi incorporado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). O hospital atua como centro de referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco de morte. O hospital mantém unidade especializada em tratamento de queimaduras, denominada “Professor Ivo Pitanguy”, que conta com duas enfermarias infantis com quatro leitos cada. Crianças queimadas, internadas nestas enfermarias, permanecem com acompanhante em tempo integral, preferencialmente a mãe. Os pacientes queimados atendidos neste serviço contam com assistência ambulatorial para controle e retorno, instalada nas dependências do próprio hospital. Para integralizar o tratamento, os pacientes e, quando necessário, seus acompanhantes recebem apoio de equipe multiprofissional, composta pela pediatria, cirurgia plástica, nutrição, psicologia e serviço social.

⁴ Brannen JE. *Accidental poisoning of children: Barriers to resource use in a black, low-income community*. Public Health Nurs 1992; 9:81-86.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Optou-se por realizar as entrevistas com mães de crianças internadas por queimaduras na enfermaria de queimados do HPSJXXIII, que vivenciaram a experiência da queimadura, por acreditar que o assunto presente no seu momento atual pudesse gerar mais questionamentos e ativar pensamentos, tornando mais trabalhadas e claras suas concepções acerca do tema. Como observado em pesquisas citadas, a mãe geralmente é a pessoa que durante maior tempo toma conta do filho e as injúrias por queimaduras geralmente ocorrem com a presença da mãe no local ou em ambiente próximo. (ONG Criança Segura, 2008) Portanto, a mãe é sujeito indispensável para a pesquisa sobre o tema proposto, por ser também sujeito importante na prevenção das queimaduras na infância. E a participação dessas mães na pesquisa, poderia possibilitar uma ressignificação das suas atitudes frente a essa questão.

Participaram também, como sujeitos da pesquisa, pediatras que atuam no atendimento de crianças queimadas no HPSJXXIII, com diferentes perfis de atuação clínica: pediatras que trabalham no atendimento de urgência e emergência; que trabalham na assistência às crianças queimadas internadas no mesmo hospital; que trabalham também em unidade pública de atenção primária à saúde (postos de saúde) e em consultórios particulares; que possuem atividade acadêmica; e que também atuam na gestão, em instituições governamentais e não governamentais. Como observado em pesquisas aqui citadas, o pediatra possui papel fundamental na prevenção de queimaduras na infância, portanto, é sujeito importante para a condução de pesquisa acerca deste tema.

4.4 Técnicas de coleta de dados

4.4.1 Entrevista semiestruturada

Entrevistas, segundo Minayo (2008), são consideradas “conversas com finalidade”, realizadas com a iniciativa do entrevistador, destinadas a construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa. A entrevista semiestruturada é uma modalidade de entrevista que obedece a um roteiro, utilizado pelo entrevistador, mas que permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. (Minayo, 2008, 2010)

Optou-se pelo uso dessa modalidade na investigação que tem as mães como sujeitos, por adequar-se ao objetivo proposto.

Para as entrevistas semiestruturadas, foram convidadas mães acompanhantes das crianças vítimas de queimadura não intencional, internadas no HPSJXXIII, no período de maio a setembro de 2011. Incluiu-se apenas mães de crianças de até 12 anos de idade, adequando-se ao enfoque deste trabalho, conforme critério utilizado no HPSJXXIII para a internação nas enfermarias infantis. Quanto à amostragem das entrevistas, foram selecionadas mães, acompanhantes das crianças internadas, independente de características dos pacientes ou das queimaduras, do local de ocorrência ou do agente envolvido. Definidos os sujeitos da pesquisa, optou-se por entrevistar aquelas mães, cuja alta hospitalar da criança já havia sido programada, pois considerou-se ser mais fácil para essas mães falar do evento ocorrido após um certo período de internação, neste momento em que elas já estão mais tranquilas quanto à evolução do caso. O número de entrevistados seguiu o critério de saturação teórica (Quadro 2), baseando-se na proposta de Fontanella et al. (2011). No conceito de Fontanella et al. (2008):

o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Para Minayo (2008), esse critério é preenchido quando se julga que as informações buscadas são satisfeitas a partir das entrevistas realizadas, ou seja, a interrupção das entrevistas se dá quando o pesquisador considera que os conceitos foram todos saturados e novas entrevistas não acrescentam mais informações, diferentes daquelas já obtidas nas entrevistas anteriores.

Todas as entrevistas foram conduzidas pela própria autora do trabalho e realizadas em sala apropriada, no décimo andar do HPSJXXIII, reservada para aulas e reuniões, onde funciona o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) da instituição, local com mínima interferência externa. Algumas entrevistas foram realizadas com a presença da criança, quando não havia outra pessoa para acompanhá-la na enfermaria.

O roteiro das entrevistas foi construído no intuito de orientar a fala dos entrevistados rumo às questões de interesse, preservando-se a fluência e a

espontaneidade do discurso (Anexo 1). As perguntas a serem feitas foram discutidas previamente entre as pesquisadoras participantes do trabalho e, após uma entrevista piloto, foram rediscutidas, mantendo-se sem alterações para as demais entrevistas.

Outro instrumento utilizado para auxiliar nas etapas de análise dos dados, foi o “diário de campo”, onde foram anotadas todas as considerações e impressões relativas às entrevistas e toda a fase de campo da pesquisa.

Quadro 2: Amostra por critério de saturação teórica

Dimensões / Categorias	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E12	Recor- rências
Susceptibilidade												
Agentes como fatores do risco	x		x			x						3
Comportamentos como fatores do risco	x		x			x						3
Ambientes como fatores de risco		x	x									2
Gravidade												
Percepção através da experiência				x		x						2
Dimensão da injúria						x						1
Desproporção entre os agentes da injúria e sua gravidade									x		x	2
Benefícios												
Supervisão				x		x			x			3
Afastamento dos perigos	x	x	x								x	4
Prevenção secundária	x			x								2
Barreiras												
Condições socioeconômicas	x							x	x			3
Crenças populares	x	x										2
Falta de informação	x	x		x								3
“Acidente” ao acaso	x			x	x				x			4
Estímulos para ação												
Experiência como aprendizado	x		x	x	x	x	x				x	7
Informação e orientação	x	x	x			x					x	5
Auto-eficácia												
Descrença na própria capacidade de agir				x	x				x			3
Total de novas categorias	10	1	0	3	1	0	0	0	1	0	0	16

Fonte: adaptado de Fontanella et al.(2011)

4.4.2 Grupo Focal

O grupo focal é a técnica que se constitui num tipo de entrevista ou “conversa” entre grupos pequenos e homogêneos, cujo objetivo é obter informações, através da interação dos participantes, gerando consensos ou explicitando divergências. Segundo Krueger⁵ (1988, citado por Minayo, 2008) “o valor principal dessa técnica [grupo focal] fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.” (Minayo, 2008)

A técnica deve ser aplicada mediante um roteiro, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um. (Minayo, 2008, 2010) Optou-se pela utilização dessa técnica na abordagem da investigação com os pediatras por se acreditar que a interação e a discussão do tema proposto entre os participantes poderia enriquecer as informações obtidas, em acordo com o objetivo definido.

Na visão de Minayo (2008), os grupos focais devem ter um número pequeno de participantes, de seis a doze. Barbour (2008) sugere um número mínimo de três a quatro participantes e um máximo de oito, por grupo, pois, em suas palavras, este número “geralmente já é desafiador o bastante”, considerando-se o trabalho de moderação e análise de transcrições. Quanto à composição do grupo, a autora traz a consideração de Morgan, de que os grupos focais devem ser “homogêneos em termos de contexto de vida, não de atitudes”.

Baseando-se nesses referenciais, foram selecionados os seis pediatras pertencentes ao quadro clínico da pediatria do HPSJXXIII.

Para a realização do grupo, foi elaborado um roteiro com as temáticas a serem abordadas. (Anexo 2) O grupo, convocado em única reunião dos participantes, foi realizado nas mesmas dependências do hospital utilizadas para as entrevistas, já comentadas.

A autora deste trabalho conduziu as discussões no grupo, na posição de moderadora e contou-se com a participação da orientadora do trabalho, na posição de observadora.

As entrevistas e o grupo focal foram gravados em aparelhos digitais e transcritos integralmente.

⁵ Krueger, RA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Newbury Park: Sage, 1988.

4.5 Tratamento e análise de dados

A análise dos dados recolhidos no campo, segundo Minayo (2008), busca atingir três objetivos principais: a ultrapassagem da incerteza, dando respostas às perguntas, hipóteses e pressupostos; o enriquecimento da leitura, ultrapassando o olhar imediato e espontâneo em busca da compreensão de significações e de estruturas latentes relevantes; a integração das descobertas desvendando a lógica interna subjacente às falas, aos comportamentos e às relações.

Para se proceder à descrição sobre o método, considera-se que, tratando-se de dados colhidos de técnicas de entrevista, estamos lidando com a subjetividade presente nos discursos relativamente espontâneos dos entrevistados, que são, nas palavras de Bardin (2011), “uma encenação livre daquilo que esta pessoa viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa.” A abordagem utilizada para a análise de dados neste estudo é a “análise de conteúdo” que, para Bardin (2011), é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”.

Neste trabalho, opta-se pela análise temática dos dados das entrevistas e do grupo focal, modalidade mais simples de análise de conteúdo que, segundo Minayo (2008), mostra-se apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

A análise de conteúdo organiza-se, seguindo os conceitos de Bardin (2011), em três fases cronológicas, seguidas neste estudo. A primeira fase, a pré-análise, objetiva a organização do material para análise e inicia-se com a “leitura flutuante” de todas as transcrições, com o intuito de resgatar e anotar as primeiras impressões e orientações acerca do texto.

Com o material separado, realiza-se os recortes no textos, direcionando a construção de “unidades comparáveis de categorização”. Organizado o material, segue-se para a segunda fase, a exploração propriamente dita do material, procedendo-se ao processo de categorização dos dados. A categorização, “processo de redução do texto às palavras e expressões significativas”, se deu em torno de categorias empíricas, em função das quais o conteúdo de uma fala é organizado, através da descoberta dos “núcleos de sentido”, relevantes por sua frequência ou por sua presença significativa para o objeto analisado. (Minayo, 2008) A terceira fase, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, culmina no fechamento do conjunto de categorias da análise, propondo inferências e adiantando interpretações a propósito dos objetivos previstos. A inferência é a intenção da análise de conteúdo e trata-se da dedução, de maneira lógica, segundo Bardin (2011), “de conhecimentos

sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio”. As inferências remetem a aspectos que dizem respeito às causas ou antecedentes da mensagem ou referem-se aos possíveis efeitos das mensagens (Bardin, 2011). Neste estudo, pretende-se tecer inferências sobre o modo de pensar e agir dos entrevistados.

4.6 Considerações éticas

O projeto realizou-se através de parceria entre o CPqRR/ Fiocruz e a FHEMIG e foi aprovado pelo CEP do CPqRR / Fiocruz (Protocolo CEP - CPqRR nº: 01/2011) e pelo CEP da FHEMIG (Registro CEP/FHEMIG 040/2011), como consta nos anexos. Para aprovação e realização da pesquisa nas dependências hospitalares do HPSJXXIII, este projeto foi inserido no grupo de pesquisa em Trauma, Emergências e Terapia Intensiva em Pediatria, dessa instituição.

As mães das crianças queimadas internadas foram convidadas pessoalmente a participar da pesquisa, pela própria pesquisadora, mediante uma explicação do projeto e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ressaltando que a participação não seria obrigatória e não interferiria nas relações com a equipe assistente da criança ou com a instituição hospitalar. (Anexo 3)

Os pediatras foram convidados a participar da pesquisa pessoalmente, pela pesquisadora e autora deste trabalho, que proferiu uma explicação do projeto, ressaltando que a participação não seria obrigatória e não interferiria nas relações com as instituições envolvidas. A participação destes profissionais ocorreu mediante assinatura do TCLE. (Anexo 4)

Os arquivos das entrevistas e do grupo focal permanecem em poder das pesquisadoras e as gravações serão destruídas após cinco anos da conclusão da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Análise das entrevistas: a percepção das mães

Conforme os critérios metodológicos expostos, foram realizadas 12 entrevistas com mães de crianças internadas na enfermaria de queimados do HPSJXXIII, entre os meses de maio e setembro, mas considerou-se onze dessas entrevistas para o objeto de análise. A idade das mães entrevistadas variou de 17 a 34 anos, com média de 23,3 anos, sendo três na faixa da adolescência. O grau de instrução da maioria foi até o ensino fundamental, nenhuma possuía curso superior. A maioria das mães estava presente quando ocorreu o agravo e o dia de ocorrência equiparou-se entre os dias úteis e o final de semana. Quanto às crianças, as idades variaram de 7 meses a 9 anos, com predomínio da faixa etária de um a três anos. Quanto ao local de ocorrência das injúrias, 80% ocorreram na cozinha, 70% foram queimaduras por escaldadura, uma queimadura elétrica e uma queimadura na hora do banho.

Considerou-se que seria prudente a retirada de uma entrevista do material a ser analisado, pois no decorrer da conversa, a entrevistada, que tinha se apresentado como mãe e que acompanhava a criança na enfermaria, revelou ser sua avó, fato que pareceu ser determinante de um distanciamento dispar das colocações das outras entrevistadas e do restante dos dados obtidos. Esta opção baseou-se nas regras de homogeneidade e pertinência de Bardin (2011), seguindo os critérios para a escolha das entrevistadas, definidos nesta pesquisa.

Baseada no Modelo de Crenças em Saúde, a análise das entrevistas considerou que a adoção de um comportamento preventivo em relação às queimaduras na infância depende dessas seis dimensões temáticas abordadas: suscetibilidade, gravidade, benefícios e barreiras percebidos, estímulos para a ação e autoeficácia. A análise revelou 16 categorias, distribuídas entre essas dimensões. As categorias encontradas são os resultados da análise dos dados. Os dados são fragmentos significativos extraídos do discurso, que possuem um significado relevante dentro da temática avaliada.

5.1.1 Suscetibilidade percebida

A dimensão Suscetibilidade refere-se à crença particular do indivíduo de que o agravo pode afetá-lo. Consideramos aqui, a percepção da existência de ameaças ou fatores de risco que o tornam suscetível às queimaduras, destacados entre três categorias. Essas três categorias referem-se aos conceitos de Haddon (Runyan, 2003), que entende o agravo como um evento determinado pela interação entre um agente, um indivíduo e o ambiente. Destacam-se como fatores do risco, as condições ou características desses três determinantes que propiciam a ocorrência do agravo.

- Os agentes como fatores do risco

Observa-se no discurso das entrevistadas, uma percepção clara dos agentes e veículos que podem vir a ser causadores de queimaduras na infância, entre eles os líquidos quentes, o álcool, fios, tomadas, painéis etc.

“Os fio é tudo assim, longe sabe? Não tem essa coisa de enfiar o dedo, por a mão na tomada.” “Sempre colocar a panela no canto do fogão, com o cabo virado pro canto do fogão, sabe?” (E6)

“Essas coisas quentes, feijão, é muito perigoso” (E3)

“É claro que a gente já sabe, né. Mas é colocar no alto, igual o álcool,..., produto de limpeza assim, até que eu não deixo perto deles não. Remédio que eu também vou ter que chegar lá e dar uma arrumada, conferir.”(E1)

- Os comportamentos como fatores do risco

Quanto ao indivíduo, no caso, as crianças, alguns comportamentos são vistos, pelas mães, como fatores que precipitam a ocorrência dos eventos que cursam com as queimaduras. Entre eles, são destacados a característica das crianças de pegar as coisas que desconhecem e “mexer em tudo”.

“Ele não pode ver nada também, que ele tá pegando”

“Todo líquido que eles vê, eles brinca. Pega e fica

brincando. Acha que é água, coisa e brinca, fica lá brincando. Fósforo eles vai brinca e risca.” (E1)

“porque criança é muito teimosa. Porque criança, a gente vira as costas assim, um minuto, eles já mexe em tudo quanto é coisa.” (E3)

“Também na hora de cozinhar as panela é tudo virado pra dentro, não deixo cabo não que ela é danada pra mexer, né?” “se ela tivesse comigo seria pior que ela só anda atrás de mim.” (E7)

O comportamento dos próprios pais também é percebido como fator de risco como, por exemplo, o hábito de fazer comida com as crianças por perto, apesar deles assumirem e manterem esse comportamento.

“Eu mexo com fogãozinho de lenha lá fora, aí eu vou acendendo e ele vai lá com pauzinho, com a brasinha” (E1)

“Tem, eles tem costume de ficar na cozinha, eu fazendo comida. Enquanto eu faço comida, eles ficam lá assim, mas nunca aconteceu isso.” (E2)

Mas outros comportamentos arriscados não são percebidos como perigosos, como o hábito de mexer sozinho no fogão, apesar da percepção do ambiente como fator de risco ser demonstrada.

“ele chega da escola 5:40 por aí e a rotina dele todo dia é esquentar a comida”, “P: Ele já tinha o costume de mexer nesse fogão? E: Já, bem costume.” “P: E eles tem costume de ficar na cozinha? E: Não, eu não deixo não, por isso mesmo, por causa de queimado mesmo.” (E6)

- Os ambientes como fatores do risco

Observa-se ainda que não há percepção do ambiente social como determinante do agravo, como o fato de outra menor ter a responsabilidade pelo cuidado de uma criança concomitante com os cuidados de casa.

“Oh, a gente tem o maior cuidado, né, porque quando eu saio de casa pra trabalhar e a minha menina, eles ficam com minha menina de 15 anos, né. E toda vez que eu

saio eu fico recomendando, nossa tem o maior cuidado, né, eu falo deixa as coisas e cuida das crianças.” (E2)

Observa-se que em alguns casos, são percebidos os riscos no ambiente físico, como a altura do fogão, mas não é percebida a cozinha como ambiente de riscos.

“E o fogão não é muito alto, né, é baixo. Deu o alcance dele.” “Tem, eles tem costume de ficar na cozinha, eu fazendo comida. Enquanto eu faço comida, eles ficam lá assim, mas nunca aconteceu isso.” (E2)

“Ela gosta muito de ficar na cozinha com os primos dela” (E3)

5.1.2 Gravidade percebida

A percepção de que o agravo pode levar a consequências sérias, de impacto para a saúde permeia a temática da gravidade. Essa percepção mostrou-se, no discurso das entrevistadas, restrita e vinculada à experiência do agravo e à dimensão da injúria. Evidenciou-se também a percepção de gravidade destacando-se a desproporção entre o agente causador do agravo e a dimensão da injúria.

- Percepção através da experiência

Observa-se que a gravidade, muitas vezes, só é percebida quando há a vivência prévia ou após a experiência do acidente.

“só eu que queimei assim, né. No caso quando eu era pequena e eu lembro como se fosse hoje (...). Por isso que hoje eu falo com eles queimadura dói, fica feio, a gente pode morrer dependendo da queimadura, né?” (E6)

“Depois que acontece que a gente vê que eles não tão brincando eles tão falando é serio, entendeu? Eles tão pedindo pra prevenir que é sério” (E4)

- Dimensão da injúria

Esta categoria foi destacada não pela repetição de sua temática nos discursos, mas pela sua relevância acerca da dimensão avaliada.

O agravo é visto como grave apenas quando acomete uma dimensão física extensa e potencialmente mortal, mas não é visto como grave quando acomete uma dimensão física menor.

“a gente tá falando de queimar, queimar tudo. (...) É queimar, não é queimadinho, igual a gente queima em encostar, não.” (E6)

- Desproporção entre os agentes da injúria e sua gravidade

Os discursos dos sujeitos mostram na repetição do tema *“de uma coisa pequena, acontece uma tragédia”* (E9), o espanto na percepção de quão desproporcional se evidencia o agente do agravo, que geralmente é tido como “pequeno”, em relação à dimensão da injúria, que é vista como potencialmente mortal.

“porque um simples vidro de acetona pode causar um estrago muito grande” (E12)

5.1.3 Benefícios percebidos

Segundo Flavin et al. (2006), crianças são vulneráveis, pois possuem habilidade limitada para reconhecer riscos e prever as consequências de suas ações. Então, adultos possuem a responsabilidade de proteger as crianças e providenciar medidas de proteção e prevenção contra injúrias acidentais. Para tanto, é necessária a percepção de que esses agravos podem ser prevenidos por uma ação. E é disto que trata a dimensão em questão.

- Supervisão

Observa-se que a supervisão é percebida, pelas entrevistadas, como medida muito importante e prioritária para a prevenção e destaca-se nas falas das mães

“se ficar de olho, não vai acontecer.” (E9)

“A única prevenção é tomar cuidado com as crianças, se você tá fazendo comida e um adulto tá em casa e você pede o adulto pra olhar ou então você já nem faz” (E4)

“Mas enquanto a gente tá perto e pode monitorar o menino toda hora é melhor” “Hoje se a gente não ficar em cima deles, minha filha, direto você tá no hospital com eles” (E6)

- Afastamento dos perigos

O afastamento dos perigos é percebido como medida importante e prioritária de prevenção.

“Então, é afastar deles o perigo” (E1)

“Então, para evitar, tem que dar um jeito de não deixar perto. (...) Não deixa nem chegar perto. A única solução é essa.” (E2)

Algumas medidas que objetivam o afastamento dos perigos são destacadas nas falas das mães, como:

- impossibilitar o acesso aos agentes perigosos;

“A solução é não deixar perto mesmo. Não deixar as crianças perto.” (E2)

“Mas é deixar no alto, as coisas perigosas” (E1)

“prestar mais atenção, não deixar coisa quente, igual feijão, água, álcool, gasolina, não deixar perto das crianças, né, porque é perigo de vida.” (E3)

- evitar comportamentos inadequados por parte das crianças, ensinando-as;

“A gente não deixa não, a hora que vê toma logo, avisa que é perigoso, né. Mas eu acho que agora é arrumar um lugar próprio e mais escondido possível” (E1)

- afastar as crianças dos ambientes de risco.

“uma cozinha pra evitar esse tipo de queimadura não deveria ser dentro da casa, deveria se num lugar próprio e trancado e criança nem na hora que tiver mexendo com fogo, não passar lá nem por brincadeira” (E12)

- Prevenção secundária

A prevenção secundária, que é parte da matriz de prevenção de Haddon (in Runyan, 2003), que seriam as medidas para minimizar o dano, durante ou no instante em que ocorre a injúria, foi destacada pela quase totalidade das entrevistadas como de extrema importância para a prevenção do agravo. No caso, a medida mais importante e relatada seria a irrigação da superfície queimada com água fria, recomendação que aparece nos guias e orientações para prevenção de injúrias e queimaduras (OMS, 2008; ONG Criança Segura, 2008).

“no meu caso, graças a Deus, foi só 7%, devido por conta dessa água que ele jogou né. A água salva!” (E1)

“As vezes se eu tivesse pegado na mesma hora que eu vi ele lá caindo, tacado ele dentro da água fria, ele não tinha queimado” (E4)

5.1.4 Barreiras percebidas

Apesar da percepção da eficácia e importância das medidas de prevenção, alguns obstáculos e diversas condições impedem a ação preventiva dos sujeitos. A percepção das entrevistadas quanto às barreiras para as ações de prevenção foi evidenciada no relato crítico às próprias condições socioeconômicas, às próprias crenças pessoais e comunitárias, à falta de informação e conhecimento e ao próprio autoengano decorrente de um pensamento que nega a existência dos riscos, impedindo a ação.

- Condições socioeconômicas

Observa-se que condições sociais e do ambiente físico, por falta de infraestrutura e pela situação econômica precária, são vistas como barreiras para a implantação das ações e medidas de prevenção, como a falta de pessoas para supervisionar, pois a mãe, geralmente tem muitos afazeres domésticos.

“A gente não dá conta (...). Um só ainda dá pra monitorar, mas dois, quem tem mais filho, né” (E1)

“porque também a gente não dá conta né, de fazer comida e cuidar da criança.” (E9)

A precariedade do ambiente físico, com poucos cômodos e falta de espaço para as crianças também foi relatada.

“Que é sair do quarto, sair do quarto e ir pra cozinha, tanto que nós só temos a cozinha que o outro quarto ficou pro meu pai.” (E8).

- Crenças populares

As crenças relativas à saúde, saberes populares que orientam condutas e comportamentos frente a questões de saúde e doença, são colocadas e percebidas, pelas próprias entrevistadas, como barreiras, que impedem a realização de ações, no caso, principalmente, no que diz respeito à ação de prevenção secundária, a irrigação com água fria na área lesada.

“foi pouco tempo que eu sabia que tinha que por água em queimadura. O mito, né, é que vai constipar” (E1)

“Tanto que quando ele queimou, meu esposo tirou a roupa dele e colocou ele debaixo da torneira, e eu falei ‘não, vai matar o menino, vai constipar’. Porque constipa, né.” “Se eu soubesse eu tinha posto na hora na água, né. Como se diz, os primeiros socorros assim. A ficar naquele tempo antigo, minha avó falava se a gente fizer um biscoito, tomar um café, não pode enfiar a mão na água fria não que constipa logo” (E2)

- Falta de informação

A falta de informação e conhecimento foi apontada, pelas entrevistadas, como causa de comportamento inadequado ou impedimento para a realização das medidas corretas de prevenção, sendo, inclusive, fator responsável por piora do agravo.

“porque a gravidade é devido a gente não saber disso, né. O pai sabia, jogou água.” (E1)

“Não, eu não sabia. Tanto que na hora que o meu marido pos ele na água fria eu até xinguei, falei “não, não pode não” (E4)

“porque eu falei ‘não coloca não, você vai matar o menino, vai constipar. Porque eu não sabia, né. Se eu soubesse eu tinha deixado.” (E2)

- “Acidente” ao acaso

A crença de que “isso não vai acontecer comigo” é colocada pela quase totalidade das mães e percebida, por elas, como impedimento para ações preventivas, para antecipação de riscos e até para a própria percepção de susceptibilidade.

“Que enquanto a gente tá escutando a gente pensa ‘ah, isso é besteira, sabe? nunca vai acontecer com meu filho mesmo” “A gente que é mãe a gente nunca imagina, né? a gente acha que quando passa até alguma coisa até na televisão a gente pensa assim “ah, essa mulher é descuidada, isso não vai acontecer comigo” “Eu acho que é por isso, que a gente acha que nunca vai acontecer com a gente, entendeu? então a gente nunca evita. (...)Então enquanto não acontece com a gente a gente não previne, infelizmente. Todo mundo é assim.” (E4)

“Sexta-feira, eles devem ter dado alguma falta de sorte, um descuido, porque eles não mexe. Eles não mexe em panela.” (E5)

“Vê acontecendo com os outros, mas você acha “eu tô cuidando tão bem, não vai acontecer comigo” (E9)

“A gente sabe, mas não prevê, né. Acontece só com o outro. Agora, dá medo.” (E1)

5.1.5 Estímulos para a ação

Os fatores que podem desencadear as percepções de suscetibilidade e gravidade, que servem de impulso para motivar a ação, destacam-se nas categorias que compõem esta dimensão. Observa-se que esses fatores também são colocados como meios de solucionar as questões apontadas como barreiras para a adoção de medidas e comportamentos preventivos.

- Experiência como aprendizado

A experiência é percebida como a forma mais eficaz de aprendizado e como maior propulsora da ação.

“Só depois que acontece que a gente previne boba. Que antes disso é muito difícil a pessoa falar que previne se não aconteceu nada.” “Eu acho assim, mais mesmo é com a experiência, mas se tivesse alguém assim pra divulgar, né? pra dar a informação melhor, acho que também seria, mas mais mesmo é pela experiência mesmo boba, que a gente sente na hora é que a gente vai aprender mesmo.” (E4)

“Cada coisinha que acontece as vezes a gente precisa de passar por aquilo pra gente aprender mais.” (E6)

Observa-se que após o evento, modifica-se a percepção de suscetibilidade, quanto ao risco do ambiente e também a percepção quanto aos benefícios da prevenção.

“Nossa, depois disso, eu vou colocar até uma porta na cozinha, né” (E7)

“Mas eles tinham muito costume de ficar próximo ao fogão. Agora não fica mais não.” (E3)

“Então a gente não pode nem piscar o olho não. Agora, eu tô acordada mais ainda, né.” (E1)

“Tá sempre de olho. Agora, nós vamos ficar mais de olho ainda.” (E5)

E se aprende com a experiência do outro também, quando de certa forma, se vivencia o fenômeno pela proximidade.

“Agora eles tem medo de pegar em vela, em qualquer coisa que queima. Eles não ficam mais perto do fogão. Porque eles ficaram assustados de ver ela chegando lá, segunda-feira, toda enfaixada.” (E3)

“então ela também aprendeu vendo o que aconteceu.” (E12)

“eles não ficam mexendo na beirada do fogão, eles não mexe. Sabe que não pode, porque meu irmão já queimou uma vez também”(E5)

*“então ela também aprendeu vendo o que aconteceu.”
(E7)*

- Informação e orientação

O conhecimento é demandado, pelas entrevistadas, sob forma de orientação através dos profissionais ou diversos meios de comunicação. Segundo relato de algumas delas, nunca lhes foram repassadas informações pertinentes à prevenção de queimaduras na infância.

“se a gente soubesse, se chegasse na hora do pré-natal, se tivesse essa informação, né” (E2)

Outras entrevistadas mostraram conhecimento sobre o tema e destacaram a importância da mídia para a questão da prevenção. A maioria das entrevistadas apontou a televisão como principal fonte de informação sobre o tema.

“É tudo assim assistindo televisão mesmo, né? Jornal, essas coisas que a gente vê tantos casos acontecendo que a gente vai aprendendo” (E6)

“Já sabia. Eu vi falando na televisão, que toda queimadura, quando a gente queima, tem que por na água fria” (E3)

A escola também é destacada como fonte de conhecimento, principalmente para as próprias crianças, que são vistas por algumas mães como sujeitos importantes na questão da prevenção.

“eu acredito que é a mídia mesmo e a escola que pode transmitir, né. Os filhos vai passando pros pais, quem sabe, né. Eles mesmo vai tomando consciência” (E1)

Os profissionais de saúde e os próprios postos de saúde são vistos também como importantes agentes na transmissão de informação e orientações sobre riscos e medidas preventivas de injúrias não intencionais.

“Aí, depois que a gente teve orientação no posto, aí naquele dia o meu marido fez um armário, colocou bem acima assim que até pra gente pegar tem que por um

‘tamburete’, nós adultos né, porque lá tão os produtos perigosos” “Tem! Tem forma de evitar (...) um pouquinho de tempo que a gente tirar pra ter uma conversa com o agente de saúde, ir no posto saber as orientações” (E12)

5.1.6 Autoeficácia percebida

Observou-se uma dificuldade em avaliar a percepção de autoeficácia das entrevistadas, por incoerências nos discursos, ora mostrando segurança em falar das medidas de prevenção, mas revelando uma incapacidade e insegurança em adotá-las. Esta incoerência talvez tenha ocorrido pelo sentimento de culpa ou constrangimento diante do fato ocorrido.

- Descrença na própria capacidade de agir

Observa-se que apesar de haver a percepção da eficácia das medidas de prevenção há descrença na própria capacidade de agir.

“Que eu acho que evitar, evitar mesmo não tem como, que a gente nunca sabe a hora, o dia exato que vai acontecer.” (E4)

E neste caso, também no que diz respeito a ação de prevenção secundária.

“A gente entra em pânico, é muito ruim, nó.” “que eu mesmo não tive reação nenhuma eu fiquei parada chorando junto com ele.” (E4)

5.2 Análise do Grupo Focal: a percepção dos pediatras

O grupo focal foi realizado com a participação dos seis pediatras convidados, com duração de 62 minutos. O tempo de serviço dos participantes no HPSJXXIII variou de 10 a 35 anos, com uma média de quase 22 anos. Um deles é recém aposentado. A maioria possui mais de um emprego e local de atuação.

A análise dos discursos dos participantes apontou 10 temáticas relevantes que resultaram nas categorias aqui reveladas, considerando-se o objetivo de compreender a percepção dos pediatras quanto à prevenção de queimaduras na infância e seu papel nesta questão.

- A prevenção na atenção primária à saúde

Observa-se que as unidades públicas de atenção primária à saúde, como também os consultórios particulares, são vistos como local de aconselhamento e orientação.

“Então o que a gente faz no centro de saúde é tentar orientar, sempre estar passando isso pras mães né, essa orientação” (P5)

E destaca-se a importância de introduzir as orientações de prevenção de injúrias na rotina das consultas de puericultura.

“a maioria acha, eles acham que a puericultura é só pesar, medir, orientar dieta e não é isso, é além.” (P5)

“Da minha rotina faz..., eu mando tirar tudo, tem que conversar muito mesmo.” (P1)

- A prevenção secundária das queimaduras

A irrigação do local da queimadura com água fria é destacada como medida primordial de prevenção secundária, como tentativa de minimizar os danos causados pela queimadura, no momento imediato após a sua ocorrência.

“na hora que queimou é molhar, é uma coisa que tem que ser divulgada mesmo, porque evita, a gente vê todo dia” (P3)

E o seu desconhecimento por parte da população em geral é também debatido, relevando-se a necessidade da disseminação deste conhecimento.

“prevenção também secundária, na hora que queimou pula na água, o povo tem que saber disso, ..., tem que ser na hora, sem pensar, entra na água e depois pensa” (P3)

- “Engenharia” de produtos e ambientes

A questão da “engenharia”, um dos três componentes da teoria dos Es, foi bastante debatida como de extrema importância para a prevenção de queimaduras. Várias problemas e também várias propostas de mudanças nas estruturas do

ambiente e dos produtos e utensílios, principalmente aqueles que compõem o ambiente da cozinha, foram apontadas.

“abre a porta do fogão assim, é um convite para menino subir” “pra mudar primeiro a boca do fogão, jamais ter boca na frente, mudar para o canto a boca de maior rendimento, porque aquela é convidativa” “a boca do fogão atrás e mais o modo de abrir aquela porta, ou se ela fosse mais baixa e não tivesse uma outra porta que não servisse de trampolim pra criança subir” (P4)

Foi levantada a questão da necessidade de se adaptar o ambiente da cozinha, modificando a engenharia e as normas de segurança do ambiente, mas rejeitou-se a ideia de que a cozinha não seja frequentada por crianças, pois essa medida não condiz com a realidade dos domicílios.

“meu Deus, as crianças entram na cozinha sim, na minha cozinha os meus filhos entraram, entram, filhos do ... entram, não tem jeito” (P4)

Ratificou-se essa questão com o fato de ser a cozinha um ambiente de riscos também para o adulto.

“não tem criança, mas tem a Senhora que pode esbarrar, tem eu também que posso esbarrar, tem muita gente aqui que tem uma criança dentro de si e eu sou assim” (P4)

Como barreira para a implantação das mudanças de engenharia apontadas, levantou-se a questão do *lobby* comercial e de fatores econômicos que revelam o descompromisso das indústrias com a questão da segurança e da prevenção de injúrias.

“mas que infelizmente, do ponto de vista comercial, acharam que, como se fala? Pelos custos, não poderia ser atendido”(P4)

“isso infelizmente né, a gente vê, há esse poder econômico sobrepondo a prevenção de acidente” (P2)

- *“Enforcement”*, a importância da legislação

Seguindo a teoria dos Es, a questão do “*enforcement*” foi levantada, destacando-se a importância e a eficácia da legislação como meio de implementar a prevenção de queimaduras.

“então é lei que você tem que fazer” (P3)

“Tem que ser lei mesmo, primeiro momento” (P4)

“e questões como a legislativa, como a campanha que nós lançamos aqui em Belo Horizonte contra a comercialização do álcool líquido, a gente sabe que o álcool é um agente causador de queimaduras graves, profundas e a gente enfrentou essa batalha que teve, inclusive, uma repercussão nacional. E a gente viu, que durante o período que a gente divulgou muito essas informações, houve uma redução de internações.” (P2)

As leis também foram apontadas como meio de se pressionar setores como a indústria e o comércio quanto à sua responsabilização e compromisso com a segurança dos produtos e ambientes na prevenção de queimaduras.

“Mudar o fogão pra mim é lei, obrigação e pronto”(P3)

- “Educação” para a prevenção

O terceiro componente da teoria dos Es, a educação, foi bastante discutida pelos participantes e a percepção de sua importância na prevenção de queimaduras e outras injúrias foi unânime.

“Apesar das medidas educativas terem um impacto muito menor que as tecnológicas e as legislativas, o que foi comprovado cientificamente, a gente sabe que também resultam em alguma prevenção principalmente de casos mais graves.”(P2)

Quanto ao seu conhecido modesto potencial em reduzir as incidências das queimaduras, levantou-se a hipótese de que esse fato deve-se ao pouco empenho empreendido em suas medidas.

“a questão educativa, ela causa pouco impacto porque realmente tem um menor empenho sabe?”(P2)

E destacou-se sua importância em modificar comportamentos principalmente nas crianças, que são vistas como sujeitos mais suscetíveis às intervenções do que os adultos.

“a gente nova tá crescendo nesse ambiente, com essa cultura, o difícil é gente que acha que sabe tudo” (P4)

“eu acho que criança é que apreende, adulto..., assim..., tenho pouca esperança em adulto. Você fala com o adulto alguma coisa, ele vira as costas. Eles fazem, continuam fazendo, não mudam o comportamento, é muito difícil, ... , criança é que apreende as coisas e ensina para os pais” (P3)

A importância da educação nas diversas instituições foi destacada, em todos os níveis de instrução.

“Acho que tem que ser o ensino mesmo! Nas escolas, na própria faculdade mesmo” (P5)

Observou-se, como impedimento para o êxito da educação nas mudanças de comportamento, a existência da lacuna entre o saber e o fazer, entre a compreensão e a adoção de comportamentos de segurança.

“Eu falo na cabeça dessas mães pediatras e elas não escutam o que eu falo. Então você imagina falar para outras mães... Não está relacionado só com a questão socioeconômica” “eu vejo que a grande maioria tem consciência, mas elas tem uma resistência, né” (P6)

- Barreiras para a prevenção

As questões socioeconômicas, como condições precárias de moradia e a pobreza, são percebidas como fatores de risco para as queimaduras e como barreiras para a prevenção.

“quem mais queima é gente pobre, simples, cuja casa tem um cômodo pra tudo, ou dois cômodos ou três, quando tem três tem um lugar que é a “privadinha” né, e o outro lugar a cozinha e o outro o quarto, táí, os três cômodos. Quer dizer, se sair do quarto está na cozinha” (P4)

A descontinuidade e pontualidade das intervenções e ações educativas foram percebidas como barreiras para a prevenção. A percepção da necessidade da continuidade nas medidas educativas foi unânime.

“eu acho que tem que ser um trabalho contínuo né” (P2)

“então, a prevenção, eu acho que não é campanha de prevenção, tem que ser permanente” (P3)

“mas tem que ser uma educação continuada, porque eles passam assim, tem época que vai chegando o inverno, começam as campanhas, alguma coisinha eles passam, no meio da entrevista e tal, mas é só por um período assim!” (P5)

O impacto de algumas intervenções foi discutido, evidenciando-se a atuação de diferentes setores na questão da prevenção das queimaduras, mas destacou-se, novamente, a necessidade da continuidade das ações.

“Então, Belo Horizonte, com essa iniciativa, supermercado amigo da criança, suspendeu a venda do álcool líquido. Causou, durante um período, um impacto grande, agora eu acho que ainda falta uma continuidade” (P2)

As crenças e os tratamentos populares foram citados como empecilho para o tratamento adequado e correto das queimaduras.

“o sujeito queimou, tem gente que passa creme dental, tem gente que coloca folha de bananeira em cima, tem gente que coloca clara de ovo, de forma que é muito variável o tratamento e ela aprovando isso, gente! Muito variável o tratamento... tem gente que evita água porque pode cozinhar, que a gente cozinha a comida na água, então pode cozinhar... E é justamente o contrário, a água que é nossa aliada” (P4)

- A disseminação do conhecimento

A divulgação e disseminação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras foi tema debatido, repetitivamente, pelos participantes, como também o direcionamento específico de cada informação.

“o povo tem que saber disso, não é o médico não, o médico está lá no hospital, pra atender” (P3)

“recentemente também uma iniciativa da cirurgia plástica que foi a revistinha da Mônica, com o patrocínio de várias instituições, ..., mas sempre numa quantidade muito pequena, atingindo um público muito pequeno, né!” (P2)

Salientou-se também a importância da ampla divulgação para a disseminação do conhecimento sobre as leis relacionadas e as novas tecnologias e regras de segurança, para a implementação e o fortalecimento dessas medidas.

“a gente enfrentou essa batalha, teve inclusive uma repercussão nacional e a gente viu que durante o período que a gente divulgou muito essas informações, houve uma redução de internações.” (P2)

Os meios de comunicação de massa foram apontados como a melhor forma de se ter um alcance maior na disseminação desses conhecimentos, mas se chamou a atenção para o perigo e o prejuízo de se passar uma informação errada.

“a gente tem que ter o apoio da mídia, passar a informação correta. Teve uma novela das oito, não lembro mais qual, onde aparecia uma pessoa sofrendo queimadura e que tinha um tratamento que era com barro, passava barro na ferida! E aí, na época, nós escrevemos uma carta pra Rede Globo.” “a TV que tem um alcance grande para divulgar uma atitude.” (P2)

Atentou-se para a necessidade de se aproveitar as oportunidades para repassar e divulgar conhecimentos sobre prevenção de queimaduras, inclusive, nos locais de ensino, que propiciam o aprendizado.

“os meus colegas tem uma resistência em falar, em abordar sobre esse assunto entendeu? ..., eu acho assim que não dá para perder uma oportunidade de repassar uma informação, né.” (P2)

“as escolas em geral, escola em geral seria muito importante essa questão da prevenção.” (P5)

“auto escola é uma coisa importante, a gente deve trabalhar em auto escola, ..., naquela parte de primeiros socorros, que na auto escola eles são obrigados a

comentar, a dar um embasamento sobre isso e os alunos tem que saber.” (P4)

- A experiência modificando atitudes

A experiência e a vivência da questão das queimaduras na infância é levantada como fator facilitador da percepção quanto aos fatores de risco e à importância da educação para a prevenção.

“nós que trabalhamos aqui a gente sabe que esses acidentes não são acidentais, na maioria acontece por omissão ou erro na avaliação do risco, né, é por desconhecimento mesmo” (P2)

O fato de trabalhar em hospital de referência, não só capacita e alerta os profissionais para a questão das queimaduras, como modifica o modo de pensar e agir destes, aumentando sua percepção e sua atuação quanto à prevenção desses agravos.

*“porque a gente que está aqui, a gente tem muita informação, agora quem está fora, não passou por aqui, pelo João (HPSJXXIII), não tem muita noção, orientação”
“Mas acho que é uma coisa de rotina nossa mesmo, principalmente pediatra do João. É, eu já repeti várias vezes, você fica meio neurótico mesmo com as coisas.”
(P1)*

“é isso o que eu vejo, os pediatras que trabalham no João XXIII, eles tem preocupação com a prevenção, mas os outros não tem não” (P6)

“porque a gente que mexe com queimado a gente pensa em prevenção com tudo” (P3)

- Aconselhamento

O aconselhamento foi citado por todos os participantes, em algum momento, ressaltando-se a sua importância e a familiaridade com o tema. Foi destacada a necessidade de adequar as orientações ao contexto dos receptores.

“a gente atende no consultório convênio, convênio de empresa, tem pessoa de nível às vezes menor e a orientação tem que ser maior.” (P1)

Colocou-se a necessidade da repetição para a fixação e absorção do conhecimento por parte dos receptores, em sua maioria, mães.

“você tem que estar sempre falando, falando pra colocar na cabeça das pessoas, mesmo assim ainda acontecem as coisas” (P1)

“Eu acho realmente que cabe a gente falar, orientar e falar muito, porque o pessoal é meio desligado mesmo, né, nunca vai acontecer com o seu filho.” (P1)

O uso de material escrito como estratégia de aconselhamento foi citado como relevante, conforme respaldado por instituições relacionadas.

“a Academia Mineira de Pediatria tem uma orientação pros pais, para antes da consulta. Então tem folhetos científicos onde tem orientações por faixa etária, para você trabalhar com a faixa etária” (P2)

Salientou-se a importância de adequar as orientações quanto à faixa etária da criança e foi levantada a necessidade de o pediatra requerer a participação ativa dos pais quanto às medidas de prevenção.

“você tem que respeitar essas faixas etárias e frisar mais, de uma lista de verificação onde os pais devem fazer essa checagem a cada 6 meses” (P2)

- O papel do pediatra

A importância do pediatra como sujeito na prevenção das queimaduras na infância é unânime entre os participantes, por ser uma figura importante na educação e no repasse de conhecimentos aos pais e às crianças.

“Eu acho, que a gente tem o poder muito grande, né, então eu acho que a gente não pode perder essa oportunidade.” “Eu vejo, eu acho que o pediatra, ele inspira muita confiança na família, é o primeiro profissional que estabelece um contato mais íntimo e ele é muito ouvido.” (P2)

Mas alguns pontos que corroboram essa importância e indicam os campos de sua atuação foram destacados.

“então eu acho que o nosso papel é fundamental não só dentro do consultório, no engajamento na sociedade, no papel de propor intervenções mais amplas, nas questões tecnológicas e legislativas” (P2)

Foi levantada a necessidade de ampliar a atuação do pediatra, considerada além de suas possibilidades.

“o papel do pediatra, eu acho que é muito tímido ainda sabe?” “Eu acho que a gente precisava reforçar essas orientações de prevenção de acidentes e ampliar a nossa atuação não só no consultório, mas na comunidade, escolas e com atividade extra local de trabalho.”(P2)

6 Discussão

Os resultados obtidos da análise temática do discurso das mães entrevistadas e dos pediatras participantes do grupo focal, traduzidos nas categorias encontradas, nos fornecem pistas que podem revelar o modo de pensar e agir dessas mães e a percepção dos pediatras quanto à questão da prevenção de queimaduras na infância. Discute-se aqui, estes resultados, que trazem em si, a percepção da própria pesquisadora em relação aos discursos dos sujeitos e ao tema abordado.

As características das queimaduras das crianças internadas, cujas mães foram entrevistadas, seguiu o padrão observado nas estatísticas epidemiológicas de alguns estudos quanto ao local de ocorrência, aos agentes envolvidos e à faixa etária predominantemente acometida, apresentadas por Costa et al.(1999), Bertolin (2008) e Peden et al.(2008). Mas nenhuma queimadura foi causada por água quente das torneiras, causa muito observada em países de alta renda e de clima frio. (Peden et al., 2008; Peck et al., 2009) Nos domicílios das entrevistadas, as torneiras não possuem água quente, inclusive não havia nem chuveiro em uma delas e para o banho do bebê e das crianças, a água é aquecida no fogão. Ou seja, a legislação quanto à regulação da temperatura nas torneiras, medida bastante discutida e de repercussão naqueles países, não se aplica à nossa realidade. Este fato enfatiza a necessidade de se conhecer a realidade local para o planejamento de medidas de prevenção realmente eficazes. O grau de escolaridade e a idade das mães entrevistadas, também explicitam duas realidades do nosso país: o baixo grau de escolaridade materna e a maternidade na adolescência, fatores determinantes de risco para injúrias em crianças, segundo Peden et al.(2008).

Analisando as dimensões temáticas do MCS, observou-se quanto à suscetibilidade, que as mães percebem o risco dos agentes, dos comportamentos e mais raro, do ambiente, apesar de não agirem em acordo com a sua percepção. Ou seja, há a percepção da ameaça, mas não há reação. Este fato também foi observado na revisão de Smithson et al.(2011).

O fato da cozinha ser, na maior parte dos casos, habitualmente frequentada pelas crianças e, muitas vezes, nem ser percebida como ambiente de risco, nos remete à questão abordada pelos participantes do grupo focal, da impossibilidade de crianças não frequentarem este local do domicílio, levando em consideração o

espaço físico reduzido, a situação socioeconômica precária e a estrutura insegura dos mesmos.

Quanto à gravidade, há pouca percepção do agravo como danoso à saúde. Isso parece decorrer do fato das mães saberem dos riscos, mas não conhecerem o agravo. Apenas duas mães disseram ter passado por experiência de queimadura prévia. Para Smithson et al.(2011), a pouca vivência de mães mais jovens poderia ser a causa desse fato. Portanto, pensa-se que é preciso ver para conhecer a queimadura, para se poder dimensionar e perceber a gravidade potencial desta injúria. Isso pode ser realizado com a divulgação de imagens, seja por meio de material impresso, através da mídia televisiva ou através do contato visual com pessoas vítimas de queimadura.

A preocupação das mães em supervisionar e afastar os perigos parece ser unânime e constante, como também aponta Smithson et al.(2011). A prevenção de queimaduras segue as prioridades de otimização de supervisão, limitação do acesso aos perigos e antecipação dos riscos, descritas por Flavin et al.(2006). As mães entrevistadas parecem perceber essas prioridades e a necessidade e importância da adoção dessas medidas. As queimaduras, dentro desse contexto, podem ser evitadas com atitudes preventivas como não deixar as crianças sozinhas, sempre deixá-las sob a supervisão de um adulto, virar os cabos das panelas para dentro do fogão e usar as bocas de trás, não deixar líquidos quentes ao alcance das crianças, manter fósforos, isqueiros e álcool fora do alcance de crianças, citando algumas medidas colocadas pelas próprias mães nas entrevistas realizadas, que convergem com os resultados da pesquisa da ONG Criança Segura, de 2008.

Quanto aos benefícios das medidas preventivas, observa-se que eles são percebidos pelas entrevistadas, apesar de não serem suficientes para a ação. Percebe-se, então, que há conhecimento dos riscos e também das medidas de prevenção, mas não há adoção de comportamentos seguros, como também percebido pelos participantes do grupo focal, o que explicita a existência de lacuna entre o conhecimento e a ação, relatada em diversos estudos sobre prevenção de injúrias. No discurso das entrevistadas, pode-se observar a percepção da necessidade de uma atitude mais ativa em relação à prevenção de queimaduras e a percepção de que essas injúrias podem ser prevenidas. Então, percebe-se que a maioria das mães sabe o que fazer, sabe que deve fazer, mas não o faz. Mas a temática recorrente e enfaticamente relatada da prevenção secundária nos faz inferir que há uma preocupação maior em saber o que fazer caso ocorra uma injúria do que

o que fazer para evitá-la. Faz-se necessário, então, uma adequada orientação para direcionar os esforços maternos de forma a priorizar atitudes mais eficazes de prevenção, dentro do seu contexto, como sugere Smithson et al. (2011) e um conhecimento maior dos comportamentos inseguros para também voltar as orientações no sentido de impedi-los, conforme destaca Taira et al. (2011).

Partimos, então, para a discussão das barreiras para a prevenção e fatores que ampliam esta lacuna entre o saber e o fazer e dos fatores que podem servir de estímulos para o estreitamento desse intervalo.

As condições socioeconômicas precárias são percebidas como barreiras para a prevenção, tanto pelas mães entrevistadas como pelos participantes do grupo focal, em acordo com diversas fontes da literatura, apesar destes últimos destacarem a precariedade do ambiente físico e não o contexto social destas mães, o que foi prioritariamente destacado por elas nas entrevistas. Entre os fatores do seu contexto social, destacados pelas entrevistadas, estão a falta de informação e orientação e a carga de responsabilidade que elas questionam ser sacrificante para elas, que incluem a supervisão das crianças, as atividades domésticas e, às vezes, ainda outro trabalho, sem ter o apoio necessário. A crença no “acidente”, ou seja, o evento que ocorre ao acaso, por “falta de sorte”, parece impedir a percepção da evitabilidade da injúria pelas entrevistadas e as tornam passivas frente à prevenção, o que também é discutido na literatura como barreira para a adoção de medidas preventivas. Estes fatos são destacados na revisão de Smithson et al.(2011).

Observa-se que há percepção e consciência daquilo que é empecilho para a prevenção e do que é preciso fazer para solucioná-lo, conforme as temáticas destacadas nos estímulos para a ação.

A experiência é resgatada pelas mães entrevistadas e pelos pediatras como extremamente eficaz em mudar a percepção e o comportamento voltados para a prevenção. Nota-se que a experiência também é significativa mesmo quando se vivencia o fato ocorrido com o outro. Não é necessário viver um fato para se pensar nele. Essa observação é importante para se pensar em intervenções educativas, podendo-se usufruir de experiências alheias para o aprendizado, desde que essas se tornem significativas aos receptores. Quanto a essa questão, a educação não formal, discutida por Rocha et al.(2010), pode apontar um caminho. Uma sugestão seria trazer à escola ou às unidades de saúde experiências relatadas por indivíduos da própria comunidade, ou promover visitas a outros locais onde se possa vivenciar essas experiências.

Quanto à autoeficácia, a crença na ocasionalidade e imprevisibilidade do evento causador da queimadura parece interferir também em sua percepção. No conceito de Mendes (2011):

[a autoeficácia] expressa o grau de confiança de uma pessoa em mudar comportamentos para chegar aos objetivos desejados: se as pessoas pensam que podem fazer algo, elas provavelmente as farão; se as pessoas pensam que não podem fazer algo, elas provavelmente não as farão.

Apesar de perceberem as queimaduras como passíveis de prevenção, as mães entrevistadas parecem não agir por não acreditarem na sua própria capacidade de evitar as queimaduras, pois o problema parece ter uma dimensão maior que elas, o acaso, que torna a prevenção inalcançável com suas habilidades.

A orientação é demandada pelas mães que, como os pediatras do grupo, trazem a questão da necessidade de se aproveitar as oportunidades para o aconselhamento. Quanto ao aconselhamento, foram trazidas várias considerações que convergem com as encontradas na literatura. Entre elas, a necessidade da orientação direcionada ao contexto familiar, a necessidade da repetição e constância das orientações, a questão da utilização de material escrito e sua adequação à faixa etária da criança. A importância do aconselhamento como prática na atenção primária foi destacada pelos pediatras, como também observa Bass et al.(1993).

A orientação do pediatra, pode então, basear-se nas prioridades de Flavin et al.(2006), enfatizando as medidas de acordo com a faixa etária do paciente.

O pediatra é um educador, detentor de um imaginário conhecimento que o coloca em uma posição capaz de intervir na saúde das crianças e de seus familiares e promover mudanças de comportamentos. Mas, para isso, ele deve se perceber autoeficaz quanto à essa capacidade, para poder agir, nutrindo a mesma percepção no outro. A percepção da autoeficácia mostra-se, então, de extrema importância, não só para os pais, mas também para os próprios pediatras, pois ambos devem ser agentes da prevenção. Nesse sentido, observa-se a necessidade do empoderamento desses atores para as práticas voltadas às prevenção. Apesar de todos os pediatras do grupo relatarem que o aconselhamento é prática rotineira no seu trabalho, foi observado que essa não parece ser a prática da maioria dos profissionais da categoria e esse fato se deve a falta de informação e experiência

desses quanto ao tema da prevenção, o que gera desconforto e falta de confiança no seu papel de educador, como também observado por Cohen e Runyan (1999).

O fato de todos os pediatras participantes do grupo trabalharem em centro de referência de trauma e queimadura, o que lhes fornece conhecimento e os aproxima da questão das injúrias e sua prevenção, coloca-os em posição mais confortável e segura para falar do tema e para inserir o aconselhamento sobre prevenção de injúrias e queimaduras em sua rotina.

Observaram-se sintonias no discurso das mães e dos pediatras quanto a algumas barreiras para a prevenção. A condição socioeconômica, já discutida e destacada em diversas fontes na literatura, é fator de risco para a incidência de queimaduras na infância e barreira para a implementação das medidas de prevenção dessas injúrias. A questão das crenças populares apareceu no discurso das mães como o mito de que a água “constipa” e no discurso dos pediatras, foi também trazida a questão das terapias caseiras no tratamento das queimaduras. Ambos questionam que a manutenção dessas crenças são decorrentes da falta de conhecimento e orientação adequada. Quanto a esta questão, percebe-se que falta a percepção do papel de educador na prática de aconselhamento dos profissionais, que não indagam e não consideram os saberes dos sujeitos educandos, fato fundamental para se ensinar, como alerta Freire (2002).

Quanto aos fatores facilitadores, alguns foram percebidos de forma distinta pelas mães e pediatras. A legislação não foi percebida pelas mães como essencial na prevenção, como destacado pelos pediatras. O tema parece distante da realidade dessas mães que, em sua maioria, possuem pouca escolaridade e têm restrições para exercer sua plena cidadania. Os pediatras mostraram-se engajados na questão legislativa da prevenção, apesar de concordarem que esse engajamento não é uma constância na categoria e que a atuação desses profissionais é restrita e deveria ser bem mais ampla. As mudanças da engenharia, fator relacionado aos agentes e ambiente físico predisponentes às queimaduras, foi pouco abordada pelas mães, talvez pelo falta de percepção do ambiente como fator de risco, pelo desconhecimento das tecnologias ou pela distância do tema de sua realidade, que carece de produtos básicos de necessidade no domicílio, como o chuveiro, como foi relatado. Ao contrário dos pediatras, que ressaltaram a importância da adequação do ambiente físico e dos utensílios para a questão da prevenção.

Pensando-se nas intervenções necessárias para a prevenção de queimaduras na infância, utilizamos a matriz de Haddon para encontrar as medidas

factíveis de acordo com as fases da prevenção e direcioná-las ao seu público-alvo. Exemplificamos também a utilização das dez estratégias de Haddon, quanto à prevenção das queimaduras na infância.

Quadro 3: Matriz de Haddon, adaptada para as queimaduras na infância

	Indivíduo	Agente/ Veículo	Ambiente físico	Ambiente social
Pré-evento	Ensinar comportamentos seguros às crianças. Ensinar as crianças a manipularem os agentes.	Panelas sem cabos extensos. Fogão mais alto e com bocas recuadas. Regras para a comercialização de produtos inflamáveis.	Separar o ambiente da cozinha dentro da casa. Impedir o acesso das crianças à cozinha.	Implantar o monitoramento eficaz das crianças por responsáveis. Educar para a prevenção.
Durante evento	Ensinar às crianças os primeiros socorros.	Colocar dispositivos nos utensílios que controlem a temperatura ou bloqueiem a combustão em caso de acidente.	Tornar o acesso do ambiente fácil para socorro imediato.	Ensinar e capacitar os responsáveis para os primeiros socorros.
Pós-evento	Dar assistência psicológica e multiprofissional.	Eliminar os utensílios inseguros.	Adequar o ambiente às limitações decorrentes da queimadura.	Dar apoio psicológico, social e econômico aos familiares e cuidadores.

Fonte: adaptada de Runyan (2003) e Waksman (2010)

As medidas destacadas nos modelos de Haddon, inserem-se nos diversos níveis da estrutura socioambiental de Bronfenbrenner.

Os fatores intrapessoais e interpessoais, na questão da prevenção de queimaduras, podem ser trabalhados de maneira a direcionar as orientações, considerando-se as diferentes características das queimaduras entre as faixas etárias, promovendo a percepção da suscetibilidade às queimaduras e realçando os fatores propulsores da ação. Pode-se trabalhar também, em nível intrapessoal e interpessoal, os fatores de resiliência percebidos, que podem ser meios para adaptação e adoção das medidas preventivas. Entre esses fatores podem ser destacados, como exemplos, a existência de outras pessoas, familiares ou mesmo vizinhos e amigos que colaborem com a questão da supervisão, a existência de

creches ou outros lugares e serviços que possam ser espaços seguros para as crianças nas horas de lazer.

No nível microambiental, inserem-se as medidas de assistência multiprofissional, ligadas aos serviços e instituições que podem oferecer o tratamento, o apoio ou os recursos necessários para as ações pós-evento. E também destaca-se a relevância dos ambientes escolares e assistenciais nas medidas educativas para a prevenção.

Entre as medidas apontadas e discutidas para a prevenção, em um nível macroambiental, as leis se destacam como medidas primordiais, que interferem até na adoção de comportamentos seguros, em um nível intra e interpessoal, conforme bastante destacado em diversas fontes na literatura (Peck et al., 2009; Peden et al., 2008; Parbhoo, 2010).

Quadro 4: Dez medidas de Haddon para prevenção de queimaduras em crianças

Estratégias	Prevenção de queimaduras
Prevenir a criação de agentes potencialmente causadores de injúrias	Não possuir produtos inflamáveis em casa/ não cozinhar em casa com crianças
Reduzir a quantidade do agente	Aquecer os alimentos apenas até temperaturas moderadas/ controlar a temperatura da água de aquecedores
Prevenir a liberação de energia potencialmente causadora de injúria pelo agente	Fogão, panelas e utensílios de cozinha construídos de modo a não virar
Modificar a liberação do agente ou da energia por ele produzida	Usar produtos inflamáveis em forma de gel/ Utensílios que não permitam derramar grande quantidade de líquido
Separar agente e vítima no tempo e/ou espaço	Esconder produtos químicos e inflamáveis / Cozinhar longe das crianças
Separar agente e vítima com barreiras físicas	Grade na porta da cozinha para impedir o acesso de crianças/ Armários trancados
Modificar qualidades básicas do agente	Panelas com paredes e alças que não conduzam calor
Aumentar a resistência da vítima	Roupas feitas de tecido tratado com substância retardadora de chama
Reduzir a injúria física causada e/ou suas consequências	Água fria na região queimada
Estabilizar, reparar e reabilitar a vítima	Desenvolver um centro regional de atendimento de queimados e serviços de reabilitação

Fonte: adaptado de Haddon (1995) e Waksman (2010)

As intervenções educativas, medidas direcionadas aos indivíduos e seu entorno social, foram destacadas como fundamentais para a prevenção, tanto no discurso das mães quanto dos pediatras, percepção que converge com os achados

de diversas fontes da literatura. Foi levantada, pelas mães e pelos pediatras, a importância da educação das crianças. Mas a transferência de responsabilidades às crianças, como percebido nas entrevistas com as mães, que não consideraram a idade como fator modificador dos padrões de injúria, parece ser consequência de uma dificuldade em perceber o estágio de desenvolvimento das crianças e as habilidades atingidas, conforme sugere Smithson et al.(2011). Neste caso, observa-se mais uma vez a importância do aconselhamento constante e das orientações convergentes com a fase do desenvolvimento e a faixa etária da criança.

A prevenção de queimaduras, vista sob a ótica da educação em saúde, permeia as questões das intervenções para a promoção da saúde, pois as ações necessárias à prevenção dessas injúrias, muitas vezes, relacionam-se com mudanças de comportamento e mudanças ambientais inespecíficas, para um contexto de vida saudável. O empoderamento surge, então, como fator fundamental para as questões da prevenção de queimaduras, para a implementação de maior participação por parte das mães, dos pediatras e da comunidade do seu entorno social, visando as mudanças necessárias em nível individual, micro e macroambiental.

As mães entrevistadas e os pediatras citaram o contato com a equipe multidisciplinar da atenção primária à saúde como positivo e benéfico para o aconselhamento e para a implementação de práticas preventivas na questão das injúrias e queimaduras e, apesar de não ter sido citado o agente comunitário de saúde, acredita-se que, como parte essencial do programa instituído na rede de atenção do SUS, o agente comunitário de saúde (ACS) pode ser peça importante na prevenção desses agravos, pela sua proximidade das famílias e seus domicílios e por ser parte do microambiente da comunidade local. Como já citado na literatura, as visitas domiciliares têm sido utilizadas em programas educativos para a prevenção de injúrias e têm sido avaliadas como efetivas como parte das medidas para a prevenção. Sugere-se, então, que o ACS incorpore seu papel como ator da prevenção, também nas questões relativas às injúrias na infância e que proceda à observação dos fatores de risco socioeconômicos e estruturais dos domicílios, trabalhando o aconselhamento para aprimorar a percepção da suscetibilidade às injúrias, das mães e familiares e destacar possíveis fatores facilitadores ou de estímulo para a prevenção de queimaduras e outras injúrias nos domicílios e na comunidade.

A experiência ou vivência do tema a ser apreendido é extremamente importante para a mudança de comportamento, conforme apontado. Para isso, propõe-se que a educação seja constante, que a informação e as experiências alheias sejam levadas para as pessoas de forma mais íntima e próxima, através de visitas domiciliares, reuniões, encontros, trocas de experiências, grupos operativos, programas educativos, nas comunidades, nas instituições, nas unidades de saúde e na mídia.

Quanto à metodologia deste estudo, o uso de um modelo já bastante discutido na literatura e de teorias disseminadas no meio científico, para orientar o percurso da pesquisa e a discussão acerca dos seus resultados, foi de extrema importância para a condução do trabalho e para o embasamento das discussões e mostrou-se um guia para a organização das ideias propostas e discutidas.

A utilização do MCS mostrou-se adequada aos objetivos propostos, pois possibilitou a compreensão dos fatores essenciais que interferem no modo de pensar e agir das mães entrevistadas.

A realização de única reunião do grupo formado mostrou-se suficiente para alcançar o objetivo e compreender os fatores que determinam o modo de pensar e agir dos pediatras participantes. Porém, acredita-se que a realização de outro grupo com a participação de pediatras não pertencentes ao quadro clínico do HPSJXXIII, possibilitaria uma comparação e a incorporação de novos enfoques à questão e ampliaria a compreensão para uma visão mais geral da classe profissional como um todo.

Este trabalho possibilitou o diálogo entre duas profissionais e pesquisadoras de áreas afins distintas, da educação e da saúde, servindo como iniciativa e experiência para a interlocução interdisciplinar necessária para as pesquisas e para o desenvolvimento de saberes e intervenções para a prevenção de injúrias na infância, conforme coloca Rivara (2002).

Mas acredita-se que a análise dos resultados e sua discussão poderiam ter sido complementadas e enriquecidas com a opinião de outros pesquisadores e a incorporação de outras disciplinas.

7 Considerações finais

Apesar de haver bastante conhecimento da epidemiologia das queimaduras na infância e considerável progresso em sua prevenção, este ainda é um grave problema de saúde pública. Muito há que ser feito quanto a essa questão. Mas o que se constata, aprofundando-se no tema, é que, no nosso meio, o principal entrave para a prevenção dessas injúrias são as precárias condições socioeconômicas e ambientais.

Há medidas preventivas, sabe-se o que pode ser feito, mas é preciso mais engajamento por parte dos atores envolvidos na questão - os políticos, os profissionais e a população, para a sua implantação e implementação. As intervenções educativas são essenciais para o sucesso dessas ações. Pesquisas são necessárias para a construção e avaliação de tecnologias e métodos para novas medidas e novas intervenções.

Há compreensão quanto à necessidade e aos benefícios dessas medidas e intervenções para a prevenção, mas sua aceitação esbarra em interesses, geralmente comerciais ou políticos.

No entanto, a principal questão para a implementação de medidas para a prevenção das queimaduras na infância parece ser a não adoção dessas medidas por parte do Estado, das instituições, dos profissionais e da população em geral. A divulgação e disseminação da informação e do conhecimento é necessária, mas é urgente o empoderamento e o investimento em medidas motivacionais e estimuladoras para a adoção dessas medidas.

Para se alcançar o desafio da prevenção de queimaduras na infância, necessita-se de infraestrutura para os ambientes, de capacitação para os sujeitos e de mobilização social. Este desafio não pode ser alcançado com uma só ação, ou por um só personagem, pois suas necessidades englobam todos os ambientes, todos os sujeitos, em todos os âmbitos da sociedade. Os pais e os pediatras são apenas dois atores do elenco dessa longa construção, mas que detém nas mãos, a peça fundamental, que nos confere esperança e que possibilita todas as mudanças para o futuro idealizado: as crianças.

Por hora, apresentam-se algumas sugestões e recomendações para ações dedicadas à prevenção de queimaduras na infância.

Para as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), sugere-se:

- que uma “check list” de fatores de riscos nos ambientes domiciliares seja incorporada às visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS), para observação e orientação durante a visita e para posterior planejamento de intervenções pela equipe do PSF;
- a capacitação de toda equipe da atenção primária à saúde, inclusive o ACS, para a prática do aconselhamento;
- que a questão da prevenção de queimaduras seja inserida em grupos operativos, com participação de pessoas que já viveram experiência de queimadura para relatarem suas percepções quanto ao agravo;
- que materiais educativos estejam disponíveis nas UAPS e sejam utilizados em eventos com a participação dos profissionais e da comunidade.

Para os pediatras, sugere-se:

- a utilização de algum instrumento para ser utilizado nas consultas de puericultura e de rotina, para acrescentar questionamentos sobre fatores de risco para queimaduras, na anamnese, e tornar o aconselhamento uma prática habitual;
- criar o hábito de ler ou mostrar o conteúdo da CSC com as mães e cuidadores das crianças;
- afiliar-se a instituições governamentais ou não governamentais para obter informações relevantes à prevenção de queimaduras e outros agravos na infância e participar de eventos relacionados. Algumas delas foram citadas neste trabalho.

Nas escolas, sugere-se:

- o encontro com pessoas que já foram vítimas de queimaduras em dinâmicas na escola, em que também as crianças possam trazer as experiências vivenciadas;

- que o tema da prevenção de queimaduras seja abordado, com a participação das crianças, que podem ter a função de observar suas casas ou os ambientes frequentados e questionar os pais quanto a fatores de proteção e comportamentos de segurança, trazendo as medidas de prevenção realizadas, os riscos e perigos existentes;
- trabalhar com materiais educativos que sejam lúdicos, convidativos ou que possam ser produzidos pelas próprias crianças.

Nas faculdades e programas de residência médica, sugere-se:

- acrescentar estágio ou mesmo uma “visita guiada” (opção disponível no NEP do HPSJXXIII) ao setor de queimados de centro de referência, no currículo de todas as residências em pediatria;
- acrescentar o aconselhamento no treinamento de residentes de pediatria nas instituições;
- que nas aulas sobre queimaduras ou outras injúrias em crianças acrescentem-se discussões acerca das experiências vivenciadas pelos residentes e da experiência do aconselhamento na rotina de atendimento.

8 ANEXOS

8.1 Anexo 1: Roteiro para entrevista

Perguntas:

- Conte-me o que aconteceu com seu(sua) filho(a). Ele(a) estava sozinho(a)?
- Antes de ocorrer o acidente, você imaginava que acidentes assim poderiam acontecer? Por quê?
- O que você faz para evitar estes acidentes?
- O que mais pode ser feito para evitar estes acidentes? Como aprendeu essas medidas?

Nota: Este roteiro servirá como referência para nortear a entrevista

Questões a serem observadas:

- () Percepção dos riscos
- () Conhecimento de medidas de prevenção
- () Adoção de medidas de prevenção
- () Reconhecimento de fontes de informação para a prevenção

8.2 Anexo 2: Roteiro para grupo focal

Perguntas:

- Há conhecimento sobre medidas de prevenção de queimaduras na infância?
- O que é feito, pelos pediatras, para a prevenção de queimaduras na infância?
- Quais as barreiras para a prevenção de queimaduras acidentais na infância?
- O pediatra tem um papel de educador? Como?
- O que mais o pediatra pode fazer para esta questão?

Nota: Este roteiro servirá para nortear a discussão

Questões a serem observadas:

- () Conhecimento de medidas de prevenção
- () Conhecimento e repasse das medidas educativas
- () Conhecimento e adoção do papel educador do pediatra
- () Conhecimento e atuação em causas sociais

8.3 Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais

Participação de mães e pais de crianças internadas no Hospital João XXIII

Você, _____, está sendo convidado para participar da pesquisa “PERCEPÇÃO DE PAIS E PEDIATRAS QUANTO À PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS NA INFÂNCIA”, realizada pelo Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). No que diz respeito aos pais, a pesquisa possui o objetivo de compreender a forma de pensar e agir de pais de crianças vítimas de queimaduras, a respeito dos riscos e das medidas para prevenção destes acidentes, depois de uma experiência vivida.

Os entrevistados serão mães ou pais de crianças vítimas de queimadura, internadas no Hospital João XXIII.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Não há riscos ou prejuízos para você ou para seu(sua) filho(a), pois, sua participação não vai interferir, de forma nenhuma, no tratamento que seu(sua) filho(a) recebe, neste hospital, ou na sua relação com os profissionais e pesquisadores, mesmo se recusar a participar.

Para você, esperamos que esta seja uma oportunidade de dizer sobre sua experiência e o que pensa a respeito desses acidentes com as crianças.

A pesquisa também tem o propósito de contribuir para a discussão sobre a prevenção de queimaduras na infância, para buscar meios para a diminuição desses acidentes em crianças.

Sua participação nesta pesquisa consiste em ser entrevistado pela pesquisadora Érica Furtado de Moraes. São entrevistas abertas, ou seja, não há respostas certas ou erradas. Seus comentários são livres e suas respostas e opinião não serão julgadas ou punidas. A entrevista será gravada em áudio e estas gravações serão destruídas após transcrição. Estes arquivos estarão sob responsabilidade dos pesquisadores, que garantem o sigilo da sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e sigilosas e somente os pesquisadores deste estudo terão acesso a estas informações. A divulgação dos dados da pesquisa, em revistas científicas e congressos, não permitirá sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo com o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal:
Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)
Telefone: 3349-7734

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética - CPqRR:
Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)
Secretária: Jéssica Camêlo – TeleFax: (31) 3349 7825

Declaro que entendi os objetivos e a finalidade de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

8.4 Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pediatras

Participação de pediatras em grupo focal

Você, _____, está sendo convidado para participar de pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). A pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DE PAIS E PEDIATRAS QUANTO À PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS NA INFÂNCIA” possui por objetivo compreender a prevenção de queimaduras na infância sob a ótica de pais e pediatras.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de grupo focal para discussão sobre o papel dos pediatras na prevenção de queimaduras na infância. A discussão será gravada em áudio e vídeo e estas gravações serão inutilizadas após transcrição na íntegra. Estes arquivos estarão sob responsabilidade e acesso exclusivo dos pesquisadores envolvidos.

Não há riscos relacionados com sua participação. Em relação aos benefícios relacionados com a sua participação, a equipe desta pesquisa almeja que esta possa ser uma oportunidade de formulação das próprias concepções sobre a prevenção de queimaduras na infância, permitindo uma atitude favorável sobre esta questão. A pesquisa também tem o propósito de contribuir para a discussão de abordagens educativas para a prevenção de queimaduras na infância e para a implantação de medidas preventivas, o que poderá resultar na redução da incidência dos casos de queimaduras em crianças.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e somente os pesquisadores envolvidos neste estudo terão acesso a estas informações, que serão utilizadas apenas para fins científicos. Os resultados desta pesquisa serão divulgados futuramente em veículos e eventos acadêmicos como congressos e periódicos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal:
Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)
Telefone: 3349-7734

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética - CPqRR:
Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)
Secretária: Jéssica Camêlo – TeleFax: (31) 3349 7825

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad. saúde pública*. 2009 mar; 25(3):583-595.

American Academy of Pediatrics. Bright Futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 3rd ed. Washington: AAP; 2008.

Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachaudran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. Vol. 4. New York: Academic Press; 1994. P. 71-81.

Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

Bass JL, Christoffel KK, Widome M, Boyle W, Scheidt P, Stanwick R, Roberts K. Childhood injury prevention counseling in primary care settings: a critical review of the literature. *Pediatrics*. 1993. 92(4):544-550.

Bawa H, Joshi P, Pike I. *Interior Health Injury Prevention Environmental Scan: A Final Report*. Vancouver: BC Injury Research and Prevention Unit.; 2007.

Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(3):655-667.

Bertolin RLN. *Avaliação epidemiológica dos pacientes internados na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) do Hospital Pronto Socorro João XXIII*. Monografia. Pós-graduação em Trauma, Emergências e Terapia Intensiva em Pediatria. Feluma; 2008.

Blank D. Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? [editorial] *J. pediatr.* (Rio J.). 2002; 78(2).

Blank D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. J. pediatr. (Rio J.). 2005; 81 Supl 5:123-136.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Descrever título. Brasília: MS, [s.d.]. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 15 nov. 2010.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República do Brasil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm . Acesso em: 11 jun. 2012.

Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. saúde pública. 1997; 31(2):209-13.

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.

Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editores. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. P.45-62.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). 10 rev. 2008.

Cohen LR, Runyan CW. Barriers to pediatric injury prevention counseling. Inj. prev. 1999; 5:36-40.

Coleta MFD. O Modelo de Crenças em Saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. Temas psicol. 1999; 7(2):175-182.

Costa DM, Abrantes MN, Lamounier JA, Lemos ATO. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(3):181-186.

Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões,

tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.

Delgado J, Ramírez-Cardich ME, Gilman RH, Lavarello R, Dahodwala N, Bazán A, et al. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. *Inj. prev.* 2002; 8: 38-41.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (DPLP). Porto: Priberam Informática S.A.; 2010. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=prevenir>. [Acessado em 24/11/2011]

Flavin MP, Dostaler SM, Simpson K, Brison RJ, Pickett W. Stages of development and injury patterns in the early years: a population-based analysis. *BMC public health (Online)*. 2006; 6:187.

Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. saúde pública*. 2011; 27(2):389-394.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas *Cad. saúde pública*. 2008; 24(1):17-27.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. *Educação em saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

Gimeniz-Paschoal SR, Nascimento EN, Pereira DM, Carvalho FF. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. *Rev. paul. pediatr.* 2007, 25(4):331-336.

Giugliani ERJ, Albuquerque Z, organizadores. *Caderneta de Saúde da Criança*. 6 ed. Brasília: Ed. MS; 2009.

Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editors. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.

Guimarães MCS. Uma geografia para a ciência faz diferença: um apelo da Saúde Pública. *Cad. saúde pública*. 2010; 26(1):50-58.

Haddon WJr. Energy damage and the ten countermeasure strategies. *Inj. prev.* 1995; 1:40-44.

Hendrickson SG. Reaching an underserved population with a randomly assigned home safety intervention. *Inj. prev.* 2005; 11:313-317.

Hendrickson SG. Maternal worries, home safety behaviors, and perceived difficulties. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40:137-143.

Latarjet J. Épidémiologie et prévention de la brûlure. *Urgence Pratique*. 1999; 33.

Martins E, Szymanski H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e pesquisas em psicologia (Online)*. 2004; 4(1).

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes RC, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

Mock C, Peck M, Peden M, Krug E, editors. *A WHO plan for burn prevention and care*. Geneva: WHO Press; 2008.

Mock C, Risa CA, Perez RT, Saavedra VA, Paz JEZ, Solis RG, et al. Injury prevention counselling to improve safety practices by parents in Mexico. *Bull. World Health Organ*. 2003; 81(8).

Moraes EF. Prevenção de acidentes na infância e adolescência: o papel do pediatra. Monografia. Pós-Graduação em Trauma, Emergências e Terapia Intensiva em Pediatria. Belo Horizonte: Feluma; 2009.

Nansel TR, Weaver N, Jacobsen HA, Glasheen C, Kreuter MW. Preventing unintentional pediatric injuries: a tailored intervention for parents and providers. Health educ. res. 2008; 23(4): 656-669.

National Association of Emergency Medical Technicians. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado [tradução de Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho]. Rio de Janeiro: NAEMT/Elsevier; 2007.

Organização Não Governamental Criança Segura. Acidentes com Crianças no Brasil e o Comportamento das Mães. [s.l.]: ONG Criança Segura, 2008. Disponível em: <http://www.criancasegura.com.br/images/midia/pesquisadivulgacao%20out%2008.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.

Organização Não Governamental Criança Segura. Acidentes com crianças: percepção e comportamento das mães brasileiras. [s.l.]: ONG Criança Segura, 2010. Disponível em: <http://www.criancasegura.com.br/percepcaodemaesbrasileiras.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.

Organização Não Governamental Criança Segura. Criança Segura. [s.l.]: ONG Criança Segura, [s.d.]. Disponível em: www.criancasegura.org.br. Acesso em: 28 jan. 2012.

Paes CEN, Gaspar VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. J. pediatr. (Rio J.). 2005; 81 Supl 5:146-154.

Parbhoo A, Louw QA, Grimmer-Somers K. Burn prevention programs for children in developing countries require urgent attention: A targeted literature review. Burns. 2010; 36:164–175.

Peck M, Molnarb J, Swart D. A global plan for burn prevention and care. Bull World Health Organ. 2009; 87:802–803.

Peden M, Oyegbite K, Smith JO, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF, et al., editors. World report on child injury prevention. Geneva: WHO Press; 2008.

Reis DC. Educação em Saúde: Aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006. P.19-24.

Rivara FP. Prevention of injuries to children and adolescents. *Inj. prev.* 2002; 8 Suppl IV.

Rocha V, Schall VT, Lemos ES. A contribuição de um museu de ciências na formação de concepções sobre saúde de jovens visitantes. *Interface comun. saúde educ.* 2010; 14(32):183-96.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health educ. q.* 1988; 15 (2):175 -183.

Runyan CW. Introduction: Back to the Future - Revisiting Haddon's Conceptualization of Injury Epidemiology and Prevention. *Epidemiol. rev.* 2003; 25:60–64.

Saluja G, Brenner R, Morrongiello BA, Haynie D, Rivera M, Cheng TL. The role of supervision in child injury risk: definition, conceptual and measurement issues. *Inj. control saf. promot.* 2004; 11(1):17–22.

Schall VT. Environmental and health education for school-age children: a transdisciplinary approach. *Cad. saúde pública.* 1994; 10(2).

Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. [editorial] *Cad. saúde pública.* 1999; 15 Suppl 2.

Sleet DA, Hopkins K, editors. Bibliography on Behavioral Science Research in Unintentional Injury Prevention. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (producer). Atlanta: CDC; 2004.

Smithson J, Garside R, Pearson M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Inj. prev.* 2011; 17:119-126.

Sousa M. A Turma da Mônica, Ambientes saudáveis para crianças. São Paulo: Maurício de Sousa Produções; 2003.

Taira BR, Cassara G, Meng H, Salama MN, Chohan J, Sandoval S, Singer AJ. Predictors of Sustaining Burn Injury: Does the Use of Common Prevention Strategies Matter? *J. burn care res.* 2011; 32(1).

The Injury Prevention Program (TIPP). A Guide to Safety Counseling in Office Practice. American Academy of Pediatrics; 1994.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. saúde pública.* 2005; 39(3):507-514.

Villa E. Educação em Saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006. P.43-75.

Waksman RD, Blank D, Gikas RMC. Injúrias ou Lesões Não-intencionais “Acidentes” na Infância e na Adolescência. [s.l.]: MedicinaNet, 2010. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/>. Acesso em: 24/11/2012.

World Health Organization. Bridging the “Know–Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health. Geneva: WHO Document Production Services, 2006.