

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO ACADÊMICO EM  
ENFERMAGEM**

**RENATA PAIVA MORET DE ALMEIDA NARDES**

**ACIDENTES NA INFÂNCIA: CARACTERIZAÇÃO E PERSPECTIVA DA  
FAMÍLIA**

**CAMPO GRANDE/MS  
2016**

**RENATA PAIVA MORET DE ALMEIDA NARDES**

**ACIDENTES NA INFÂNCIA: CARACTERIZAÇÃO E PERSPECTIVA DA  
FAMILIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angélica Marcheti.

Linha de Pesquisa: O cuidado em saúde e enfermagem

Grupo: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Intervenção Familiar

**CAMPO GRANDE/MS  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Jaziel V. Dorneles – Bibliotecário/Documentalista – CRB1-2592)

---

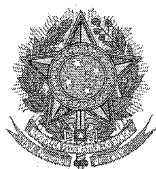
N223a Nardes, Renata Paiva Moret de Almeida.  
Acidentes na infância : caracterização e perspectiva da família /  
Renata Paiva Moret de Almeida Nardes. – Campo Grande, MS,  
2016.  
111 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Maria Angélica Marcheti.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de  
Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Campo Grande, MS, 2016.  
Inclui bibliografia.  
Apêndice e anexos: [p. 99-111.]

1. Emergências pediátricas. 2. Crianças – Acidentes –  
Prevenção. 3. Enfermeiros – Relações com a família. I.  
Título.

---

CDD (23) 618.920025



**Ata de Defesa de Dissertação**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
**Mestrado**

Aos vinte e três dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezesseis, às nove horas, na Sala 1 / Unidade 12, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Maria Angelica Marcheti (UFMS), Cristina Brandt Nunes (UFMS) e Ieda Harumi Higarashi (UEM), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **RENATA PAIVA MORET DE ALMEIDA NARDES**, CPF 80103146172, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**ACIDENTES NA INFÂNCIA: CARACTERIZAÇÃO E PERSPECTIVA DA FAMÍLIA**" e orientação de Maria Angelica Marcheti. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu Parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR	ASSINATURA	AVALIAÇÃO
Dra. Maria Angelica Marcheti		aprovado
Dra. Cristina Brandt Nunes		aprovado
Dra. Ieda Harumi Higarashi		aprovado
Dra. Ana Paula de Assis Sales (Suplente)		aprovado

**RESULTADO FINAL:**

Aprovação       Aprovação com revisão       Reprovação

**OBSERVAÇÕES:** O trabalho foi apresentado no tempo previsto a banca fez as arguições e recomendações, considerando a relevância do tema a aluna foi aprovada.

Nada mais havendo a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas: Presidente da Banca Examinadora      Aluna

*Ao meu esposo Marlo Adolfo Nardes e à minha filha  
Helena Paiva Nardes, por transformarem a minha  
vida e suavizarem as dificuldades do caminhar por  
esta existência.*

*Meu eterno amor.*

## AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais, Aser Moret de Almeida e Egydia Paiva Moret de Almeida, pela oportunidade da existência. Devo-lhes não só a existência, mas, fundamentalmente, o que me tornei. O meu eterno agradecimento e amor.*

*À minha irmã Andréa Paiva Moret de Almeida por me motivar a ser enfermeira.*

*À minha grande amiga Daniela Serrou do Amaral Oshiro, pelo incentivo e estímulo na realização do meu sonho acadêmico.*

*À minha querida professora e orientadora Maria Angélica Marcheti, pelos ensinamentos e dedicação. Há 17 anos tem sido uma inspiração no meu caminhar profissional.*

*Às professoras Cristina Brandt Nunes, Ana Paula Sales e Ieda Harumi Higarashi, por me auxiliarem na construção deste trabalho tão desejado por mim.*

*À professora Maria Stela Bomfim pela colaboração na correção deste manuscrito.*

*Às minhas amigas Patrícia Ribeiro Gazal e Keith Ferreira Ramos, por me apoiarem na conclusão de mais esta etapa da minha vida.*

*Aos meus amigos de viatura, Geisa, Maria Isabel e Genilson, por me incentivarem a concluir meus estudos nos intermináveis plantões.*

*Ao SAMU Regional Campo Grande, pela oportunidade de crescimento profissional, pelos muitos amigos que lá encontrei e, sobretudo, pela pronta disposição do Coordenador, na época, Dr. José Eduardo Cury e da Supervisora de Enfermagem, Ariela Milani de Almeida, em aprovar a realização deste estudo.*

*À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por prover e oportunizar a minha formação como ENFERMEIRA e a minha formação continuada. Aos professores dessa instituição, que me ensinaram a SER ENFERMEIRA e, principalmente, a amar o que sou.*

## RESUMO

Os acidentes na infância são um grande desafio para a saúde pública no Brasil, representando uma importante causa de morbimortalidade. As lesões decorrentes de acidentes causam danos em todas as faixas etárias, mas têm características especiais em crianças, pelo fato das mesmas pertencerem a um dos grupos mais vulneráveis da sociedade, bem como por causa dos impactos causados na família. Uma das estratégias para reduzir essa morbimortalidade é impedir que o acidente ocorra; porém, quando este ocorre, é necessário que haja uma assistência qualificada precoce. Nesse contexto, insere-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O atendimento à criança desafia as equipes do pré-hospitalar, uma vez que a família, quase sempre, está presente no momento do acidente, o que exige preparo do profissional para uma abordagem que a considere. O objetivo deste estudo é compreender a experiência e a estrutura da família de crianças vítimas de acidente atendidas pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Trata-se de um estudo descritivo analítico de abordagem qualitativa, que tem como referencial metodológico a pesquisa de narrativa, como referencial teórico filosófico o Cuidado centrado na família e como referencial teórico analítico o Interacionismo Simbólico. Os dados foram coletados por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada e anotações de um diário de campo a onze famílias selecionadas, por conveniência, das fichas de atendimento individual das crianças atendidas pelo SAMU em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de janeiro de 2014 a janeiro de 2016. As famílias do estudo foram caracterizadas com base na estrutura exposta por Wright e Leahey. Dos resultados colhidos dessa entrevista emergiram três categorias, relacionadas à experiência das famílias que enfrentaram acidentes com crianças, a saber: a mudança nas interações familiares; a vida familiar permeada pelo medo. A família caracterizou o acidente como um evento inesperado, paralisador e gerador de grande estresse e sofrimento; a experiência do acidente possibilitou, à família, modificar o modo como cuida da criança e a tomar, ou intensificar, medidas de proteção e prevenção. A utilização de uma abordagem acerca da criança vítima de acidente direcionada às interações familiares possibilita um atendimento humanizado e integral. Além disso, a aproximação da equipe com a família produz calma e reduz o sofrimento, facilita a interação da equipe com a família, fortalecendo os processos de saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem da Família; Saúde da Criança; Acidentes; Serviços Médicos de Emergência; Relações profissional-família.

## ABSTRACT

Accidents in childhood are a great challenge for public health in Brazil, representing a important cause of morbidity and mortality. The injuries resulting from accidents cause damage in all age groups but have special characteristics in children, because of them belong to one of the most vulnerable groups in society, and because of the impacts on the family. One of the strategies to reduce this mortality is to prevent the accident from occurring; however, when this occurs, there must be an early quality care. In this context, it is part of the Mobile Emergency Service (SAMU). The care of children challenges the teams of prehospital, since the family almost always is present at the time of the accident, which requires professional preparation for an approach to consider. The aim of this study is to understand the experience and the children of family structure accident victims treated by teams of Mobile Emergency Service (SAMU). It is an analytical descriptive study of qualitative approach, whose methodological framework narrative research, as a philosophical theoretical framework centered care and family as an analytical theoretical Symbolic Interactionism. Data were collected through the application of a semi-structured interview and notes from a diary to eleven families selected for convenience of individual attendance records of children served by the SAMU in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, from January 2014 to January 2016. The families of the study were characterized based on the structure exposed by Wright and Leahey. The results harvested this interview three categories emerged, related to the experience of families who faced child accidents, namely the change in family interactions; family life permeated by fear. The family characterized the accident as an unexpected event, paralyzing and great stress and suffering generator; the experience of the accident allowed, family, change the way care of the child and to take or intensify, protection and prevention measures. Using an approach about the child accident victim directed to family interactions allows a humanized and comprehensive care. In addition, the team approach with family produces calm and reduces suffering, facilitates team interaction with the family, strengthening health processes.

**Keywords:** Nursing Family; Children's Health; accidents; Emergency Medical Services; Professional-family relations.



## RESUMEN

Los accidentes en la infancia son un reto importante para la salud pública en Brasil, lo que representa una causa importante de morbilidad y mortalidad. Las lesiones derivadas de accidentes de causar daños en todos los grupos de edad, pero tienen características especiales en los niños, porque de ellos pertenecen a uno de los grupos más vulnerables de la sociedad, y debido a los impactos sobre la familia. Una de las estrategias para reducir esta mortalidad es evitar que el accidente se produzca; Sin embargo, cuando esto ocurre, tiene que haber una atención de calidad antes de tiempo. En este contexto, es parte del Servicio de Emergencia Móvil (SAMU). El cuidado de los niños desafía a los equipos de pre-hospitalaria, ya que la familia casi siempre está presente en el momento del accidente, lo que requiere una preparación profesional para una aproximación a tener en cuenta. El objetivo de este estudio es comprender la experiencia y los hijos de las víctimas de accidentes de estructura familiar tratados por equipos de Servicio Móvil de Urgencia (SAMU). Se trata de un estudio descriptivo analítico de enfoque cualitativo, cuyo marco narrativo metodológica de investigación, como un marco teórico filosófico centrado en el cuidado y la familia como un análisis teórico interacción simbólica. Los datos fueron recolectados a través de la aplicación de una entrevista y notas semi-estructurado a partir de un diario de once familias seleccionadas para la comodidad de los registros de asistencia individuales de los niños atendidos por el SAMU en Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a partir de enero entre 2014 y enero de 2016. las familias del estudio se caracterizaron basa en la estructura expuesta por Wright y Leahey. Los resultados cosechados esta entrevista surgieron tres categorías, en relación con la experiencia de las familias que se enfrentaron a los accidentes infantiles, a saber, el cambio en las interacciones familiares; la vida familiar impregnado de miedo. La familia caracteriza el accidente como un evento inesperado, paralizante y una gran tensión y el generador de sufrimiento; la experiencia del accidente permitido, familia, cambie el cuidado camino del niño y para tomar o intensificar, medidas de protección y prevención. Utilizando un enfoque acerca de la víctima de un accidente infantil dirigida a las interacciones familiares permite una atención humanizada e integral. Además, el enfoque de equipo con la familia produce la calma y reduce el sufrimiento, facilita la interacción del equipo con la familia, el fortalecimiento de los procesos de salud.

Palabras clave: Enfermería Familiar; Salud Infantil; accidentes; Los servicios médicos de emergencia; Relaciones profesional-familia.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Distribuição das unidades de saúde por Distrito Sanitário .....	21
<b>Quadro 2</b> - Distribuição das viaturas de suporte básico e avançado de vida em Campo Grande .....	22
<b>Quadro 3</b> - Composição das equipes do SAMU Grande.....	22
<b>Quadro 4</b> - Distribuição dos atendimentos do SAMU Regional Campo Grande .....	23
<b>Quadro 5</b> - Caracterização do familiar que participou do estudo.....	44
<b>Quadro 6</b> - Caracterização do acidente ocorrido, segundo o familiar entrevistado .....	59
<b>Quadro 7</b> - Narrativa da família 1 .....	62
<b>Quadro 8</b> - Narrativa da família 2 .....	62
<b>Quadro 9</b> - Narrativa da família 3 .....	63
<b>Quadro 10</b> - Narrativa da família 4 .....	63
<b>Quadro 11</b> - Narrativa da família 5 .....	64
<b>Quadro 12</b> - Narrativa da família 6 .....	64
<b>Quadro 13</b> - Narrativa da família 7 .....	65
<b>Quadro 14</b> - Narrativa da família 8 .....	65
<b>Quadro 15</b> - Narrativa da família 9 .....	66
<b>Quadro 16</b> - Narrativa da família 10 .....	66
<b>Quadro 17</b> - Narrativa da família 11 .....	67

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Símbolos utilizados nos genogramas.....	43
<b>Figura 2</b> - Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos .....	44
<b>Figura 3</b> - Genograma e ecomapa da família 1.....	46
<b>Figura 4</b> - Genograma e ecomapa da família 2.....	47
<b>Figura 5</b> - Genograma e ecomapa da família 3.....	48
<b>Figura 6</b> - Genograma e ecomapa da família 4.....	49
<b>Figura 7</b> - Genograma e ecomapa da família 5.....	51
<b>Figura 8</b> - Genograma e ecomapa da família 6.....	52
<b>Figura 9</b> - Genograma e ecomapa da família 7.....	54
<b>Figura 10</b> - Genograma e ecomapa da família 8.....	55
<b>Figura 11</b> - Genograma e ecomapa da família 9.....	56
<b>Figura 12</b> - Genograma e ecomapa da família 10.....	57
<b>Figura 13</b> - Genograma e ecomapa da família 11.....	58

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ACS</b>	<b>Agente Comunitário de Saúde</b>
<b>APAE</b>	<b>Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais</b>
<b>CAPS III</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial III</b>
<b>CAPSi</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial infantil</b>
<b>CCF</b>	<b>Cuidado Centrado na Família</b>
<b>CEINF</b>	<b>Centro de Educação Infantil</b>
<b>CEP</b>	<b>Comitê de Ética em Pesquisa</b>
<b>CID</b>	<b>Classificação Internacional de Doenças</b>
<b>CNS</b>	<b>Conselho Nacional de Saúde</b>
<b>CRHU</b>	<b>Coordenadoria de Regulação de Leitos Hospitalares de Urgência</b>
<b>CRS</b>	<b>Centro Regional de Saúde</b>
<b>DATASUS</b>	<b>Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde</b>
<b>DEP</b>	<b>Departamento de educação permanente</b>
<b>DRS</b>	<b>Diretoria de Relações Institucionais de Saúde</b>
<b>GM</b>	<b>Gabinete do Ministro</b>
<b>IS</b>	<b>Interacionismo Simbólico</b>
<b>MCAF</b>	<b>Modelo Calgary de Avaliação da Família</b>
<b>MS</b>	<b>Ministério da Saúde</b>
<b>NOAS</b>	<b>Normas Operacionais de Atenção à Saúde</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial de Saúde</b>
<b>PACS</b>	<b>Programa de Agente Comunitário de Saúde</b>
<b>PRF</b>	<b>Polícia Rodoviária Federal</b>
<b>SAMU</b>	<b>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</b>
<b>SESAU</b>	<b>Secretaria Municipal de Saúde Pública</b>

<b>SMS</b>	<b>Sistema Municipal de Saúde</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>
<b>UFMS</b>	<b>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul</b>
<b>UPA</b>	<b>Unidade de Pronto Atendimento</b>
<b>USA</b>	<b>Unidade de Suporte Avançado</b>
<b>USB</b>	<b>Unidade de Suporte Básico</b>
<b>UTI</b>	<b>Unidade de Terapia Intensiva</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Saúde Pública na Urgência e Emergência.....</b>	<b>19</b>
3.1.1	Atendimento de Urgência e Emergência no Brasil.....	19
3.1.1.1	Rede de assistência à saúde em Campo Grande – MS.....	20
3.1.2	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	22
3.1.2.1	Serviço de atendimento móvel de urgência de Campo Grande – MS.....	23
<b>3.2</b>	<b>A criança no contexto das causas externas.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>A família e abordagens de cuidado.....</b>	<b>27</b>
3.3.1	O cuidado centrado na família.....	30
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
<b>5.1</b>	<b>Tipo de pesquisa.....</b>	<b>33</b>
<b>5.2</b>	<b>Referencial metodológico.....</b>	<b>34</b>
5.2.1	Pesquisa de narrativa.....	34
<b>5.3</b>	<b>Local e período da pesquisa.....</b>	<b>35</b>
<b>5.4</b>	<b>Colaboradores da pesquisa.....</b>	<b>36</b>
5.4.1	Definição de família considerada no estudo.....	36
5.4.2	Seleção dos colaboradores da pesquisa.....	36
<b>5.5</b>	<b>Técnicas de coleta de dados.....</b>	<b>38</b>

<b>5.6</b>	<b>Categorização e análise dos dados.....</b>	<b>39</b>
5.6.1	Interacionismo Simbólico.....	39
<b>5.7</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>41</b>
<b>5.8</b>	<b>Caracterização das famílias.....</b>	<b>42</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>6.1</b>	<b>Caracterização estrutural da família.....</b>	<b>43</b>
6.1.1	Família 1.....	45
6.1.2	Família 2.....	47
6.1.3	Família 3.....	47
6.1.4	Família 4.....	48
6.1.5	Família 5.....	50
6.1.6	Família 6.....	52
6.1.7	Família 7.....	53
6.1.8	Família 8.....	54
6.1.9	Família 9.....	55
6.1.10	Família 10.....	57
6.1.11	Família 11.....	58
<b>6.2</b>	<b>Caracterização dos acidentes.....</b>	<b>59</b>
<b>6.3</b>	<b>Narrativa dos familiares.....</b>	<b>61</b>
6.3.1	A mudança nas interações familiares.....	68
6.3.2	A vida permeada pelo medo.....	76
6.3.3	O acolhimento da equipe à família.....	80
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>85</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>107</b>



## 1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

A escolha do tema “Acidentes na infância sob a perspectiva da família” se deve à minha curiosidade em relação a esse assunto, originada, primeiramente, na minha vivência pessoal e, posteriormente, na minha prática profissional.

Para melhor compreensão sobre as minhas escolhas, considero importante registrar algumas memórias.

Na infância, sofri vários acidentes de gravidade leve à moderada, de simples queda da própria altura a quedas de escada e, até, ao estado de inconsciência causado por queda de bicicleta, que, invariavelmente, provocaram mobilização familiar, preocupações e aborrecimentos.

Nunca fui uma criança fácil de ser cuidada; bastava uma distração e lá estava eu testando as minhas habilidades. Sempre tive a curiosidade de saber sobre a experiência que foi, para minha mãe, pai, avó e tia, presenciar os acidentes que tive e correr para o pronto atendimento. Vale ressaltar que na época não existia o atendimento pré-hospitalar móvel.

Ao escolher uma profissão, pensei em realizar algo que fizesse diferença na vida das pessoas, desse modo, o ‘cuidar’ me pareceu uma boa ideia. Frequentei as aulas de enfermagem antes mesmo de ser aprovada no vestibular. Acompanhava a minha irmã que frequentava o curso intitulado, na época, “Enfermagem e Obstetrícia”. Decidi, então, ser enfermeira.

Nunca me arrependi da minha escolha. Não consigo pensar em outra profissão que se encaixasse no meu perfil. Na minha prática profissional, tive a oportunidade de estar em ambientes variados: serviço de hemodiálise, setor de psiquiatria, centro de terapia intensiva pediátrico, cuidados no pré-hospitalar fixo e, finalmente, atendimento pré-hospitalar móvel, no qual me encontrei e permaneço desde 2005, quando foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - no município de Campo Grande/MS.

Desde o início dessa prática profissional como enfermeira intervencionista do SAMU, ao presenciar os inúmeros acidentes com indivíduos de todas as faixas etárias, questionava-me sobre como esses indivíduos e suas famílias percebiam esses acontecimentos e, também, se o atendimento recebido da equipe de socorristas teria sido adequado às necessidades dessas vítimas.

Devido à própria característica do serviço, eu, como membro da equipe, não tomava conhecimento do desfecho do atendimento realizado, exceto em alguns casos de maior

repercussão na mídia e/ou maior impacto para a equipe. Assim, resolvi direcionar meus estudos ao próprio ambiente de serviço.

Como enfermeira do SAMU, ao atender crianças acidentadas, percebi que esses acidentes causavam maior mobilização familiar e social. Acreditava que eles interferiam diretamente na estrutura e desenvolvimento familiar e geravam desconforto aos responsáveis pela criança, que, muitas vezes, sentiam-se culpados, conforme pude confirmar em alguns casos.

Sempre questionei se poderíamos ter feito algo a mais ou se teríamos feito algo a menos e em que poderíamos melhorar como equipe. Aproximar ou afastar a família, demonstrar ou não sentimentos, constituíam-se em dúvidas constantes.

Então, procurei associar as leituras e reflexões com a minha crença pessoal e profissional no que se refere à importância de considerar a família, no atendimento à criança vítima de acidente, tendo em vista amenizar o sofrimento dessa família e da criança e, também, estabelecer um sentimento de maior satisfação da família em relação aos serviços prestados pelo SAMU.

É nessa perspectiva que propus, como tema de estudo, a família frente à criança atendida pela equipe do SAMU.

## 2 INTRODUÇÃO

Os acidentes que envolvem crianças constituem um grande desafio para o país, uma vez que representam uma importante causa de morbimortalidade e ocasionam grandes impactos de ordem emocional, social e econômica (MARTINS, 2013).

As lesões decorrentes dos acidentes possuem características especiais, na criança, pois estas pertencem a um dos grupos mais vulneráveis na sociedade, aliado ao fato de que os casos fatais representam maior perda de anos potenciais de vida (SANCHES; MINAYO, 2006).

A equipe do Colégio Americano de Cirurgiões (2012) afirma que a criança com sequelas ocasionadas por acidente pode ter seu desenvolvimento físico e emocional afetado, podendo apresentar desajustes psicológicos decorrentes do trauma e do tratamento.

Outra particularidade da criança é que, ao contrário do adulto, esta deve não apenas recuperar-se do evento, mas também continuar com o processo normal de crescimento e desenvolvimento. Por essa razão, os efeitos fisiológicos e psicológicos nesse processo não devem ser subestimados. O evento pode afetar não somente a sobrevivência da criança, mas toda a sua qualidade de vida futura, estrutura familiar e recursos financeiros (COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2012).

O atendimento adequado à criança requer não apenas um entendimento completo das características próprias do seu crescimento e desenvolvimento, mas, ainda, dos mecanismos específicos da lesão ocorrida (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2011).

O atendimento à criança, desde a avaliação inicial no local do acidente, condutas posteriores até a alta exige do profissional de saúde conhecimentos técnicos específicos, além de capacidade de interação com a criança e sua família.

O SAMU é um dos serviços que realizam essa primeira avaliação, tendo como objetivo prestar atendimento adequado a cada caso no local da sua ocorrência. Nos casos de atendimento a crianças acidentadas, ele é responsável por prestar assistência em um dos momentos mais críticos em relação à vida, que são os primeiros minutos que se sucedem ao momento do acidente.

Os profissionais que atuam no SAMU Regional Campo Grande participam de treinamentos, capacitações e cursos específicos para atender a todos os acidentes demandados pelo serviço, de acordo com a sua capacidade técnica, através do Núcleo de Educação em Urgência do SAMU, vinculado ao Departamento de Educação Permanente da Secretaria de

Saúde do Município – DEP/SESAU. Esses profissionais participam também de cursos de imersão, reconhecidos internacionalmente, e adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Contudo, esses cursos e treinamentos são mais voltados aos aspectos técnicos do atendimento eficaz à vítima, visando minimizar as lesões decorrentes do impacto inicial e evitar a ocorrência de lesões secundárias. Eles dão pouca ênfase à inclusão da família como foco de atenção e cuidado, ou às ações direcionadas a ela.

Apesar de a Política de Humanização do SUS focar o acolhimento familiar, no SAMU de Campo Grande não existe um protocolo claro de condutas estabelecidas sobre esse assunto (CAMPO GRANDE, 2015a). Esse fato traz desafios à assistência, uma vez que, durante o atendimento, a criança muitas vezes está consciente, fica agitada e assustada com o evento e com a presença de pessoas estranhas ao seu redor.

Nesse sentido, este estudo visa compreender a experiência e a estrutura da família de crianças vítimas de acidentes atendidas pelas equipes do SAMU Regional Campo Grande.

Pretende-se, portanto, que o conhecimento adquirido a partir deste estudo sirva para o desenvolvimento de estratégias de atendimento e intervenções voltadas à criança e à família no atendimento pré-hospitalar móvel, para aprimorar as ações e os instrumentos do processo de trabalho do SAMU e para fomentar e promover a qualificação profissional.

Após a breve abordagem sobre a escolha do tema associado a uma introdução à temática, o trabalho prossegue com a apresentação de quatro partes principais, quais sejam, o capítulo de revisão da literatura em obras, autores e documentos que subsidiam o desenvolvimento do tema da pesquisa, os objetivos do estudo, a descrição da metodologia adotada e a apresentação e discussão dos resultados, à luz da teoria estudada. Encerra-se com algumas considerações sobre a pesquisa desenvolvida e seus resultados.

A fim de subsidiar o tema e compreender os conceitos referentes aos assuntos ao contexto familiar e a criança; acidente; atendimento pré-hospitalar móvel; humanização da assistência e abordagem da família; buscou-se fundamentação na literatura que se apresenta a seguir.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Para a melhor compreensão dos resultados e para o embasamento das discussões, realizou-se um estudo de revisão bibliográfica sobre a Saúde Pública na urgência e emergência; o atendimento de urgência e emergência vigente no país e no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, onde o estudo foi realizado; sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a sua estruturação local; sobre a criança vitimada por acidente; sobre a família dessa criança e as abordagens do cuidado.

#### **3.1 Saúde Pública na Urgência e Emergência**

As ações de saúde pública no Brasil voltadas para o atendimento de urgência e emergência são organizadas em Redes de atenção pela Portaria GM nº 1.600 de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011) e baseadas na Política Nacional de Atenção às Urgências, regulamentada pela Portaria GM nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 e instituída pela Portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003).

Assim, a atenção às urgências é organizada em todos os níveis do SUS, promovendo a assistência desde as Unidade Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2003).

##### **3.1.1 Atendimento de Urgência e Emergência no Brasil**

A Política Nacional de Atenção às Urgências considera a área de urgência e emergência como um importante componente de assistência à saúde, devido à crescente demanda por estes serviços, decorrente das mudanças no contexto da morbimortalidade no país, com aumento dos acidentes e da violência, com o crescimento dos anos potenciais de vida perdidos por causas externas, em relação às causas naturais, e com a estrutura insuficiente da rede, falta de recursos materiais e baixa resolutividade, principalmente das unidades não hospitalares (BRASIL, 2006).

Com base nessa realidade, as portarias propõem a reestruturação das redes de assistência à saúde, envolvendo desde os serviços pré-hospitalares fixos, rede hospitalar de alta complexidade até o pós-hospitalar, de acordo com a especificidade dos casos, assegurando ao usuário universalidade de acesso, equidade na alocação de recursos e integralidade da assistência aos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

A principal estratégia empregada pela Política Nacional de Atenção às Urgências é a promoção da qualidade de vida através da valorização da prevenção, proteção à vida, integralidade da assistência até a reabilitação (BRASIL, 2006). Essa Política estabelece quatro componentes, vinculados à rede de assistência, a saber:

1. Componente pré-hospitalar móvel - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidades de resgate e salvamento;
2. Componente pré-hospitalar fixo - Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde da Família, ambulatórios de especialidades, serviços de diagnósticos e terapias, Unidades não hospitalares de atendimento às urgências;
3. Componente hospitalar - Unidades hospitalares de pequena, média e alta complexidade;
4. Componente pós-hospitalar - Hospitais-Dia, Atenção Domiciliar, Serviços de reabilitação (BRASIL, 2003).

Os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência foram legitimados pelo Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048 de 05 de outubro de 2002. Esta portaria define os princípios e diretrizes desses Sistemas, além das normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços (BRASIL, 2002). Envolve, também, a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, a Regulação Médica das Urgências e Emergências, os atendimentos pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar, o transporte inter-hospitalar e, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgências (BRASIL, 2002).

A seguir, procede-se à abordagem acerca da rede de assistência à saúde no município de estudo - Campo Grande/MS, do serviço pré-hospitalar móvel nos moldes de assistência do SAMU, no contexto nacional e local, com o objetivo de contextualizar o tema à realidade local.

### 3.1.1.1 Rede de assistência à saúde em Campo Grande – MS

O município de Campo Grande integra o nível de gestão plena do sistema municipal de saúde desde setembro de 2002, conforme critérios da NOAS 2001 (CAMPO GRANDE, 2015).

Para que o município fosse inserido nesse nível de gestão, precisou assumir, dentre outras responsabilidades, a de elaborar o Plano Municipal de Saúde, de integrar e articular o município na rede estadual, de gerir todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independentemente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade; de garantir atendimento, em seu território, para sua população e para a população referenciada por outros municípios pactuados; de contratar, controlar, avaliar, auditar e pagar todos os prestadores dos serviços e, ainda, de avaliar

permanentemente o impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente (BRASIL, 2006).

A rede municipal de saúde reúne quatro Distritos Sanitários - Norte, Sul, Leste e Oeste, sendo cada um é responsável pelo gerenciamento, suporte administrativo e técnico das unidades de saúde existentes na sua área de abrangência.

**Quadro 1** - Distribuição das unidades de saúde por Distrito Sanitário

<b>DISTRITO SANITÁRIO</b>	<b>UNIDADES</b>
NORTE	08 Unidades Básicas de Saúde da Família 06 Unidades Básicas de Saúde na zona urbana 01 Unidade Básica de Saúde na zona rural – Rochedinho 03 Policlínicas Odontológicas 01 Centro Regional 24 h 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 h 05 Centros de Referência: 01 Centro de Atendimento ao escolar, 01 Centro de Atenção Psicossocial II, 01 Centro de Doenças Infecto-parasitárias, 01 Centro de Referência a Saúde do Homem, 01 Centro de Especialidades infantil
SUL	10 Unidades de Saúde da Família 05 Unidades Básicas de saúde na zona urbana 01 Unidade Básica de Saúde na zona rural – Anhanduí 02 Centros Regionais de Saúde 24 horas 02 Policlínicas Odontológicas 01 Centro de Referência – CAPS III
LESTE	03 Unidades de Saúde da Família 05 Unidades Básicas de Saúde na zona urbana 01 Unidade Básica de Saúde da Família na zona rural - Três Barras 03 Centros Regionais de Saúde 24h 02 Unidades de Referência: 01 Hospital da Mulher e 01 Centro de Especialidades Odontológicas
OESTE	06 Unidades de Saúde da Família 09 Unidades Básicas de Saúde 01 Centro Regional de Saúde 24h 01 Unidade de Pronto Atendimento 24h 01 Unidade Básica de Saúde na zona rural – Indubrasil 02 Policlínicas odontológicas 01 Centro de Referência – Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico

Fonte: Campo Grande 2015b.

Essas Unidades, acrescidas dos Centros Especializados Municipais não vinculados aos Distritos, Centro de Especialidades Médicas, Centro Ortopédico Municipal, Centro de Atendimento à Mulher e o Serviço de Referência em Diabetes representam os atendimentos ambulatoriais e o pré-hospitalar fixo da cidade (CAMPO GRANDE, 2015b).

O SAMU, subordinado à Diretoria de Relações Institucionais em Saúde (DRS) e à Coordenadoria de Regulação de Leitos Hospitalares de Urgência (CRHU - ainda em criação), juntamente com as viaturas do Corpo de Bombeiros Militar constituem o atendimento pré-hospitalar móvel nas modalidades básicas e avançadas em atendimento pelo SUS (CAMPO GRANDE, 2015b).

### 3.1.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O SAMU faz parte do componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências e foi instituído pela Portaria nº 1.864/GM, em 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003).

Esse serviço visa garantir o acesso precoce à vítima, após ter ocorrido um agravo à saúde, com o objetivo de prestar atendimento no local e transportar ao serviço de saúde referenciado, devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde, possibilitando diminuir a morbimortalidade associada ao agravo e minimizar as sequelas decorrentes do primeiro atendimento tardio e/ou inadequado (BRASIL, 2002; PEREIRA; LIMA, 2009).

O SAMU realiza tanto atendimentos primários como secundários ao usuário. O atendimento primário é aquele solicitado por parte do paciente; enquanto que o secundário é solicitado por um serviço de saúde que necessita transferir o paciente para uma unidade de maior complexidade (BRASIL, 2006).

Esse serviço encontra-se vinculado à central de regulação, de fácil acionamento pelo número gratuito 192. A equipe e a frota de veículos são compatíveis com as necessidades de saúde da população do município ou região, sendo recomendado que se disponha de uma viatura de suporte básico de vida para cada grupo de 100.000/150.000 habitantes e um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000/450.000 habitantes (BRASIL, 2006).

De acordo com a Portaria GM nº 2.048/2002, o SAMU deve contar tanto com equipe de profissionais oriundos da área de saúde como com profissionais não oriundos desta. Os profissionais da saúde devem ocupar os seguintes cargos: coordenador geral do serviço, responsável técnico médico, responsável técnico de enfermagem, médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros assistenciais, auxiliares e técnicos de enfermagem. Já



os não oriundos da área da saúde são os telefonistas auxiliares de regulação médica, rádio-operadores, condutores de veículos de urgência, profissionais responsáveis pela segurança e limpeza (BRASIL, 2002).

Os profissionais da saúde que atuam no SAMU precisam estar habilitados a atender a todas as urgências e emergências demandadas ao serviço, de acordo com a sua capacitação técnica, sejam elas clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas e que possam levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte do usuário. Esses profissionais devem estar aptos a prestar assistência de qualidade à população de todas as faixas etárias (BRASIL, 2002), aí incluídas as crianças de 0 a 9 anos.

Para isso, o Núcleo de Educação em Urgência deve capacitar e educar permanentemente os trabalhadores da saúde em todos os níveis de atenção do sistema. A Portaria 2.048 institui um cronograma mínimo de treinamentos aos profissionais que atuam no SAMU, contudo, estes treinamentos não contemplam a abordagem da família (BRASIL, 2006).

#### 3.1.2.1 Serviço de atendimento móvel de urgência de Campo Grande - MS

O SAMU Regional Campo Grande foi inaugurado em 17 de abril de 2005, sendo habilitado por Portaria Ministerial nº 622, em 27 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

Atualmente, o serviço conta com uma central de regulação de urgências, que classifica e prioriza as ocorrências, nove viaturas de suporte básico de vida na área urbana, uma viatura de suporte básico de vida na área rural - Distrito de Anhanduí - uma viatura de suporte básico de vida na SESAU, três viaturas de suporte avançado de vida, uma viatura para eventos, uma viatura para apoio administrativo (CAMPO GRANDE, 2015a).

As viaturas ficam dispostas em várias regiões da cidade, em pontos estratégicos, para garantir o melhor tempo-resposta aos solicitantes. Essas viaturas atendem a uma área populacional com 805.397 habitantes, 24 horas por dia, segundo o Plano Diretor de Regionalização, que organiza o fluxo de atendimento aos pacientes e os investimentos da Regional Campo Grande (MATO GROSSO DO SUL, 2014).

O Município de Campo Grande, visando oferecer maior cobertura à população, disponibiliza ao SAMU Regional Campo Grande três viaturas de suporte básico de vida e uma de suporte avançado de vida, com recursos próprios, ultrapassando o que preconiza o Ministério da Saúde na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006).

**Quadro 2** – Distribuição das viaturas de Suporte Básico (USB) e Avançado de Vida (USA) em Campo Grande

<b>Viatura</b>	<b>Base de apoio</b>
USB Nova Bahia	CRS Nova Bahia
USB Coronel Antonino	UPA Coronel Antonino
USB Guanandi	CRS Guanandi
USB Aero Rancho	CRS Aero Rancho
USB Universitário	UPA Universitário
USB Tiradentes	CRS Tiradentes
USB Vila Almeida	UPA Vila Almeida
USB Coophavila II	CRS Coophavila II
USB Morenhinha	CRS Morenhinha
USB Anhanduí	Rua lateral a BR 163, Distrito de Anhanduí
USB da Polícia Rodoviária Federal	Central de Regulação
USA 1	Secretaria Municipal de Saúde
USA 2	UPA Coronel Antonino
USA 3	Central de Regulação
Viatura de eventos	Central de Regulação
Viatura de apoio administrativo	Central de Regulação

Fonte: Campo Grande 2015a.

Vinculadas ao SAMU Regional Campo Grande existem as bases descentralizadas nas Regionais de Terenos, Sidrolândia, Ribas do Rio Pardo, São Gabriel do Oeste e Camapuã (CAMPO GRANDE, 2015a).

**Quadro 3** - Composição das equipes do SAMU Regional Campo Grande

<b>Viatura</b>	<b>Equipe</b>
Suporte Básico de Vida Urbano de Campo Grande	01 Técnico de Enfermagem 01 Condutor/Socorrista
Suporte Básico de Vida dos municípios de Terenos, Sidrolândia, Ribas do Rio Pardo, São Gabriel do Oeste* e Camapuã*	01 Técnico de Enfermagem 01 Condutor /Socorrista
Suporte Básico de Vida da BR 262 e do Distrito de Anhandui	01 Enfermeiro 01 Técnico de Enfermagem 01 Condutor/Socorrista
Viatura de intervenção rápida	01 Enfermeiro 01 Condutor/Socorrista
Suporte Avançado de vida	01 Médico 01 Enfermeiro 01 Condutor/Socorrista
Viatura de eventos	Equipe de suporte básico de vida ou de suporte avançado de vida. De acordo com as características do evento

Nota: Rotineiramente, nestes municípios, o técnico de enfermagem é substituído pelo enfermeiro; assim, algumas vezes a equipe é formada por um técnico de enfermagem e um condutor; outras vezes, por um enfermeiro e um condutor.

Fonte: Campo Grande (2015a).

Segundo o relatório estatístico do SAMU/192 Regional Campo Grande, em 2015 foram realizadas 485.422 chamadas no 192, gerando 115.032 regulações, incluindo-se as regulações das bases descentralizadas da Regional e as regulações das viaturas do Corpo de Bombeiros Militar (CAMPO GRANDE, 2015a).

O Quadro 4, a seguir, apresenta a listagem das regulações referentes ao Município de Campo Grande, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2015.

**Quadro 4** – Distribuição dos atendimentos do SAMU Regional Campo Grande - MS

<b>Classificação</b>	<b>Quantitativo</b>
Número de ligações recebidas no tronco 192	477,087
Número de regulações	99,834
Número de trotes	25,469
Deslocamento Viatura Suporte Avançado	5,862
Deslocamento Viatura Suporte Básico	28,697
Orientações médicas	65,298

Fonte: Campo Grande (2015a).

Como se pode constatar, há evidências de um grande número de ligações indevidas, caracterizadas, nos relatórios, como “trote”. Observa-se um equilíbrio entre os deslocamentos de viaturas de suporte básico e de suporte avançado de vida, que perfizeram 20% das ocorrências, alcançando a meta proposta pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 356/2013 (BRASIL, 2013a).

O número de ligações recebidas destaca-se, em relação às regulações, devido à característica desse SAMU Regional, que recebe ligações da população para obter informações quanto à disponibilidade de médicos nas Unidades de Pronto Atendimento e nos Centros Regionais de Saúde do Município (CAMPO GRANDE, 2015a).

Desde que o SAMU foi implantado, houve aumento gradativo das solicitações por atendimentos, por diversas causas, tendo em vista o aumento da credibilidade do serviço em Campo Grande e da divulgação do mesmo (CAMPO GRANDE, 2015a).

### **3.2 A criança no contexto das causas externas**

As causas externas, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10, fazem referência ao grupo de acidentes e violências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

Os acidentes podem ser descritos como uma cadeia de eventos não intencionais gerados pela transferência de energia, seja ela cinética, química, térmica, elétrica ou radiação ionizante, do ambiente ou objeto para o indivíduo, causando lesão (AMARAL; PAIXÃO, 2007; NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2011).

Culturalmente, esses acidentes são percebidos como algo inevitável e condicionado ao fator sorte. Porém, quando se observa o evento e os fatores associados, constata-se uma série de causas evitáveis. Dentre elas estão o processo de crescimento desordenado das cidades, a crescente violência e a multiplicidade de atividades, somados ao descumprimento das legislações de trânsito e de convívio social (DUARTE *et al.*, 2013).

No caso da violência, está evidenciada a intenção do ato, e diz respeito à noção de força, uso da superioridade física sobre o outro, podendo ser decorrente de agressões ou lesões autoprovocadas (BHONA; LOURENÇO; BRUM, 2011; NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY TECHNICIANS, 2011).

Sobre a violência contra a criança e/ou adolescente Azevedo e Guerra (2005, p. 36) afirmam que é relativo:

[...] todo ato ou omissão, praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, por outro lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

As causas externas provocam grande impacto na saúde pública, associado a perdas de anos potenciais de vida, nos casos fatais (MARTINS, 2013), e representam um grande apelo emocional, principalmente na população mais jovem.

Os dados divulgados no DATASUS mostram que em 2015 houve, no Brasil, 22.301 mortes de crianças menores de 9 anos por todas as causas, aqui inclusas as causas externas (Grupo CID-10) e as demais causas patológicas. Destas, 336 ocorreram no Mato Grosso do Sul e 211 em Campo Grande. Dos óbitos, 491 foram associados a causas externas, sendo quatro casos no Mato Grosso do Sul e três em Campo Grande (BRASIL, 2015).

Nos dados relativos à morbidade, constatamos 1.436.180 internações de menores de 9 anos, por todas as causas. Destes, 21.000 ocorreram no Mato Grosso do Sul e 7.674 em Campo Grande. Com relação às morbidades decorrentes de causas externas tem-se 81.144 casos em todo o país, sendo 1.718 casos no Mato Grosso do Sul e 899 em Campo Grande (BRASIL, 2015).

Assim, em 2015, aproximadamente 2% (491 casos) dos óbitos de crianças menores de 9 anos e 6% (81.144 casos) das internações são decorrentes de causa externas, em todo o país.

Considerando que as causas externas, na sua maioria, são passíveis de prevenção, evidencia-se a necessidade de implementação de ações em saúde voltadas para a educação no trânsito, prevenção de acidentes domésticos e redução das agressões intrafamiliares (BRASIL, 2015).

Este estudo manterá o enfoque nos casos acidentais, ou seja, os incidentes não intencionais – que envolvem crianças, a fim de se analisar a perspectiva da família em relação ao acidente e ao atendimento da equipe intervencionista do SAMU.

No atendimento à criança acidentada, faz-se necessária uma abordagem familiar, a fim de garantir a humanização da assistência, com o acolhimento da criança e da sua família, e o envolvimento desta no cuidado.

A abordagem da criança deve considerar a preservação de seus direitos fundamentais, ou seja, a promoção da sua saúde física, mental e psicológica, assim como deve incluir ações voltadas à sua família, uma vez que o evento repercutirá na dinâmica familiar (MARQUES *et al.*, 2014).

Considerando-se o exposto acima, abordar-se-á, a seguir, a família como integrante do cuidado e a estratégia do cuidado centrado na família.

### **3.3 A família e abordagens de cuidado**

A família pode ser considerada a unidade social mais antiga do ser humano, tendo assumido, ao longo dos anos, um papel fundamental no desenvolvimento, manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros. Enquanto instituição, vem se modificando e é influenciada pelas alterações que ocorrem no contexto social, político, econômico e comunitário. Porém, ela permanece exercendo forte influência sobre os seus membros (WRIGHT, LEAHEY, 2012).

Estudiosos de diversas áreas, dentre elas a enfermagem, a antropologia, a sociologia, a psicologia, têm buscado definir família, seu significado, as relações entre seus membros e o meio em que vivem, como estratégia de conhecer a sua organização.

Para Wrigt, Watson e Bell (1996), a família é um grupo de pessoas unidas por vínculos afetivos, participantes da vida uns dos outros e com senso de pertencimento.

Stuart (1991) considera alguns princípios de base para definir família: 1) a família é um sistema em que seus membros podem ou não se relacionar; 2) a família pode ou não conter crianças; 3) os membros da família possuem vínculo afetivo ou de compromisso; 4) na família existe uma unidade de cuidado.

Segundo as autoras Wright e Leahey (2012), é possível encontrar, na sociedade, modelos diversos de família: família biológica, com laços relacionados à procriação; família nuclear; família extensa, com a incorporação de membros à família de origem; família adotiva; família de um só genitor; família formada por casais homoafetivos. Para essas autoras, a definição de família se baseia “nas concepções familiares sobre família”. Assim, os indivíduos pertencentes à família definem quem são os seus familiares.

A classificação da família especifica os atributos de seus membros, mas não a caracteriza como mais ou menos família, o que se dá pelo tempo de composição familiar, estabelecimento de afeições, vínculos afetivos e senso de pertencer (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Ângelo (1997), em seu estudo sobre a família em tempos difíceis, que aborda a experiência dos familiares de crianças com câncer, que necessitaram deixar a cidade de origem a fim de realizar o tratamento, propõe pensar a família na visão internacional, inferindo que ela é composta por indivíduos que interagem entre si e vivenciam sentimentos e significados de acordo com suas experiências.

Ainda segundo esta autora, os indivíduos que compõem a família possuem como referência para as interações familiares os seus símbolos, selfs, mentes, capacidade de assumir o papel do outro, de agir e interagir entre si e com a sociedade.

O indivíduo adquire os seus valores, crenças e progride em seu ciclo vital através das suas vivências familiares. É também nela que ele recebe suporte para enfrentar situações de maior estresse pessoal. A família assume um papel fundamental na vida dos seus membros, seja na saúde, na doença, nas adversidades e também nas alegrias e realizações (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

O núcleo familiar possibilita suporte, recursos e proteção indispensáveis para a sobrevivência dos indivíduos que o compõem, assim como influencia a construção dos seus valores culturais. Considerando tal fato, o processo de saúde-doença deve ser compreendido no contexto das relações familiares (ELSEN; MARCON; SILVA, 2004).

Com relação à família, Hanson (2005) concebe algumas características: a) é o núcleo no qual os comportamentos de risco ou saudáveis são aprendidos; b) é afetada quando um dos seus membros está doente, sendo um importante fator de equilíbrio ou de desordem; c) pode afetar a saúde de seus membros; d) os cuidados de saúde são mais eficazes quando a família é envolvida no cuidado; e) a unidade familiar é imprescindível à sobrevivência familiar.

Dessa forma, é importante que ao realizar atendimento à saúde de um indivíduo as equipes busquem estratégias de inclusão da família, visando ampliar as potencialidades

individuais e coletivas. Essa inclusão traz benefícios para o indivíduo, para a família e para o próprio profissional que atende, uma vez que seu trabalho de intervenção poderá ser favorecido.

Os membros da American Heart Association (2012) afirmam que a maioria dos familiares sente necessidade de presenciar o atendimento emergencial de um ente querido. Garantem que a presença desses familiares na execução dos procedimentos, sejam eles invasivos ou não, favorece a sua aceitação, mesmo quando o prognóstico é desfavorável.

A presença da família durante o atendimento possibilita a constatação de que todos os procedimentos necessários para o restabelecimento da criança estão sendo realizados (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2011).

Para Marques *et al* (2014), essa presença é indispensável, no atendimento à criança, para que se alcance uma prática assistencial humanizada, uma vez que sem ela a criança fica insegura e, desse modo, o incidente se torna ainda mais traumático.

Em um estudo realizado por Oliveira *et al* (2013) sobre a vivência de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva - UTI neonatal, foi constatado que é fundamental que os profissionais de saúde deixem os pais participarem do processo de atendimento, inserindo-os no contexto do cuidado, sendo importante o diálogo e a informação sobre o estado de saúde de seus filhos. Os profissionais devem valorizar os contextos físicos, socioeconômicos, culturais e espirituais de cada família.

Wright e Leahey (2012) afirmam que os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados de saúde de seus membros. Essas autoras consideram necessário oferecer aos enfermeiros uma base estruturada de avaliação e intervenção centrada na família, para facilitar a transição da abordagem individual para a familiar.

No contexto do acidente, tanto o acidentado quanto os seus familiares têm necessidades diversas, além da assistência propriamente dita, que muitos profissionais de saúde não estão preparados para atender (SOUZA FILHO, XAVIER E VIEIRA, 2008).

Em um estudo realizado por Souza, Rodrigues e Barroso (2000) as famílias que passaram pela experiência do acidente doméstico consideram que este faz parte do aprendizado da criança. Casos simples, sem lesões evidentes, não chegaram a despertar um comportamento preventivo por parte da família; em contrapartida, os casos com graves repercussões evidenciaram sensação de culpa e perda.

Já no estudo realizado por Souza Filho, Xavier e Vieira (2008), que aborda sobre a interação familiar na ótica da hospitalização por acidente de trânsito, em um hospital de urgência, foi evidenciado que o acidente, para os participantes, provocou alterações no estilo

de vida de toda a família, na esfera emocional, econômica e social, que variavam desde a verbalização de tristeza e desânimo, adaptações por lesões físicas até a morte. Ainda neste estudo, os autores perceberam a proporcionalidade entre as repercussões familiares, a gravidade do caso e o tempo de internação.

Atualmente, há vários estudos sobre a importância da inserção da família no contexto da assistência de saúde aos seus membros, por este motivo, esta inserção ocorre com maior qualidade e embasamento teórico consistente (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Apesar disso, segundo Friedman, Bowden e Jones (2003), na prática de enfermagem a questão da inclusão familiar ainda é insipiente.

Um dos estudos que comprovam esse fato foi desenvolvido por Mektarian e Ângelo (2015), sobre a presença da família na sala de emergência pediátrica. Nessa pesquisa foi constatado que os profissionais de enfermagem com mais de 10 anos de experiência são menos favoráveis à inclusão familiar na execução de procedimentos de emergência.

Dentre as abordagens referentes à família está o cuidado centrado nela, o que será considerado a seguir.

### 3.3.1 O Cuidado Centrado na Família

O Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma filosofia de assistência que reconhece a família como unidade de cuidado, valorizando as suas potencialidades. Permite uma relação de parceria colaborativa entre ela e os profissionais que a envolvem no processo de cuidado (SHIELDS, PRATT, HUNTER, 2006).

Essa filosofia surgiu da compreensão de que a família é um elemento essencial no processo de cuidado dos seus membros. O isolamento social e o distanciamento do meio são fatores de risco, principalmente para os indivíduos mais dependentes, como é o caso das crianças, dos idosos e daqueles que sofrem doenças crônicas (PINTO *et al.*, 2010).

A abordagem acerca dos cuidados centrados na família tem por fundamento o papel integral que a família desempenha na vida e no bem-estar dos seus membros (FRANCK, CALLERY, 2004).

No CCF é essencial que haja o respeito, o compartilhamento, a colaboração e a participação da família na relação dela com o profissional. Nessa abordagem de cuidado, a própria família define os seus problemas e participa do planejamento de cuidados e tomada de decisão. Entretanto, representa um desafio constante para as instituições de saúde e para os profissionais, que devem estar atentos para perceber a dinâmica familiar e a influência desta no



processo saúde/doença dos seus membros (BARBOSA; BALEIRO; PETTENGILL, 2012; MARQUES *et al.*, 2014).

Shields, Pratt e Hunter (2006), em suas análises sobre o CCF, concluíram que as negociações e as percepções dos profissionais e da família influenciam a aplicação de um cuidado direcionado à família.

No estudo realizado por Barbosa, Baleiro e Pettengill (2012), que faz uma reflexão sobre o CCF no contexto da família da criança com deficiência e a prática de equipe de saúde, é discutida a dicotomia entre a teoria dessa abordagem de cuidado e a sua prática. As autoras afirmam que esse modelo de cuidado representa um desafio para os profissionais de saúde, exigindo uma maior flexibilidade, conhecimento e atenção.

Assim, para a aplicação do CCF na prática clínica dos serviços de saúde, é necessária a estruturação de elementos fundamentais para o cuidado, sendo eles: reconhecer a presença constante da família na vida dos seus componentes; facilitar a cooperação e parceria entre os profissionais e a família na tomada de decisão; estabelecer políticas públicas voltadas ao apoio às famílias; proporcionar acesso às informações referentes à saúde do doente; reconhecer as forças individuais de cada família; estimular e facilitar o apoio entre as famílias; compreender a necessidade de desenvolvimento do indivíduo e família no cuidado; proporcionar um ambiente de saúde favorável e com acesso flexível a cada família, de acordo com as suas necessidades (SHELTON, CALLERRY, 2004).

Diante do exposto e das reflexões emergidas a partir dos textos, compreender a experiência da família de crianças vítimas de acidentes é essencial para a avaliação e intervenção de enfermagem voltadas à criança e à família, seja no contexto pré-hospitalar, intra-hospitalar ou pós-hospitalar.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Compreender a experiência e a estrutura da família de crianças vítimas de acidentes atendidas pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

### **4.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar a família do estudo quanto a sua estrutura: composição e condições socioeconômicas e educacionais;
- b) Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família durante o atendimento emergencial;
- c) Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo analítico de abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa busca perceber e entender sobre a natureza de uma questão. Tem como pressupostos a realidade social vista como construção social de significados, ênfase na reflexão, condições de vida e construção da realidade social (GUNTHER, 2006).

Segundo Bauer, Gaskell e Allum (2015), nesse tipo de pesquisa evita-se o uso de números para a interpretação dos dados obtidos. Os dados são textualizados e interpretados com observações mais detalhadas.

A estratégia de coleta de dados independe dos valores quantitativos, porém está baseada em padrões e procedimentos criteriosos. A sua utilização se dá como uma maneira de dar voz às pessoas e sentido à prática da ciência social.

Dessa forma, um importante objetivo do pesquisador será conseguir enxergar pelos olhos dos colaboradores, compreendendo as suas interpretações de mundo, o seu comportamento e as suas relações sociais (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2015). Assim, o pesquisador conseguirá explorar as diferentes representações sobre um assunto, sob os diversos pontos de vista (GASKELL, 2015).

O principal interesse dos pesquisadores qualitativos está na identificação das representações dos colaboradores, as suas opiniões, atitudes, ideologias, discursos, hábitos, explicações, estereótipos, crenças, ou seja, da maneira como eles vivenciam o mundo (BAUER; ARTS, 2015).

Gunther (2006) concorda que as concepções dos colaboradores estão relacionadas ao seu contexto de mundo e afirma, também, que elas correspondem à sua história de vida, ao seu processo de desenvolvimento como indivíduo.

Para se desenvolver esse tipo de pesquisa são realizadas entrevistas individuais ou coletivas, com metodologias diversas, que consistem em empregar técnicas para descobrir as perspectivas do indivíduo entrevistado, fornecendo dados para que as atitudes, crenças, comportamentos desse sujeito, em um determinado contexto social, sejam compreendidos em seus detalhes (GASKELL, 2015).

Para esse tipo de estudo podem ser utilizados vários métodos e técnicas adaptados ao caso específico, em lugar de se utilizarem instrumentos ou procedimentos padronizados. O

método deve se adequar ao objeto de estudo com instrumentos e procedimento específicos (GUNTHER, 2006).

A escolha metodológica deve considerar vários aspectos, tais como o objetivo da pesquisa, o enfoque acadêmico ou comercial, o aprofundamento da análise, o tempo para o desenvolvimento da pesquisa, o detalhamento individual ou coletivo, a dificuldade de seleção de entrevistados (GASKELL, 2015).

## **5.2 Referencial metodológico**

Utilizou-se, para este estudo, a Pesquisa de Narrativa como referencial metodológico.

### **5.2.1 Pesquisa de narrativa**

O estudo de narrativas é uma forma discursiva de narrar histórias, como as histórias de vida de um indivíduo ou de uma sociedade. A narrativa encontra-se presente em todos os lugares, em todas as sociedades desde o início da humanidade (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2015).

A crescente utilização desse método de pesquisa se dá pela necessidade de se compreender a relação entre o indivíduo, estrutura e seu esquema conceitual, assim como de esclarecer como determinadas ações são projetadas, executadas e acessadas por esse indivíduo e, ainda, de compreender os motivos que o levaram a uma determinada ação (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2015).

Esse tipo de pesquisa, segundo Jovchelovitch e Bauer (2015), privilegia a realidade do que foi vivenciado pelo contador da história; propõe representações/interpretações particulares do mundo; representa a verdade de um ponto de vista, e sempre se insere no contexto sócio-histórico do narrador.

A pesquisa de narrativa é considerada dependente da memória do narrador. Por esse motivo, o pesquisador deve estimular o entrevistado a rememorar os acontecimentos de maneira sequencial, favorecendo o surgimento, de forma natural, das suas perspectivas particulares. Posteriormente, o pesquisador analisa os elementos narrados, buscando a compreensão do objeto estudado. Nesse tipo de pesquisa não se pretende estabelecer generalizações estatísticas, mas compreender fenômenos (ABRAHÃO, 2003; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2015).

Segundo Abrahão (2004, p. 85), “trabalhar com narrativas não é simplesmente recolher objetos ou condutas diferentes, mas sim participar na elaboração de uma memória”. “Isto caracteriza o processo de pesquisa que consiste em fazer surgir histórias de vida”.

Nesse sentido, nos estudos de narrativa há a influência do investigador, que se envolve com o que é relatado; porém, essa metodologia não desqualifica a interpretação/reinterpretação do narrador, mas representa uma leitura do material narrativo considerando a perspectiva pessoal/social do narrador e a sua dimensão contextual (ABRAHÃO, 2004).

A entrevista de narrativa é constituída de perguntas abertas que visam a encorajar os entrevistados, neste caso o familiar da criança, a elaborar seus pensamentos e opiniões acerca do assunto (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2015).

As entrevistas narrativas são infinitas em sua variedade, e nós as encontramos em todo lugar. Parece existir em todas as formas de vida humana uma necessidade de contar; contar história é uma forma elementar de comunicação humana e, independentemente do desempenho da linguagem estratificada, é uma capacidade universal (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2015, p.91).

Esses mesmos autores enfatizam que a influência do entrevistador deve ser mínima. O entrevistador deve compreender a técnica de abordagem e o ambiente da entrevista deve ser preparado para este fim.

Assim, o entrevistador deve realizar uma preparação prévia, criando familiaridade com o estudo, e deve estar apto a executar as principais fases da entrevista narrativa, que são as seguintes: iniciação, que consiste na formulação do objetivo principal da narração; narração central, por meio da qual o entrevistado é estimulado de maneira não verbal a prosseguir; fase de perguntas, visando à maior compreensão; fala conclusiva, com a finalização da abordagem e anotações pertinentes (JOVCHELOVICH; BAUER, 2015).

### **5.3 Local e período da pesquisa**

O estudo foi realizado em Campo Grande/MS, com famílias de crianças de 0 a 9 anos, atendidas pelas equipes do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), que sofreram acidentes entre janeiro de 2014 a janeiro de 2016.

Campo Grande é a capital do estado de Mato Grosso do Sul. Teve a sua fundação em 21 de junho de 1872 e emancipação política em 26 de agosto de 1899. A população do município é de pouco mais de 800 mil habitantes (CAMPO GRANDE, 2015b).

## 5.4 Colaboradores da pesquisa

Famílias de crianças de 0 a 9 anos de idade vítimas de acidente, que foram atendidas pelas equipes de suporte básico de vida e suporte avançado de vida do SAMU.

### 5.4.1 Definição de família considerada no estudo

A definição de família tem sido amplamente discutida, havendo a coexistência de vários conceitos. Foi utilizada a definição de família proposta por Wright e Leahey (2012), que possibilita a ampliação da visão familiar quando afirma que “família é quem seus membros dizem que são”, considerando-se, então, as diversas formações de família existentes.

Para a realização do estudo foi adotada a perspectiva interacional de família defendida por Angelo (1997), por considerar que esta possibilita um olhar para a família em suas interações simbólicas. Para a autora, as interações familiares com seus símbolos, self, mente, influenciam o modo como o indivíduo experiencia o mundo.

### 5.4.2 Seleção dos colaboradores da pesquisa

A seleção das famílias que participaram da pesquisa foi realizada em duas etapas:

1ª etapa: seleção das fichas de atendimento das crianças - As famílias foram selecionadas através da busca ativa das fichas de atendimento da criança vítima de acidente atendida pelas equipes do Suporte Básico de Vida e do Suporte Avançado de Vida do SAMU.

Os critérios levados em conta na inclusão das fichas para seleção das famílias de crianças acidentadas foram:

- Fichas completas;
- Fichas não rasuradas;
- Fichas legíveis.

Nesse período, 372 crianças/famílias foram atendidas pelo SAMU- Campo Grande, vitimadas por acidentes; destas, 74 foram atendidas pelo suporte avançado de vida e 298 pelo suporte básico de vida. Em dois destes casos a criança/família foi atendida pelo suporte básico de vida e este solicitou apoio do suporte avançado, devido à gravidade da criança.

Das 372 crianças/famílias 04 foram eliminadas por falta de identificação da criança e 12 por dados incompletos. Assim 356 crianças/famílias foram selecionadas para comporem a segunda etapa da seleção dos colaboradores.

2ª etapa: seleção das famílias – Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão da família na entrevista:

- Ter pelo menos um membro da família de crianças vítimas de acidente atendidas pelas equipes do SAMU presente no local da ocorrência. Nos casos em que mais de um familiar desejou participar da entrevista este foi convidado a fazê-lo;
- Famílias de crianças que residiam em Campo Grande/MS;
- Famílias de crianças cujo atendimento não representava suspeita e/ou confirmação de violência doméstica.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Famílias de crianças que evoluíram para óbito;
- Famílias de crianças não localizadas;
- Familiares menores de 18 anos.

Das 356 crianças/famílias atendidas pelo SAMU - Campo Grande, que passaram pela seleção anterior, 4 foram excluídas por terem evoluído para óbito no hospital e 148 por não terem sido localizados no sistema informatizado da SESAU - SMS.

Das 208 crianças/famílias que restaram, 11 foram selecionadas, por conveniência, para participarem deste estudo.

Critérios de Conveniência adotados:

Através das fichas de atendimentos das 208 crianças/famílias, atendidas pelas equipes do SAMU e que não foram excluídas nas 1ª e 2ª fases da seleção dos colaboradores, identificaram-se os contatos telefônicos dos responsáveis.

Os contatos telefônicos foram realizados do atendimento mais antigo para o atendimento mais recente. As pessoas que atenderam a ligação telefônica, em até cinco tentativas, e se dispuseram a participar da pesquisa foram selecionadas para o estudo.

Após selecionada a família participante, as próximas crianças/famílias que tiveram o mesmo tipo de acidente e suporte de vida foram excluídas. Este procedimento foi realizado visando diversificar as causas de acidentes e os níveis de gravidade, de acordo com a classificação do médico regulador e equipe intervencionista.

Cada entrevista foi analisada após a sua conclusão para verificar o aparecimento de perspectivas não encontradas nas entrevistas anteriores. Após duas entrevistas consecutivas sem novas informações a amostragem foi encerrada.

## 5.5 Técnica de coleta de dados

A entrevista individual foi a técnica utilizada para se coletarem os dados da pesquisa. A entrevista é uma técnica que possibilita explorar com profundidade o mundo do indivíduo participante, as suas experiências e sensações, facilitando a compreensão da experiência da família de crianças vítimas de acidentes atendidas pelas equipes do SAMU.

As perguntas semiestruturadas foram organizadas e conduzidas por meio de um roteiro (APÊNDICE A); os registros foram feitos em um diário de campo (APÊNDICE B), a fim de que não se perdessem informações relevantes e, também, para a melhor compreensão dos esquemas conceituais construídos pelas famílias, ao relatarem suas experiências relativas ao acidente da criança.

O roteiro de entrevista continha três partes: a parte I destinava-se aos dados de caracterização das famílias; a parte II dava enfoque à questão principal - “Conte-me como foi a experiência da sua família com a assistência prestada pela equipe do SAMU à criança” - e na parte III constavam as questões destinadas a explorar as concepções dos colaboradores sobre o evento ocorrido e sobre a sua constituição familiar.

O diário de campo foi utilizado para registro das principais observações do pesquisador durante a entrevista e dados referentes aos vínculos familiares, expressões não verbais e ênfase dada pelo entrevistado. Os dados retirados do diário de campo serão descritos como DC e compuseram, principalmente, a caracterização das famílias.

As fichas de atendimento das crianças de 0 a 9 anos vítimas de acidentes atendidas pelas equipes do SAMU (ANEXO A, B e C) foram acessadas e, posteriormente, analisadas quanto aos critérios de inclusão e exclusão.

Após essa análise inicial, obtiveram-se os endereços e os contatos telefônicos das crianças acidentadas através da busca no sistema informatizado da SESAU (SMS), seguindo-se, então, o contato prévio, via telefone, com os familiares das crianças vítimas de acidentes, a fim de informar sobre a pesquisa, convidá-los e saber sobre a aceitação de participarem da entrevista.

Durante o contato telefônico o tema do trabalho e os dados principais do pesquisador foram apresentados, ao mesmo tempo em que foi solicitada a escolha do melhor dia, horário e local para a realização da entrevista.

As entrevistas ocorreram na residência do entrevistado, em sete casos; na residência da mãe do entrevistado, em dois casos, no serviço, em um caso e no hospital, também em um caso. Para a realização dessas entrevistas, houve comum acordo com a família, inclusive em relação ao local e momento mais adequado, a fim de que a privacidade fosse garantida e, dessa forma,



os constrangimentos com a entrada e saída de pessoas fosse evitado. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 24 minutos. Cada família participou apenas uma vez.

Mediante a aceitação dos participantes e a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) as entrevistas foram gravadas em mídia digital e, depois, transcritas na íntegra e analisadas.

## **5.6 Categorização e análise dos dados**

As entrevistas foram categorizadas por meio de análise temática da Pesquisa de Narrativa.

A entrevista narrativa é aberta quanto aos procedimentos analíticos. Assim, considerando os objetivos deste estudo, optou-se por utilizar o Cuidado Centrado na Família como referencial teórico filosófico e o Interacionismo Simbólico, como referencial teórico analítico, em virtude deste referencial possibilitar compreender a família em sua interação com a experiência vivida no acidente e no atendimento recebido.

### **5.6.1 Interacionismo Simbólico**

O Interacionismo Simbólico (IS) procura estudar a natureza das interações humanas, partindo dos seguintes princípios: os seres humanos agem em relação aos objetos, indivíduos e situações; os significados são derivados das interações sociais; os significados são modificados através dos processos interpretativos (BLUMER, 1969).

Essa interpretação ocorre em duas etapas, a saber: o indivíduo encontra o sentido das coisas através de um processo de interação consigo mesmo; posteriormente, o indivíduo a transforma de acordo com a situação do momento e da direção de sua ação. Dessa forma, trata-se de um processo em constante elaboração, podendo ser redefinido e reinterpretado no processo de interação (BLUMER, 1969).

Para Charon (1985), o Interacionismo Simbólico possibilita a compreensão das atitudes dos indivíduos e grupos considerando o seu processo de desenvolvimento, interações sociais, econômicas e familiares. Permite a emersão de significados que influenciam as suas ações. Este referencial busca compreender as ações de cada indivíduo através da observação deste em situações de vida real.

A perspectiva interacionista concebe que o indivíduo manipula e constrói o seu mundo e a sua ação. Do mesmo modo, age e responde às ações dos outros, de acordo com as suas interpretações (BLUMER, 1969).

Segundo Charon (1985), as ideias centrais do Interacionismo Simbólico são:

1. Os indivíduos interagem, criam imagens ativas, interagindo em relação às outras imagens e agindo novamente.
2. O ser humano age no presente. Utiliza as situações passadas como embasamento para agir no presente, de acordo com a situação apresentada.
3. A interação reflete o que está entre as pessoas e o que está acontecendo no íntimo do indivíduo.
4. O homem é descrito como imprevisível e ativo no mundo.

Ainda de acordo com esse mesmo autor, o IS tem os seguintes conceitos principais (CHARON, 1985):

1. Os símbolos: “O indivíduo é simbólico, porque cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros”.
2. Self: Os indivíduos interagem em relação aos outros e a si mesmo.
3. Mente: “É a comunicação ativa com o self através da manipulação de símbolos”.
4. Assumir o papel do outro: “Através da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações das outras pessoas”.
5. Ação humana: Processo ativo de tomada de decisão.
6. Interação social: Todos os conceitos básicos surgem da interação. “Quando interagimos nós nos tornamos objetos sociais”.

Considerando essas reflexões, para o desenvolvimento deste estudo procurou-se compreender a família internacionalmente. Para isso, optou-se pela abordagem sobre a família defendida por Angelo (1997). A autora considera que para pensar a família interacionalmente deve-se considerar que os seus membros estão em constante interação simbólica, utilizando símbolos, self, mente, habilidade de assumir papéis, agir e interagir.

Partindo desse princípio tem-se que:

- Os símbolos resultam das interações que a família tem na experiência com acidentes envolvendo a criança e/ou algum membro da família, o que a possibilita a agir e tomar decisões diante do evento.
- O self representa a maneira como o familiar da criança interage consigo mesmo e pode ser percebido pela maneira como este age em relação aos outros indivíduos.

- A mente é a ação simbólica tomada pelo familiar de acordo com o seu self, em que o indivíduo faz indicação a si mesmo pela sua atividade mental.
- Na habilidade de assumir o papel da criança acidentada o familiar, para poder agir, busca uma explicação para a ação observada.
- Assim, para praticar a ação, o familiar deve lidar com o acidente e com as consequências deste, visando a definir a sua linha de ação.
- A família da criança acidentada necessita interagir simbolicamente consigo para agir em relação aos outros e a criança.

Considera-se, então, que a utilização desse referencial possibilitou a compreensão da experiência da família com o acidente da criança e do atendimento prestado pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Os significados emergidos deste estudo puderam ser relacionados às experiências prévias de cada família e de cada membro que a compõe, as percepções, as crenças, os valores e os laços de afinidade.

## **5.7 Aspectos éticos**

Este estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SESAU/SAMU) conforme Carta de Anuência (ANEXO D). Passou pela apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), sob o parecer número 1.136.555 (ANEXO E). Todos os princípios estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/2012) foram respeitados (BRASIL, 2013b).

As famílias selecionadas para participar da entrevista foram informadas sobre o objeto de estudo e tiveram suas dúvidas sanadas, após o que se solicitou ao participante que assinasse um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

Neste trabalho, a identificação das famílias entrevistadas é registrada por meio de números e a do colaborador, por meio de letras, procedimento adotado para que os nomes, as informações e os dados pessoais fossem absolutamente mantidos em sigilo.

Os colaboradores da pesquisa tiveram a opção de desistir da participação voluntária no estudo, no momento em que desejassem e sem qualquer ônus à sua pessoa.

## 5.8 Caracterização das famílias

Para a caracterização das famílias do estudo utilizou-se o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) proposto por Wright e Leahey, com o propósito de captar a sua estrutura (WRIGHT, LEAHEY, 2012).

Na abordagem à família, procurou-se identificar as subcategorias da estrutura interna, externa e contexto. Com relação à estrutura interna, o enfoque foi a composição familiar, gênero e ordem de nascimento; para a estrutura externa considerou-se a família extensa e para a categoria contexto, as subcategorias de classe social e espiritualidade e/ou religião.

A representação estrutural das famílias e as suas interações foram feitas por meio do genograma e do ecomapa, sendo o segundo, considerando a religiosidade, trabalho e estudo.

O genograma possibilita que se visualize a composição familiar e fornece base para a discussão e análise das interações familiares e vínculos entre seus membros; o ecomapa, por sua vez, é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais utilizados pela família (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

O desenvolvimento e funcionamento da família não foram analisados, pois a percepção do desenvolvimento da família, do seu ciclo vital e da interação dos seus membros exigiria maior aprofundamento da dinâmica familiar e tempo para a sua operacionalização, não sendo esse o objetivo deste estudo.

Os resultados alcançados na pesquisa desenvolvida e descrita neste estudo são apresentados no capítulo que se segue.

## 6 RESULTADOS

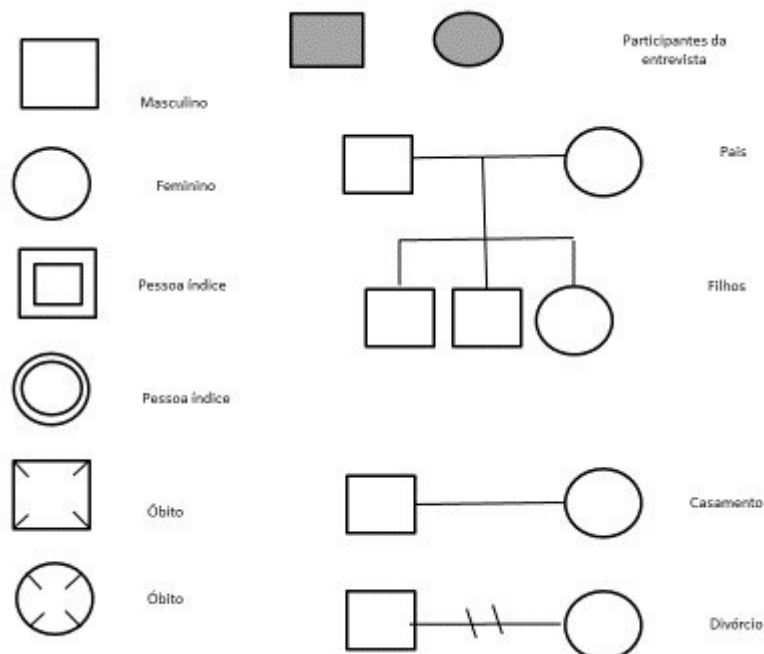
A apresentação dos resultados deste estudo está organizada em duas partes. A primeira descreve a caracterização das famílias; a segunda, a experiência delas relacionada ao acidente sofrido pela criança e as intervenções da equipe do SAMU direcionadas à criança e à família.

Quadros e diagramas são utilizados para melhor visualização e para representação dos temas e subtemas que caracterizam a experiência das famílias.

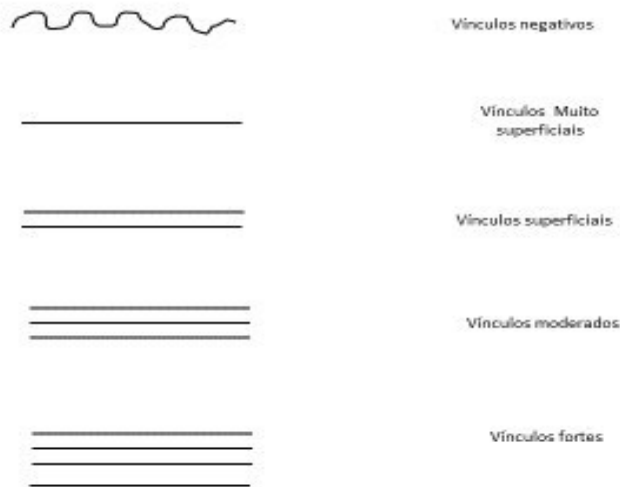
### 6.1 Caracterização estrutural da família

Neste estudo, as famílias foram caracterizadas quanto a sua composição e condições socioeconômicas e educacionais. Essa caracterização é apresentada, aqui, por meio do genograma e do ecomapa agrupado, cujos símbolos são ilustrados nas figuras 1 e 2, a seguir:

**Figura 1** - Símbolos utilizados nos genogramas e ecomapas



Fonte: Wright e Leahey (2012).

**Figura 2** - Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos

Fonte: Wright e Leahey (2012).

Considerando que a pesquisa foi realizada em apenas uma entrevista, na maioria das vezes com um membro da família, os dados relacionais referentes ao genograma e ecomapa dizem respeito à percepção do membro familiar entrevistado.

**Quadro 5** – Caracterização do familiar que participou do estudo

F	ID	S	Parentesco	Região	Escolaridade	Ocupação	Religião	Renda
1	37	F	Mãe	Oeste	Fund. Inc.	Doméstica	Evangélica	< 1 SM
	50	M	Pai	Oeste	Fund. Inc.	Pedreiro	Evangélico	
2	33	F	Mãe	Sul	Méd. Inc.	Desempregada	Católica	< 1 SM
3	30	M	Pai	Oeste	Sup. Inc.	Desempregado	Evangélico	< 1 SM
4	55	M	Avô	Norte	Méd. Inc.	Agricultor	Evangélico	< 1 SM
5	36	F	Mãe	Sul	Méd. Inc.	Desempregada	Não	< 1 SM
6	22	F	Mãe	Sul	Fund. Inc.	Desempregada	Não	NÃO
7	18	F	Cuidadora	Sul	Fund. Comp.	Cuidadora	Evangélica	< 1 SM
8	20	F	Mãe	Oeste	Méd. Inc.	Do lar	Católica	< 2 SM
9	27	F	Mãe	Sul	Fund. Inc.	Limpeza da rua	Católica	< 1 SM
10	37	F	Avó	Sul	Fund. Inc.	Desempregada	Evangélica	< 1 SM
11	41	F	Mãe	Leste	Méd. Comp.	Cabeleireira	Católica	< 2 SM

Fonte: Dados obtidos pela autora, na pesquisa.

É possível observar o predomínio de familiares colaboradores jovens, com idade economicamente ativa, porém seis familiares não possuem renda salarial.

Dois familiares informaram ter emprego formal e os outros têm empregos informais, com renda mensal variável.

Das famílias colaboradoras, nove têm a renda mensal agrupada menor que um salário mínimo e duas, menor que dois salários mínimos. O grau de escolaridade varia do ensino fundamental ao médio. Um entrevistado referiu curso superior incompleto.

Dentre os locais de moradia seis famílias residem na região Sul da cidade, quatro na região Oeste, um na Norte e um na Leste.

Em sete entrevistas as mães foram as colaboradoras, porque eram o familiar presente no momento do acidente. Em dois casos o pai foi o entrevistado, em outro o avô, em outro a avó e em um caso, a cuidadora.

Seis famílias podem ser classificadas como extensas ou ampliadas. Três podem ser classificadas como de um só genitor, tendo a mãe como provedora e duas como nucleares.

Dois entrevistados afirmaram não possuir crenças religiosas, três professam o catolicismo e seis se denominaram evangélicos.

A caracterização das famílias segue descrita a seguir.

### 6.1.1 Família 1

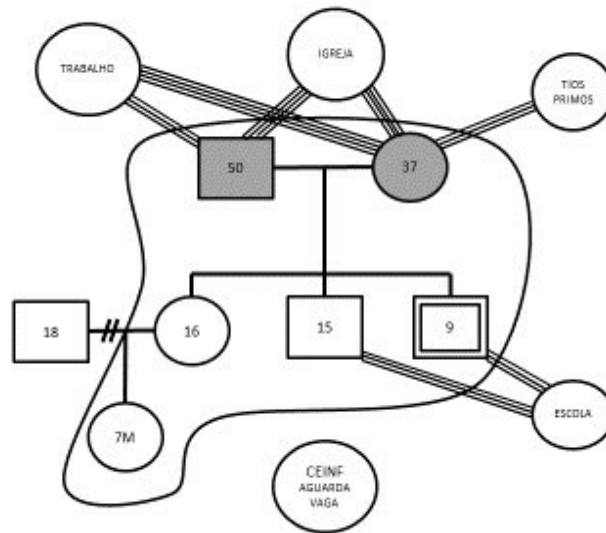
Pode ser classificada como família extensa ou ampliada. Residem em casa própria, de alvenaria, com cinco cômodos, na região Oeste de Campo Grande.

Na parte posterior do terreno em que está a casa da Família 1, encontra-se construída a casa da tia do M., da parte paterna, casa de alvenaria, com cinco cômodos, onde residem a tia, o tio e seis primos. Um dos primos tem uma doença neurológica degenerativa que a família não soube nomear.

A região é assistida por Unidade de Saúde da Família, porém a micro-área onde está inserida encontrava-se sem agente comunitário, na época da entrevista. Não frequentam regularmente a unidade de saúde.

A renda familiar é variável, considerando que a mãe é empregada doméstica, com renda mensal fixa, e o pai é pedreiro, sem renda fixa. A irmã não estava frequentando a escola devido à necessidade de cuidar do filho, que aguarda vaga na creche. M. e o irmão frequentam a escola regularmente, os pais possuem ensino fundamental incompleto, tendo residido por alguns anos em fazenda. Ambos frequentam a igreja evangélica.

**Figura 3** - Genograma e ecomapa da família 1



Fonte: Dados coletados pela autora, na pesquisa.

M. não estava sob a supervisão de um responsável, no momento do acidente. Estava sozinho na residência e saiu acompanhado pelos amigos sem a autorização dos pais. Subiu em uma árvore e teve queda de cerca de 2 metros, fraturando ambos os braços. Os pais referem que essa criança ainda sai sozinha com os amigos e não apresenta sequelas associadas à queda.

A mãe e o pai foram entrevistados na residência em que moram, mediante o agendamento prévio, por telefone.

### 6.1.2 Família 2

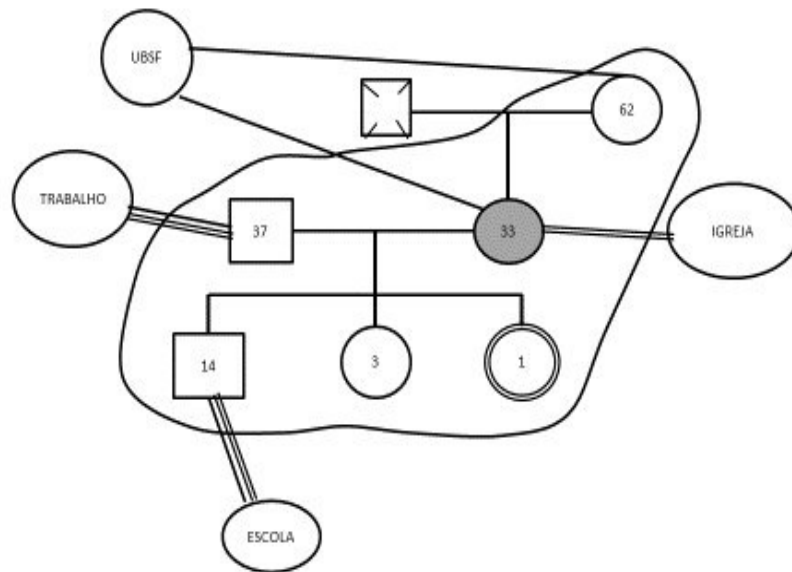
A família de N. pode ser classificada como família extensa ou ampliada. Esta reside em uma casa cedida, nos fundos da casa da avó materna da criança, na região Sul de Campo Grande. Residência de alvenaria com cinco cômodos, geminada à casa da frente.

A região é assistida por uma Unidade de Saúde da Família, sendo uma área coberta pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A família não frequenta a unidade com regularidade.

A renda da família é variável, o pai é motorista autônomo e a mãe encontra-se desempregada. Recebem ajuda do governo através da bolsa família e, em média, um salário mensal dos fretes. A irmã e o irmão estão na escola no período matutino. Tanto o pai quanto a mãe possuem o ensino médio incompleto. Ambos professam o Catolicismo.



**Figura 4** - Genograma e ecomapa da família 2



Fonte: Dados coletados pela autora na pesquisa.

N. estava sob os cuidados da mãe, na presença da irmã, quando sofreu queda de altura, da cama, cerca de 50 cm, ao rolar sobre ela enquanto dormia.

A mãe foi entrevistada na residência em que mora, mediante o agendamento prévio, por telefone.

Essa família foi bastante receptiva. Estavam presentes as filhas menores e o casal. A criança que sofreu o acidente ficou no colo da mãe que a amamentava. O filho maior preferiu retomar à programação da televisão. Apenas a M. participou da entrevista.

### 6.1.3 Família 3

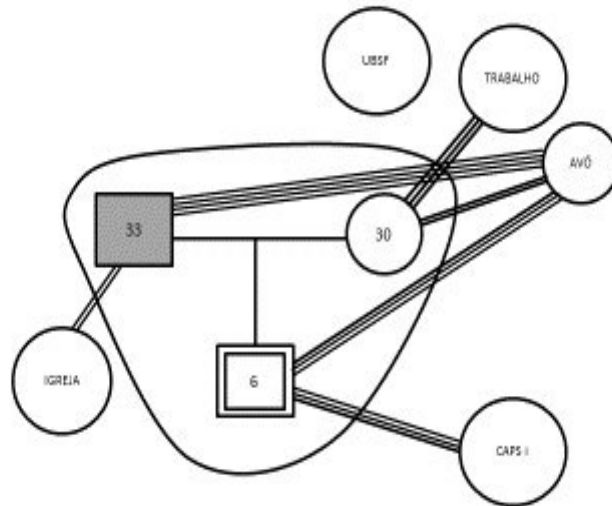
Pode ser classificada como família nuclear. A casa em que reside é própria, de alvaria, tem quatro cômodos, localizada na região Oeste de Campo Grande.

Essa região é assistida por uma Unidade Básica de Saúde da Família, sendo uma área coberta pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Não realizam acompanhamento na unidade.

A renda da família do G. é variável, o pai é artista plástico, está desempregado, portanto, não tem renda; a mãe é diarista sem renda fixa.

O pai estudou até o ensino superior incompleto e a mãe até o ensino fundamental completo. Ambos são evangélicos, porém não são frequentadores assíduos da igreja.

**Figura 5** - Genograma e ecomapa da família 3



Fonte: Dados coletados pela autora, na pesquisa.

G. estava acompanhado pelo seu pai e amigos, quando atravessou a rua correndo e foi atropelado por uma motocicleta.

Trata-se de uma criança hiperativa em tratamento psiquiátrico ambulatorial no Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi), há 3 anos; tem baixo rendimento escolar e necessita de vigilância contínua.

A Família encontrava-se na casa da avó quando W. participou da entrevista. Estavam presentes a mãe, o pai, a criança, a avó e o tio. Porém, apenas o W. falou sobre o evento, tendo em vista que os outros sujeitos não estavam presentes no momento do acidente. A visita foi agendada previamente por telefone.

#### 6.1.4 Família 4

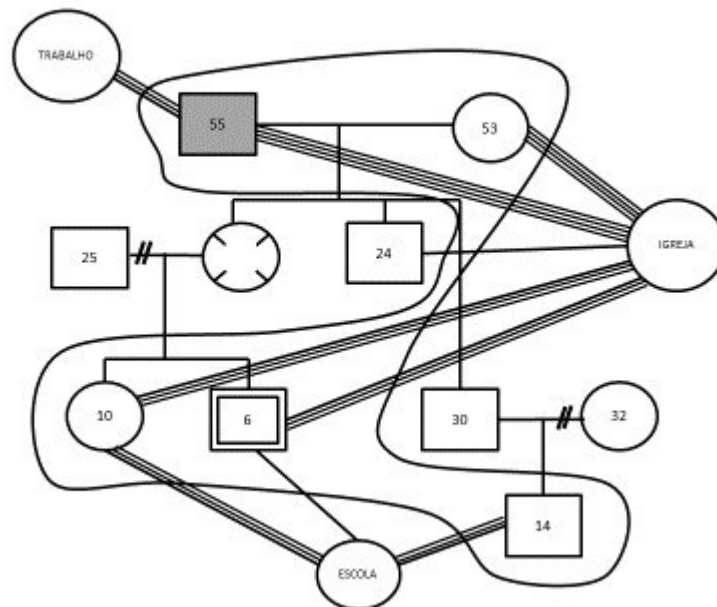
Pode ser classificada como família extensa ou ampliada, residente, atualmente, em um sítio próximo à cidade de Terenos, em uma área de assentamento, onde há plantação de milho, palmito e palmeiras imperiais. A casa é de alvenaria e tem oito cômodos.

Os filhos do casal visitam os pais com frequência. O mais velho trabalha no sítio com o pai.

A região não é assistida por Unidade de Saúde da Família. A Família procura atendimento médico em Terenos ou em Campo Grande, quando necessita.

A renda da família do B. é variável, o avô é agricultor, a avó é do lar, a irmã e primo estudam em Terenos. B. não retornou às aulas devido ao processo de reabilitação após o acidente.

**Figura 6** - Genograma e ecomapa da família 4.



Fonte: Dados coletados pela autora na pesquisa.

B. estava sob os cuidados da mãe, na garupa da motocicleta, quando sofreram o acidente. A mãe do B. foi a óbito no local e o B. foi levado para a Santa Casa, em estado grave. B. sofreu uma contusão medular no momento do acidente que evoluiu para choque neurogênico. Permaneceu na Santa Casa cerca de 30 dias. Recebeu alta, ainda que sem os movimentos dos membros inferiores, com esperanças de recuperação, considerando-se que não houve ruptura da medula. Está em tratamento de reabilitação na APAE de Campo Grande. A família está empenhada em conseguir vaga no Hospital Sarah Kubistchek para a reabilitação da criança.

O acidente se deu em consequência de uma perseguição policial a um veículo furtado. Após a colisão os assaltantes foram presos. O veículo furtado colidiu com a moto e os passageiros foram ejetados.

Antes do acidente, B. e a sua irmã já moravam com os avós, a mãe tinha uma loja em Campo Grande e ia vê-los todos os fins de semana; o pai, por residir em Sidrolândia, realizava visitas esporádicas.

Após o acidente, a guarda das crianças foi passada para o pai, que ainda não se decidiu a levá-los para Sidrolândia, mas tem pego os filhos com mais frequência e permanecido com os mesmos por um período maior. Esse fato causa sofrimento aos avós. O Sr. A. comentou: “ela não queria que os filhos ficassem com a outra avó, mas Deus é que sabe”.

O avô do B. citou a filha falecida por diversas vezes durante a entrevista. A família está vivendo um período de grande sofrimento, com a perda recente de um de seus membros, a seqüela de outro e a possibilidade de afastamento dos netos.

“Este não foi um bom ano para nós”, foi a primeira frase do Sr. A., ao iniciar a entrevista, que ocorreu na sua residência, no assentamento, mediante agendamento prévio, por telefone. Dois filhos do casal, nora, genro e quatro netos estavam presentes, porém não participaram da entrevista.

Todos os membros da família foram receptivos e cordiais, demonstraram ser unidos por fortes laços de afinidade e respeito.

#### 6.1.5 Família 5

Classificada como família extensa ou ampliada, reside em casa própria, na região Sul de Campo Grande. Existem três residências no mesmo terreno. Na casa da frente, mora o avô e a avó da criança alvo deste caso, ambos com 77 anos. Na casa do meio moram a mãe, de 36 anos, e a criança de 8 anos. Na casa do fundo moram a tia, que tem 30 anos e possui deficiência mental, e o seu filho com 9 anos. Todas as residências são de alvenaria com quatro, quatro e três cômodos, respectivamente.

A região é assistida pela Unidade Básica de Saúde, sendo uma área coberta pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Nessa Unidade são realizados atendimentos.

A renda da família do L. é composta pelas aposentadorias dos avós e da tia. A mãe não está trabalhando, no momento. Conforme ela mesma afirma, não há condições de trabalhar em

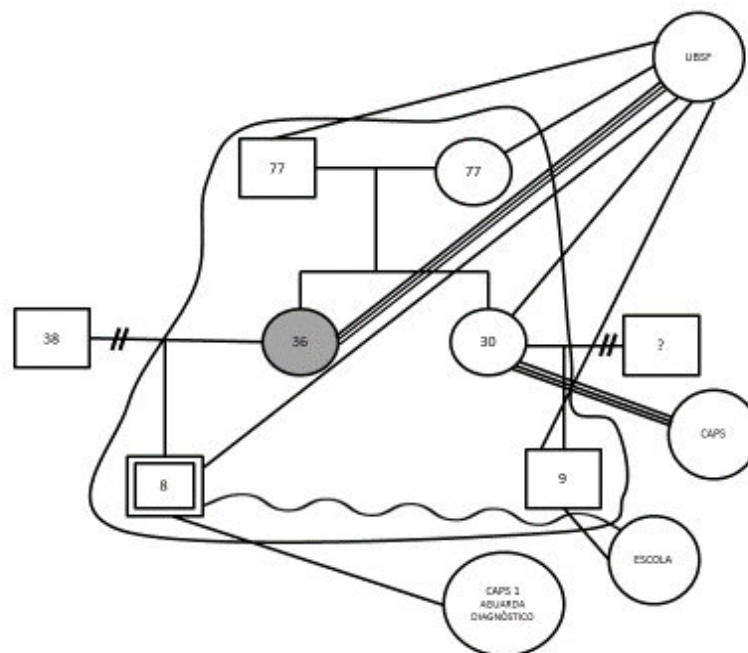
virtude da necessidade de cuidar dos pais idosos, da irmã com deficiência e o filho, que apresenta hiperatividade e agressividade ainda sem diagnóstico.

A Sra. M. comentou que o L. já foi expulso de duas escolas públicas por agressão aos colegas. Ela pretende tentar reinseri-lo este ano. L. está fazendo exames para definir o diagnóstico médico e iniciar tratamento específico. Referiu-se, também, ao fato de que ninguém consegue ajudá-la nos cuidados com o filho.

O pai de L. reside no Paraná e há dois anos não tem contato com o filho. Apenas tem enviado a pensão alimentícia.

A família não frequenta instituição religiosa. Os avós e a tia estudaram pouco tempo, tendo ensino fundamental incompleto e a Sra. M. estudou até o ensino médio incompleto.

**Figura 7** - Genograma e ecomapa da família 5.



Fonte: Dados coletados pela autora da pesquisa.

O L. estava acompanhado do primo e da mãe, no momento do acidente. Subiu no telhado para pegar o celular com o qual estavam brincando e caiu.

Estavam presentes nas residências, no momento da entrevista, todos os membros da família. Apenas a mãe participou da entrevista, na varanda da sua casa, um pouco distante dos demais membros da família. A mãe acompanhava o filho, com o olhar, durante todo o tempo da entrevista. A visita foi agendada previamente por telefone.

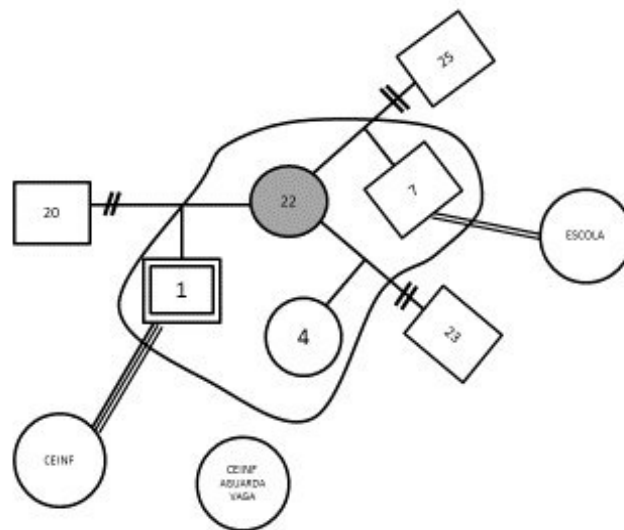
### 6.1.6 Família 6

Família muito carente, de recursos socioeconômicos educacionais e assistência à saúde, que vive em condições precárias. Pode ser classificada como família com um só genitor.

Construída em uma área de invasão territorial, na região sul de Campo Grande, a casa é de material aproveitado, de chão batido. Possui fornecimento irregular de água e luz. A água foi encanada por um desvio na rua e a luz elétrica foi ligada diretamente ao fio de alta tensão.

A residência pertence à avó da criança, que está morando no serviço. A casa tem três cômodos: um quarto, um banheiro e uma varanda que é utilizada como cozinha.

**Figura 8** - Genograma e ecomapa da família 6.



Fonte: Dados coletados pela autora da pesquisa.

A criança de 4 anos não conseguiu vaga no CEINF e a mãe não tem com quem deixá-la, para estudar ou trabalhar.

Não possuem renda mensal e não estão cadastrados em nenhum programa de Governo, como o bolsa família. Sobrevivem com a ajuda dos vizinhos, da avó e da tia da criança.

A mãe se manifestou preocupada com a possibilidade de o Conselho Tutelar recolher os filhos. Ela demonstrou que tem bom vínculo afetivo com os filhos, embora os pais deles não sejam presentes.

A região é uma área desassistida pela unidade de saúde da família, por ser informal, não havendo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para orientações e encaminhamentos.

P. fez o ensino fundamental incompleto. O filho mais velho estuda à tarde, o menor fica no CEINF por período integral, já a filha do meio fica com os amigos, na rua, pois não conseguiu vaga na escola. Não fazem parte de nenhum grupo religioso.

M. estava com a mãe e a irmã, no quintal, quando foi picado por escorpião. A mãe comenta que não houve manifestações alérgicas, porém, a lesão evoluiu para um abscesso e celulite, com melhora em pouco tempo.

A mãe foi entrevistada na sua residência, mediante o agendamento prévio, por telefone. O irmão do M. estava na escola, o M. e a irmã ficaram brincando no quintal.

#### 6.1.7 Família 7

Pode ser classificada como família nuclear ou extensa, composta por mãe, filhos e uma cuidadora, referida como empregada e membro da família.

A família reside em casa própria, na região Sul de Campo Grande. A construção é de alvenaria, tem seis cômodos onde moravam a criança, a mãe, a cuidadora e os irmãos. Hoje a cuidadora não reside mais com a família.

A região é assistida por uma Unidade Básica de Saúde da Família, sendo uma área coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A renda da família da A. é de dois salários mínimos comerciais que a mãe recebe por trabalhar como cozinheira em um presídio, em Campo Grande, e da pensão alimentícia dos filhos.

A mãe de A. contratou a M. para cuidar dos filhos em período integral e lhe ofereceu moradia, pois não tinha onde ficar, tendo em vista que sua mãe se casara novamente e passou a residir com o marido, obrigando a filha a procurar um meio de subsistência.

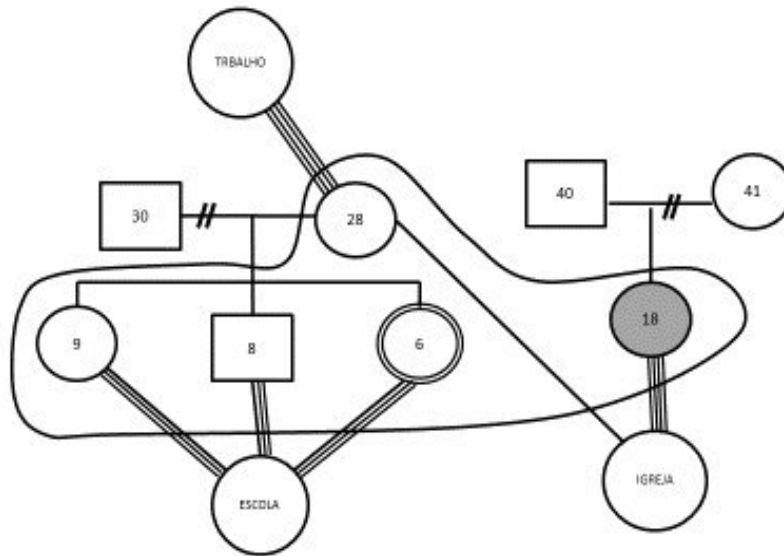
Assim esta relação familiar se fez em meio à necessidade e a trocas de benefícios.

O pai das crianças não é presente na família; cumpre apenas as obrigações de pensão alimentícia.

A família é evangélica e frequenta o culto semanalmente.

A mãe da A. e a cuidadora terminaram o ensino fundamental e não deram prosseguimento, já as crianças estudam no período vespertino.

**Figura 9** - Genograma e ecomapa da família 7.



Fonte: Dados coletados pela autora da pesquisa.

A. estava acompanhada dos irmãos e da cuidadora no momento em que atravessou a rua correndo e foi atropelada por uma motocicleta. A cuidadora se culpa pelo acidente e sofre com as próprias cobranças, apesar de o acidente não ter afetado o crescimento e desenvolvimento da criança.

A visita foi agendada previamente por telefone. Ocorreu na atual residência da M. Esta nega ter se mudado em decorrência do acidente, porém faz referência a desavenças com a mãe da criança após o ocorrido.

#### 6.1.8 Família 8

Classificada como família nuclear, essa família reside em uma casa-condomínio, própria, com seis cômodos, localizada na região Oeste de Campo Grande.

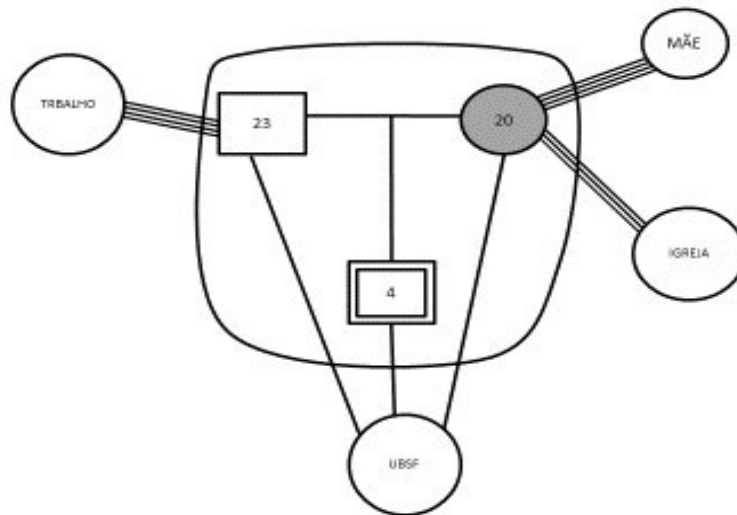
A mãe da criança encontra-se gestante de seis meses, de uma menina.

A região é assistida por uma Unidade de Saúde da Família, sendo uma área coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS).



A renda da família do L. provém do salário do pai, que trabalha como eletricista em uma empresa. A mãe cuida do lar e da criança que não está frequentando o CEINF. Ela cursou o ensino médio incompleto e o pai, o ensino médio completo. Ambos professam o Catolicismo

**Figura 10** - Genograma e ecomapa da família 8.



Fonte: Dados coletados pela autora, na pesquisa.

L. estava sob os cuidados da mãe, quando ingeriu veneno de formiga.

A mãe da criança foi entrevistada na residência da mãe, mediante o agendamento prévio por telefone.

A família foi bastante receptiva. Estavam presentes, além da mãe, a avó e a criança, porém não participaram da entrevista.

#### 6.1.9 Família 9

Esta família pode ser classificada como família com um só genitor. Reside em uma casa de alvenaria, na região sul do município.

Nesta família, a mãe está gestante do quinto filho e separada do terceiro marido. Demonstrou-se preocupada com os filhos. Possui pele queimada de sol e mão calejada pelo trabalho braçal. Os pais dos filhos não são presentes na vida deles e a mãe não recebe ajuda de terceiros para o cuidado com os filhos.

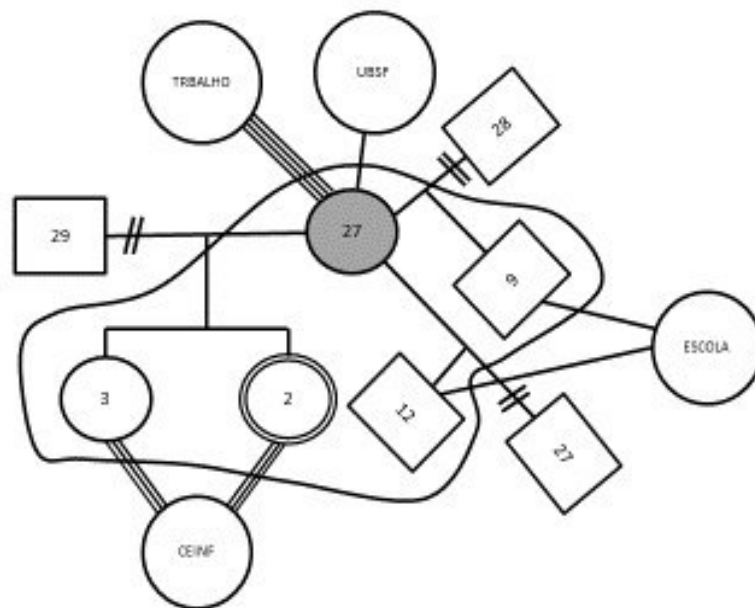
A região é uma área assistida por uma Unidade Básica de Saúde da Família, sendo uma área coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A família tem como renda mensal um salário mínimo comercial advindo do serviço que a mãe presta, na Guatós, na limpeza da rua (empresa de limpeza e mão de obra especializada, que presta serviço para a prefeitura municipal de Campo Grande) e do benefício do bolsa família. T. considera o trabalho na Guatós mais tranquilo, se comparado aos muitos anos de trabalho no lixão.

As crianças estão matriculadas e frequentando o CEINF e escola. T. cursou o ensino fundamental incompleto e afirma sentir falta dos estudos.

A família não faz parte de nenhum grupo religioso.

**Figura 11** - O genograma e ecomapa da família 9



Fonte: Dados coletados pela autora, na pesquisa.

V. estava com a mãe e os irmãos no momento em que entrou em contato com um produto químico que provocou uma reação alérgica respiratória.

A mãe foi entrevistada no seu ambiente de trabalho, na rua, embaixo de uma árvore, mediante o agendamento prévio por telefone.

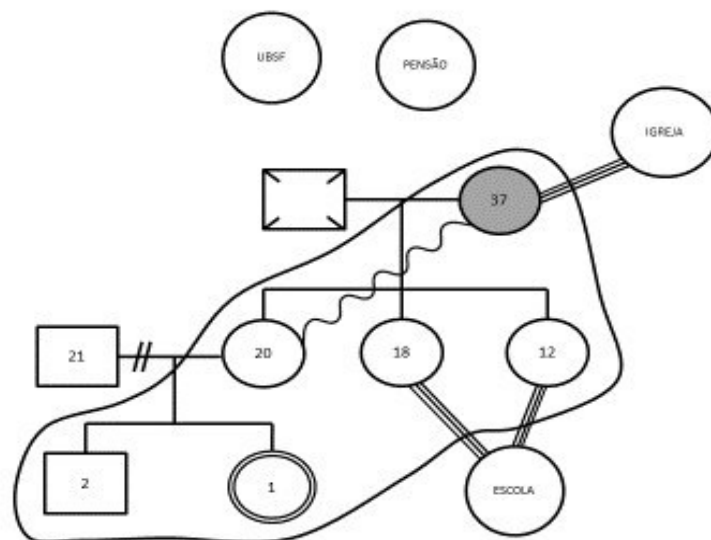
T. afirmou já ter vivido outras situações parecidas e que nem sempre o SAMU a atendeu. Comenta que não mais precisou desse socorro, após esse último episódio.

### 6.1.10 Família 10

Família classificada como extensa ou ampliada, residente em um apartamento próprio de cinco cômodos, na região Sul de Campo Grande.

Residem nesse apartamento, a criança, o irmão, a mãe, a avó e as tias. A mãe e a avó cursaram o ensino fundamental incompleto, as tias cursam o ensino médio e fundamental, respectivamente. As crianças não frequentam o CEINF.

**Figura 12** - Genograma e ecomapa da família 10.



Fonte: Dados coletados pela autora, na pesquisa.

A mãe e a avó da criança brigaram há um mês; sendo que a mãe saiu de casa com os filhos e não deu informações sobre o seu paradeiro. A avó apresentou-se bastante entristecida no momento da entrevista.

Esta região é assistida por uma Unidade de Saúde da Família, sendo uma área coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A renda familiar, de dois salários mínimos, provém da pensão que a Sra. I. recebe do marido falecido. A família afirma ser evangélica, porém não frequenta os cultos regularmente.

C. estava acompanhada da mãe, tias e irmão, quando este abriu uma lata de querosene e ofereceu para que C. tomasse. A avó estava tomando banho quando tudo aconteceu, porém foi esta que acionou o socorro.

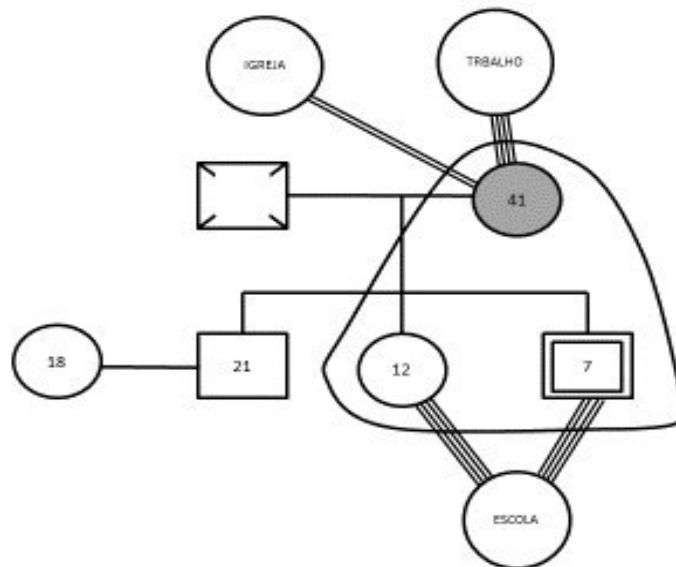
“Eu perguntava o que estava acontecendo e ninguém me respondia; quando perceberam que era coisa séria me contaram”, comenta a avó, que foi entrevistada no seu apartamento, mediante o agendamento prévio por telefone.

Essa avó demonstrou estar abalada pela separação. Hoje mora com as outras duas filhas e não sabe dizer se a filha mais velha está bem.

#### 6.1.11 Família 11

Esta família pode ser classificada como família de um só genitor. Reside na região Leste de Campo Grande, em uma casa de alvenaria, com oito cômodos, onde moram a criança, a mãe e a irmã. “As tias estão sempre presentes, mas cada uma conduz sua própria vida”, “elas fazem o que podem”, relata a Sra. O., mãe da criança.

**Figura 13** - Genograma e ecomapa da família 11.



Fonte: Dados coletados pela autora, na pesquisa.

A região onde moram é assistida por Unidade Básica de Saúde, sendo coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A renda da família do C. é variável, a mãe é cabeleireira com salão próprio. Não possui outra renda. Os filhos frequentavam regularmente as aulas e a mãe cursou o ensino médio completo e curso profissionalizante de cabelo e estética.

C. ainda não retornou às aulas, em razão de ainda estar internado para reabilitação após o acidente. A família não tem informações sobre as repercussões futuras das lesões.

C. estava sob os cuidados da mãe, na presença da irmã, quando entrou na frente de um carro que o atropelou. A criança foi levada para o hospital em estado grave, sendo submetida a várias cirurgias. Permanece em repouso absoluto no leito da Unidade de Cuidados Intermediários.

A Sra. O. foi entrevistada no saguão da Santa Casa, mediante agendamento prévio por telefone. Estavam presentes a irmã e o cunhado, porém estes não participaram da entrevista.

Mãe, filho e tios mostraram-se abatidos e cansados, porém unidos por fortes laços de afinidade e respeito. Ainda estão vivendo o momento e as marcas do acidente.

## 6.2 Caracterização dos acidentes

Para melhor compreensão do contexto vivenciado pelas crianças acidentadas e familiares entrevistados, serão apresentados, a seguir, dados referentes aos acidentes, as lesões ocasionadas e o cumprimento da missão do SAMU, em relação ao tempo resposta.

A caracterização do acidente e a informação sobre o cumprimento das diretrizes de atendimento do SAMU foram obtidas a partir das narrativas dos familiares, transcritas da parte I do roteiro de entrevista e diário de campo. Para o levantamento das lesões foram utilizados os registros da equipe do SAMU, constantes na ficha de atendimento, bem como a informação da família registrada em diário de campo.

**Quadro 6** – Caracterização do acidente ocorrido, segundo o familiar entrevistado

FAM	ACIDENTE	LESÃO	MISSÃO DO SAMU	DESCRIÇÃO ACIDENTE
1	Queda de altura. Árvore.	Fratura em ambos os braços. Sem sequelas.	Eles foram bem rápidos.	Não referida, não havia familiares na cena.

2	Queda de altura. Cama.	Hematoma subgaleal. Sem sequelas.	SAMU foi muito rápido, em cerca de oito a dez minutos estava em casa.	Foi colocado travesseirinho e coberto na cama para impedir que a neném caísse. Aí eu não sei se a minha filha que estava do lado puxou, porque ela tem ciúmes, ou se a neném foi rolando e caiu.
3	Atropelamento por moto	Escoriações. Hematoma. Sem sequelas.	O SAMU chegou super-rápido.	Ele correu para a rua e bateu na lateral de uma moto que estava passando, deu umas três rodopiadas, bateu a cabeça no asfalto umas três vezes, aí o olho dele foi entortando para cima, ficou duro e tremendo.
4	Colisão: carro x moto.	Fratura em vertebra da coluna torácica. Com Paralisia dos membros inferiores.	O SAMU já tinha levado ele quando chegamos. Ele já tinha sido atendido. Quanto à minha filha não tinha mais o que ser feito.	A viatura da polícia estava perseguindo uma caminhonete roubada. A caminhonete rampou na curva e bateu na moto que estava com a minha filha e meu neto. Eles foram arrastados por mais de 50 metros.
5	Queda de altura. Telhado	Escoriações Sem sequelas.	O SAMU veio com viatura tripulada por um médico. Foi muito rápido. Foi um bom atendimento.	Ele estava brincando no fundo de casa, com um celular velho, que achou. Jogou-o para cima e este ficou preso no telhado. Pegou uma escada, subiu no telhado e sofreu a queda. Foi questão de minutos.
6	Picada de escorpião.	Hiperemia e edema. Sem sequelas.	Eles chegaram rapidamente. Atenderam bem.	Ele estava brincando de carrinho com a minha filha. Ela falou: mãe o escorpião picou o M.. Ela que viu. Ele só gritava e tremia de dor. Tinha um ferrão no seu pé.
7	Atropelamento por moto.	Escoriações. Sem sequelas.	Não referiu.	Quando eu fui segurar a mão dela, ela já tinha batido na moto. Eu só vi ela caída no chão encostada na parede da igreja.
8	Intoxicação exógena – ingestão de veneno de formiga.	Êmese. Sem sequelas.	Foi muito bom o atendimento. Vieram super rápido.	Eu estava limpando a casa. O veneno estava em cima da mesa, ele pegou e tomou um gole. Na hora ele vomitou.

9	Intoxicação exógena – contato com produto de limpeza.	Dispnéia. Sem sequelas.	Eles chegaram rápido e me atenderam bem.	Ela tem alergia e algumas coisas fazem as vias aéreas dela fecharem. Ela não estava conseguindo respirar.
10	Intoxicação exógena – Ingestão de querosene	Hipoatividade. Êmese. Sem sequelas	Eu gostei, ela foi bem atendida. Uns dez minutos mais ou menos eles estavam aqui.	Foi um querosene que o irmão dela tinha encontrado embaixo do tanque, abriu a tampinha e deu para ela tomar
11	Atropelamento por carro	Ferimentos profundos. Nefrectomia à direita. Enxerto de braço esquerdo. Fratura de bacia. Ainda em repouso.	Demorou bastante, acho que uns seis, sete minutos. Acho que quase dez minutos. Também porque eu estava naquela situação.	Ele saiu do carro e virou com tudo. Bateu a cabeça na lataria da van e caiu para baixo. O motorista saiu arrastando ele. Eu gritei na hora que vi. O motorista pisou no freio e foi arrastando ele na rua de paralelepípedo.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

Os acidentes ocorreram, majoritariamente, na residência (6), em quatro casos o evento ocorreu em via pública e um deles, em terreno baldio. Dentre as 11 famílias entrevistadas apenas uma referiu que a criança não estava sob os cuidados de um responsável quando o acidente ocorreu.

Dentre essas 11 famílias, oito informaram que a criança vitimada não apresentou sequelas ou mudanças no comportamento após o acidente; uma apresentou limitação na rotação do braço esquerdo e duas tiveram lesões graves: um trauma raquimedular e uma nefrectomia. A última permanece em tratamento hospitalar e a anterior em acompanhamento ambulatorial.

### 6.3 Narrativa dos familiares

Os dados que serão apresentados a seguir foram obtidos mediante leitura das partes II e III do formulário de entrevista e do diário de campo. A ênfase é dada à experiência do familiar entrevistado em relação ao acidente e suas repercussões na família, ao atendimento recebido e ao atendimento à criança.

Esses dados estão expostos em quadros que sintetizam o evento e a narrativa da família, de maneira discursiva, em temas representativos da experiência da família, objetivando uma apresentação mais fidedigna.

**Quadro 7 – Narrativa da família 1**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	A minha família ficou triste com o acidente do M., porque ele é uma criança querida por todos. Foi difícil para mim, porque precisei largar tudo para cuidar do M. no hospital e tirar dinheiro de onde não tinha.	Triste. Difícil. Cuidado. Gastos.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família	No momento do acidente eles atenderam bem ao meu filho. Acredito que não haveria nada a mudar.	Atenderam-me bem.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança	Quando cheguei em casa a equipe do SAMU já havia chegado com o meu filho dentro da viatura. Eles foram a minha casa pegar documentos e um de nós. Eles foram rápidos.	Criança já em atendimento.
Ênfase do familiar	Eu precisei largar tudo.	Dedicação

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

**Quadro 8 – Narrativa da família 2**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Quando ela caiu foi um desespero, porque eu achei que ela tinha morrido. Na hora eu já liguei para o SAMU	Desespero. Morte.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família.	Na hora em que a equipe chegou, eles disseram que ela estava bem e que não era para ter chamado. Mas depois eles reconheceram que ela estava precisando. Fiquei magoada porque eles me julgaram. Mas o atendimento foi bom.	Mágoa. Julgamento antecipado. Piora presenciada.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança.	A equipe ajudou bastante. Avaliaram ela e falaram que estava tudo bem. Foi rápido. Na unidade ela foi levada direto para o atendimento.	Ajuda. Atendimento rápido.
Ênfase do familiar	Eu achei que a equipe me julgou.	Julgamento

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.



**Quadro 9** – Narrativa da família 3

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Eu fiquei apavorado, arrasado, com sentimento de culpa e perda. É muito ruim.	Pavor. Culpa. Perda.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família.	Um profissional ficou conversando comigo, enquanto o outro foi dar assistência ao meu filho. Foi um excelente trabalho, não tinha o que melhorar.	Acolhimento.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança.	O atendimento do SAMU foi excelente, muito rápido. Tudo o que estava ao alcance da equipe foi feito.	Excelente. Rápido. Essencial.
Ênfase do familiar	Hoje sou mais amoroso com o meu filho. Eu achei que ia perdê-lo.	Amor. Perda.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

**Quadro 10** – Narrativa da família 4

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	A dor de perder uma filha não tem como retirar. Nós ficamos desesperados, queremos desabafar, gritar, condenar alguém, achar um culpado. Acabou o meu mundo. Eu vi a minha filha morta e ainda pensei no meu neto.	Dor. Desespero. Perda.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família.	Eu queria que eles tivessem nos levado até o Hospital. Eu sinto que sou forte, mas a minha esposa. Eu queria que tivessem atendido a minha esposa. Eu sou forte, se fosse outra pessoa, poderia ter saído correndo, ir para a ponte e se jogado lá dentro.	Força. Não atendimento. Pensamento suicida.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança.	Quando eu cheguei o meu neto já tinha sido atendido. Não tinha mais o que fazer lá. Disseram que ele estava no hospital, então fui para lá.	Referenciamento para o hospital.
Ênfase do familiar	Dói muito, mas tudo é destinado pelo Pai. Ele fez tudo. O nosso dia é determinado por Ele, nós só temos que obedecer às ordens.	Fé. Dor.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações

**Quadro 11** – Narrativa da família 5

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Eu fiquei desesperada porque eu pensei que ele tivesse batido a cabeça. Começou a sangrar. Fiquei com medo dele ter algum problema, ter quebrado.	Desespero. Medo. Choro.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família.	Eles me fizeram perguntas sobre ele. Não falaram se ele estava bom ou não. Eu perguntei porque ele estava sendo imobilizado. Me disseram que devido à queda ele poderia ter alguma fratura e a imobilização preveniria problemas.	Explicações escassas aos questionamentos.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança.	Foi muito bom e rápido. Vieram com médico. O imobilizaram e conversaram com ele o tempo todo.	Bom. Rápido.
Ênfase do familiar	Ele não pode ficar sozinho.	Cuidado contínuo ao filho.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

**Quadro 12** – Narrativa da família 6

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Eu entrei em desespero e comecei a chorar. Não sabia quem iria me levar para o atendimento, então a minha tia ligou para o SAMU.	Desespero. Choro.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família durante o atendimento emergencial	Eles chegaram e me acalmaram falando que ele já iria ser atendido. Eu fui atrás junto com o meu filho.	Acalmar.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança	A equipe do SAMU chegou e examinou o meu filho. Ligaram para o médico e este regulou para o hospital.	Exame. Transporte.
Ênfase do familiar	Eu não vou perder meus filhos.	Medo. Perda.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

**Quadro 13** – Narrativa da família 7

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Achei que ela estaria toda quebrada. Nesta hora eu só agradecia a Deus pelo livramento da morte dela. Na hora em que a moto bateu veio na minha cabeça que a sua mãe iria ficar brava e me mandar embora. E fiquei preocupada com ela também.	Fé. Medo. Gravidade.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família.	A equipe do SAMU atendeu muito a ela e um pouquinho a mim. Dentro da viatura eles me perguntaram porque eu não segurei a mão dela se eu era a responsável. Não me deixaram ficar atrás com ela.	Julgamento.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança	Eu não entendia o que estava acontecendo. Só pegaram ela, colocaram na prancha e dentro da viatura. Ficaram fazendo perguntas, que eu não lembro mais, até chegar a unidade.	Desconhecimento.
Ênfase do familiar	A família não queria que eu fosse embora. As crianças gostam muito de mim. Mas eu quis ir embora.	Rompimento de vínculo.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

**Quadro 14** – Narrativa da família 8

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Na hora foi um turbilhão de sentimentos. Eu não sabia se eu chorava ou se acudia. Eu sentia que estava errada por ter deixado o veneno ali.	Sentimento de Culpa. Confusão.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família.	Eu estava muito nervosa e eu estou gestante. Quando a equipe chegou explicou que o veneno não era forte. Eu achava que ele ia morrer. Fui na viatura acompanhado meu filho, junto com o médico. O meu marido chegou no hospital como um doido e foi acalmado pela equipe.	Medo da perda. Acolhimento da equipe.

Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança.	A equipe chegou muito rápido, realizou os primeiros socorros, conversaram com ele e olharam a bula do veneno. Foi um excelente atendimento.	Excelente.
Ênfase da família	Eu sentia que eu estava errada por ter deixado o veneno ali.	Culpa. Medo.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

**Quadro 15 – Narrativa da família 9**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Eu fiquei muito nervosa. Quase me deu um troço, fiquei com medo. Parecia que havia um gato miando dentro da minha filha.	Nervoso. Medo.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família.	A equipe atendeu apenas a minha filha. Caso não fosse eles ela teria morrido. Isso fez com que eu me sentisse bem. Fui bem atendida.	Acolhimento.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança	A equipe checkou e auscultou o tórax da minha filha. Ela estava com falta de ar, por isso nos levaram para o hospital. Fizeram perguntas.	Atendimento e ausculta.
Ênfase da família	Deus me livre, eu vi a minha filha quase morrer nos meus braços.	Medo. Perda.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

**Quadro 16 – Narrativa da família 10**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Eu fiquei apavorada, achei que eu ia perder a minha neta. Nunca tinha passado por uma situação desta.	Desespero. Medo.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família.	Eu passei mal com o acidente da minha neta, então a equipe me tranquilizou antes de leva-la para o atendimento.	Acalmou.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança.	Foi muito bom e rápido o atendimento. Minha filha foi atrás com ela.	Bom. Rápido.
Ênfase da família	Passei a ser mais cuidadosa com a minha neta.	Cuidado.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

**Quadro 17** – Narrativa da família 11

<b>OBJETIVOS</b>	<b>NARRATIVA DA FAMÍLIA</b>	<b>PALAVRA E/OU FRASE CHAVE</b>
Compreender a experiência da família.	Eu gritei na hora em que eu vi o acidente. Eu vi tudo, não tinha nada que me acalmasse porque eu sabia a extensão de tudo, era muito nítido para mim.	Medo. Nervosismo. Perda. Conhecimento.
Descrever as ações da equipe do SAMU dirigidas à família durante o atendimento emergencial	O meu filho se sentiu acolhido, ele foi se acalmando, e isso foi o bastante. Eu não estava em situação de me sentir acolhida. Eu acho que foi completo.	Acolhimento do filho.
Descrever as ações da equipe do SAMU voltadas à criança	A equipe imobilizou ele imediatamente, o colocou dentro da viatura e pediram para eu subir. E, todo o caminho eles tentaram conversar com o C.	Imobilização. Acolhimento.
Ênfase da família	A minha vida mudou, tudo ficou suspenso.	Mudança. Parada.

Nota: Modificações na narrativa dos familiares para melhorar o entendimento, porém sem prejuízo das informações.

A análise das narrativas permitiu compreender a experiência da família com o contexto do acidente e atendimento da equipe do SAMU direcionado à família e à criança, e a sua repercussão na vida familiar.

Verificou-se que o sentimento da família, no momento do acidente com a criança, é de nervosismo, medo e dificuldade de ação diante da situação. Passado esse momento, a família passa a relembrar com detalhes os fatos vivenciados e até os sentimentos e sensações experimentados, o atendimento no local, o atendimento na unidade de saúde e as dificuldades enfrentadas no retorno ao lar.

Outro aspecto observado é que o acidente com crianças torna a família vulnerável e ameaçada em sua capacidade de tomada de decisão e cuidado em relação a elas. Os familiares entrevistados manifestaram desestrutura emocional provocada pelo acidente e expuseram, inclusive, a necessidade pessoal de também serem atendidos pela equipe do SAMU.

Pela análise dos dados, chega-se aos temas representativos da experiência da família diante de um acidente com criança, quais sejam:

- A mudança nas interações familiares;
- A vida familiar permeada pelo medo;

- O acolhimento da equipe à família.  
Seguem-se algumas considerações acerca desses temas, originárias da análise dos dados coletados.

### 6.3.1 A mudança nas interações familiares

As mudanças nas interações familiares foi um fator vivenciado pela família atingida por um acidente com criança, durante e após o acidente; essas mudanças variam de acordo com as características de cada família, suas crenças, experiências prévias e seus mecanismos de adaptação.

De acordo com os relatos, mudanças significativas se deram pela necessidade de afastamento da criança e dos familiares do seu lar e do cotidiano da família, exigindo adaptações estruturais e desenvolvimento de outras potencialidades para suprir a nova demanda de cuidados da criança e da família durante a intervenção e a reabilitação.

Outras mudanças relatadas foram, por exemplo, a necessidade de modificações na rotina, a fim de que novos acidentes sejam evitados, de apoio ao restabelecimento da criança e de adequação às demandas e desafios da família frente a nova realidade pós acidente. Ao mesmo tempo em que os familiares entrevistados afirmaram sentirem-se reconfortados com a sobrevivência da criança, sentem medo do futuro, por não saberem se terão condições de suprir as necessidades da mesma.

O acidente traz prejuízos nas interações familiares quando há, por parte da família, a responsabilização do familiar que estava presente no momento do acidente, o que provoca, às vezes, a perda da confiança nesse familiar. A responsabilização pelo acidente independe da sua gravidade. A experiência do acidente é permeada pela culpa, mesmo em eventos de pequenas repercussões à saúde e ao desenvolvimento da criança, imputada pelo próprio cuidador e pelo familiar.

O evento representa para a família uma ameaça e uma possibilidade de perda de entes queridos, levando-a ao comprometimento da estabilidade e estrutura familiar.

A família encontra na crença religiosa a justificativa para a ocorrência do acidente, o fortalecimento para a aceitação do desfecho final e, em outros momentos, para a manutenção da esperança de que a criança supere o evento e a família retorne à sua normalidade.

Com base nas evidências e constatações, podem-se levantar os seguintes fatores decorrentes da experiência com acidentes que envolvem criança, e que serão explicitados em

seguida: a) A mudança na vida pessoal e familiar; b) Responsabilização e culpa; c) Perda; d) Conforto na fé.

### **A mudança na vida pessoal e familiar**

O acidente com criança é algo inusitado e não esperado pela família, por isso mesmo provoca alterações em sua dinâmica. A mudança é iniciada no momento do acidente e perdura até o desfecho do mesmo, ou às vezes, por toda a vida familiar. Essa mudança é revestida de desespero e do sentimento de incapacidade diante do fato.

A família, envolta por um turbilhão de sentimentos, se vê despreparada para lidar com o acidente e não sabe quais condutas devem ser tomadas, desde o acionamento do atendimento à criança até as medidas iniciais enquanto aguarda a equipe de socorro. As famílias revelaram que nunca haviam imaginado que fossem vivenciar tal situação e referem-se ao fato de não estarem preparadas para socorrer e perder um filho. Algumas falas demonstram esses sentimentos:

*Família 5 (a mãe) - "... eu entrei em desespero... comecei a chorar... não sabia o que fazer... minha amiga ligou para mim..."*

*Família 6 (a mãe) - "...eu entrei em desespero não sabia quem ia me levar... minha tia ligou para o SAMU..."*

*Família 8 (a mãe) - "... na hora é um turbilhão de sentimentos, você não sabe se você chora ou se acode... ele nunca tinha feito isso..."*

Uma mudança significativa para a família é relativa à certa estagnação da vida pessoal e profissional. Tal mudança está associada à exigência de internação prolongada, à possibilidade de lesões permanentes na criança e às necessidades de alteração e adaptação na rotina familiar. Essa mudança é percebida e sentida principalmente pela mãe, que assume a responsabilidade do cuidado direto à criança. É difícil para o familiar ter que deixar o emprego ou a sua atividade de trabalho para ficar cuidando da criança, pois isso traz repercussões tanto no aspecto financeiro da família, quanto nas interações com os demais membros do núcleo familiar.

*Família 1 (a mãe) - "... para mim foi difícil, eu tive que largar o meu serviço, a minha casa, tudo, para cuidar dele... tirar dinheiro de onde não tinha..."*

*Família 4 (o avô) - “...ficamos durante todo o tempo de internação ao lado dele... largamos tudo... a criação... a plantação... este não foi um bom ano para nós... a nossa casa está largada... a plantação está perdida...”*

*Família 11 (a mãe) - “...A minha vida mudou, parou tudo, tudo ficou suspenso... parei de trabalhar e de cuidar dos meus outros filhos... o meu salão está fechado...”*

A necessidade de mudanças imposta pelo acidente gera, na família e no cuidador, principalmente, uma sobrecarga emocional, financeira e física, levando ao estresse e à fragilização das interações familiares. O familiar passa a dedicar a sua vida ao cuidado da criança vítima de acidente.

*Família 1 (a mãe) - “... às vezes eu tinha que sair correndo, nem comia direito, para ficar no hospital com ele... tudo era eu... só tinha eu para fazer as coisas...”*

Não ter rede de suporte para o cuidado da criança, provoca preocupações e sofrimento na família, que precisa manejar a situação financeira desestabilizada com o evento do acidente e o afastamento de membros familiares do trabalho formal. A família percebe que, embora a criança esteja bem, foi impactada com alterações que requerem mais esforços para que tudo permaneça bem.

*Família 1 (a mãe) - “... sofremos enquanto ele estava ruim... mas hoje ele ainda fica sozinho em casa... eu falo para ele ficar em casa... mas ele sai... eu fico preocupada, mas preciso trabalhar...”*

Para a família, a possibilidade de a criança permanecer com alguma limitação após o acidente é algo que angustia. É difícil aceitar a nova realidade. Tem esperanças de que a criança possa seguir com a sua vida normal, considerando a normalidade como a retomada de todas as funções e níveis de desenvolvimento alcançados por ela anteriormente ao acidente, e a continuação desse processo até o alcance da completa independência.

*Família 4 (o avô) - “... o neurologista disse que ele não vai andar mais, mas nós temos a impressão de que ele está melhorando... ele faz fisioterapia na APAE e quando coloca ele no aparelho ele mexe a perna... queremos que ele volte a correr, que case e siga sua vida...”*



A nova organização familiar imposta pela seqüela provocada pelo acidente torna as demais demandas da família secundárias, pois a criança e a sua necessidade de recuperação passam a ser o centro e a prioridade da família. A busca pela cura e reabilitação da criança assume o centro das preocupações familiares. A vida familiar passa a ser moldada por esse objetivo e pela busca do melhor para a criança.

*Família 4 (o avô) - "... queremos o melhor atendimento para ele... estamos tentando uma vaga no Hospital Sarah Kubistchek... o pai disse que vai parar de trabalhar e vai com ele, mas se ele não for, eu vou..."*

Quando a família tem outros filhos, precisa encontrar meios para continuar cuidando deles, também. Precisa dividir a sua atenção e se adaptar à nova realidade. Porém não encontra forças para cuidar de todos os demais membros da família, como demonstrado na narrativa abaixo.

*Família 11 (a mãe) - "... estou tão cansada... estou o tempo todo com ele... não estou conseguindo nem cuidar dos meus outros filhos..."*

Além das demandas narradas por essas famílias, existe outra questão destacada por duas delas - a hiperatividade da criança ou mesmo a fase de desenvolvimento e de curiosidade que a expõe a riscos e acidentes, exigindo vigilância constante, além de medidas de proteção. As mães dessas crianças necessitam de ajuda para que estas sejam incluídas nas atividades escolares e interações sociais.

*Família 3 (o pai) - "... ele não pára... é hiperativo faz tratamento psiquiátrico no ambulatório há 3 anos... é preciso ficar de olho o tempo todo..."*

*Família 5 (a mãe) - "... ele não pode ficar sozinho e ninguém aguenta ficar com ele para eu poder trabalhar... ele foi expulso da escola no ano passado... estou levando ele no médico para ver o que é... vou tentar colocar ele na escola este ano novamente..."*

Entretanto, há famílias que encontram na adversidade vivenciada, forças para reorganizar suas interações e prosseguir por meio e apesar delas. Relatam que o acidente possibilitou a aproximação entre os seus membros, com envolvimento de todos no cuidado com a criança, tanto durante a internação quanto por ocasião da alta hospitalar. Fazem revezamentos

para amenizar a sobrecarga de todos, nos cuidados exigidos pela criança. Acreditam que as incertezas em relação ao restabelecimento da criança e o sofrimento que essa situação provoca, acabaram por aproximá-los.

*Família 4 (o avô) - "... nós nos revezávamos no hospital, mas eu e a avó fazíamos questão de ficar... hoje todos ajudam na reabilitação, eu levo, ou o pai, os outros avós, o meu filho; a prima paga fisioterapia particular... todos ficam tentando agradar..."*

*Família 11 (a mãe) - "... aqui na cidade eu tenho três irmãs, fora tenho duas, elas estão se revezando, uma pegou um avião e ficou uns dias comigo aqui, e a outra veio de carro... eu não tenho mais mãe, mas acabei descobrindo que agora tenho cinco... todas estão me ajudando do jeito que podem."*

Uma das mudanças ocorridas na vida das famílias entrevistadas que chama bastante a atenção diz respeito ao relacionamento com a criança vitimada de acidente.

O incidente as fez repensar a vida familiar e reorganizá-la para garantir a prevenção de novos eventos. Tomar medidas de proteção com a criança e no ambiente doméstico, o que antes não fazia. Aumentar o cuidado e da demonstração do seu afeto para com o filho acidentado. Para a família, o evento representou um aprendizado que modificou suas interações com a criança.

*Família 2 (a mãe) - "...agora ela fica no carrinho amarrada, caso fique na cama eu jogo coberta e travesseiro, mas sempre de olho... não caiu mais..."*

*Família 3 (o pai) - "... Hoje eu sou mais amoroso com ele... tenho mais paciência..."*

*Família 6 (a mãe) - "Agora eu cuido mais dele, não deixo ele brincar muito na terra... mas ele gosta de carrinho, mas quando vem brincar eu fico olhando por causa dos bichos..."*

*Família 8 (a mãe) - "... agora a gente fica mais atenta, não mexe mais com veneno e, se mexe, já usa tudo que tem para usar e joga fora... foi um aprendizado..."*

*Família 9 (a avó) - "... eu passei a ter mais cuidado... não deixo nada mais no baixo... agora guardo tudo em cima do armário.... foi uma experiência e um aprendizado para nunca mais descuidar..."*

## Responsabilização e culpa

A responsabilização e a culpa foram referidas, pelas famílias, independentemente da gravidade do acidente e da presença ou não de sequelas pós-acidente. A família, com frequência, se responsabiliza pelo evento à medida que percebe os riscos a que a criança foi exposta. Ao falar do acidente, os membros da família revivem a culpa por não terem cuidado da criança e tomado medidas de prevenção que evitassem sua ocorrência. As narrativas demonstram ênfase na própria culpa em detrimento do acidente em si.

Os familiares entrevistados referem-se à responsabilização e à culpa em relação a eles próprios. Sentir culpa parece associar-se a um questionamento sobre a capacidade de cuidar, paralisando esses indivíduos diante do evento. Para o familiar que acompanhava a criança no momento do acidente existe um misto de sentimentos, por não ter conseguido fazer o que considera que deveria ter feito para evitar o acidente, ou por não conseguir agir e socorrer a criança como acreditava que deveria.

*Família 3 (o pai) - "... eu estava com ele, a gente fica com sentimento de culpa, com sentimento de perda... eu fiquei desesperado não sabia o que fazer..."*

*Família 8 (a mãe) - "... eu não sabia se chorava ou se acolhia... eu sentia que estava errada..., por ter deixado o veneno ali..."*

Há, também, a tentativa de responsabilizar outra pessoa pelo evento, na busca de um culpado. A família vivencia um conflito entre compreender o evento e julgar. Entende o processo de responsabilizar e culpar o outro, como um mecanismo de direcionamento da sua raiva pela perda, pela lesão à criança, e tentando assim, justificar o evento. Ao lembrar-se do acidente, busca maneiras de identificar ações que o poderiam ter evitado.

*Família 2 (a mãe) - "... a minha filha estava ao lado dela aí eu não sei se ela puxou, porque ela tem ciúmes do neném, ou se ela foi rolando e caiu..."*

*Família 4 (o avô) - "... quando acontece qualquer coisa de ruim com a gente a gente quer achar um culpado, procura achar alguém... teve algumas culpas... não sei o que aconteceu, não sei se teve alguma culpa do policial que estava perseguindo o bandido, mas eu creio que não, acho que eles estavam fazendo o trabalho deles... podia ter prestado mais atenção... alguns dizem que o cara estava fazendo o primeiro roubo, bom se não existisse o primeiro..."*

*Família 7 (a cuidadora) - “... todo mundo fala que a culpa foi minha, mas todo dia eu pegava na mão dela... o irmão dela que a chamou para atravessar a rua e ela foi...”*

*Família 10 (a avó) - “... ela estava acompanhada da mãe e das tias quando o irmão abriu uma lata de querosene e deu para ela tomar, e nenhuma delas viu... como não viu... eu fiquei mais nervosa que a mãe dela”*

*Família 11 (a mãe) - “... ele estava devagar... mas a rua era estreita... aquela rua não poderia ser mão dupla... aquele homem destruiu o meu filho...”*

A imputação da responsabilização e da culpa provoca desentendimentos na família e, por vezes, rompimentos nas interações. A confiabilidade entre os membros fica prejudicada. A família age de forma a segregar aquele que considera responsável pelo acidente de maneira que o distanciamento passa a permear as interações familiares.

*Família 2 (a mãe) - “... agora a gente fica de olho naquela lá... com o ciúme ela pode fazer algo com o neném...”*

*Família 7 (a cuidadora) - “... hoje eu não moro mais com eles... eles estão sendo cuidados por um tio...”*

*Família 10 (a avó) - “... eles não moram mais comigo... ela mudou com os filhos e eu não sei notícias deles há mais de um mês...”*

## **Perda**

A evolução da criança acidentada para o óbito foi um dos critérios de exclusão do estudo, porém a perda foi referida em vários momentos, seja como um medo sentido pelos familiares, ou associada ao óbito de um dos membros da família no mesmo acidente vivenciado pela criança, ou ainda, pela perda da guarda da criança.

Para a família, a perda de um de seus membros representa uma drástica mudança na vida familiar, gerando profundo sofrimento em todos, impossível de ser preenchido. A família sente a perda como o fim do mundo que acredita ter construído.

*Família 4 (o avô) - “... os pés fogem do chão, o meu mundo acabou... coisa terrível... eu vi a minha filha morta... pensei no meu neto, ainda tinha esperança...”*

Os pais têm a esperança de não vivenciar a perda de um filho, que para eles é uma dor irreparável. Parecem considerar que a ordem natural da vida é os pais partirem antes dos filhos.

*Família 4 (o avô) - "... a dor não tira viu, perder uma filha, tem aquela esperança, de que nunca a gente sepulta um filho e sim o filho ao pai..."*

Ao se deparar com a perda inesperada de um de seus membros, a família se vê envolvida por sentimento de tristeza, angústia e desespero. Essa experiência a torna vulnerável e a deixa exposta ao medo de prosseguir a vida sem a presença do filho. Pensamentos de suicídio são narrados como forma de fugir da realidade dolorosa. Entretanto, existe o pensamento de que deve ser forte para enfrentar o momento.

*Família 4 (o avô) - "... chega uma pessoa assim no desespero, eu sinto que eu sou forte, mas a minha esposa, e se fosse outra pessoa, poderia sair correndo, ir para a ponte e se jogar ali dentro... eu tinha que ser forte naquele momento..."*

A família percebe que a vida foi modificada com a perda sofrida e sente incerteza em relação ao amanhã; mas ainda assim se lança à esperança de dias melhores, em que o sofrimento possa ser amenizado.

*Família 4 (o avô) - "... mudaram muito as coisas para nós, no coração, para nós parece que ela vai chegar a qualquer momento... eu perdi a minha filha, os netos não sei... não sabemos o que pode acontecer no dia de amanhã, mas temos esperança de dias melhores..."*

### **Conforto na fé**

Algumas famílias que vivenciaram um contexto de acidente com criança procuram conforto na fé e nas suas crenças religiosas, para superar esse momento do acidente. A fé emerge, na narrativa dessas famílias, independentemente da religião professada, sendo evidenciada como uma forma de gratidão pelo restabelecimento da criança e de aceitação da adversidade.

*Família 3 (o pai) - "... graças a Deus, chegando no hospital, ele fez ressonância magnética, raio x e no outro dia teve alta..."*

*Família 4 (o avô) - "Nós não sabemos de nada, mesmo nas horas difíceis nós só temos que agradecer a Deus, porque Ele é tudo na nossa vida..."*

*Família 6 (a mãe) - "... agora, graças a Deus, ele sarou..."*

*Família 7 (a cuidadora) - "... quando eu vi que ela estava bem eu só agradecia a Deus..."*

*Família 8 (a mãe) - "... eu achava que ele ia morrer, pedia pelo amor de Deus para a ambulância vir logo, para não deixar ele morrer. Graças a Deus foi muito bom o atendimento, veio super-rápido e o veneno não era tão forte..."*

*Família 9 (a mãe) - "...graças a Deus, de lá para cá não precisou mais de SAMU..."*

Algumas dessas famílias se confortam, em relação ao acidente e à perda, considerando tratar-se da vontade divina. Buscam acontecimentos anteriores ao acidente que evidenciem o aviso de Deus de que algo grave estava para acontecer.

*Família 4 (o avô) - "... a palavra foi dada na igreja, o pastor disse na igreja tinha um fruto que Deus ia colher, estava maduro, estava na hora de levar, se deixasse na terra não ia suportar as provas... foi na quinta, sexta, sábado, domingo se cumpriu... o que mais nos conforta é isso, Deus avisou na igreja... dói muito, mas tudo é destinado ao Pai. Ele fez tudo, tudo é determinado ao dia Dele, nós só temos que obedecer as ordens.*

*Família 7 (a cuidadora) - "... eu sonhei. Deus me mostrou que ia acontecer com uma criança, mas não me mostrou o rosto... era livramento de morte para ela..."*

### 6.3.2 A vida familiar permeada pelo medo

O sentimento de medo permeia a vida familiar e se associa à apreensão de que algo ruim ainda possa acontecer com a criança vítima de acidente ou que o acidente alcance uma repercussão ainda maior na interação familiar, com a perda da guarda da criança ou rompimentos e perda do lar.

O medo do rompimento da unidade familiar e dos entes queridos é constante. A família teme pela perda da união familiar e das rotinas já estabelecidas e conhecidas por todos. O medo se faz mais intenso de acordo com os mecanismos de adaptação e crenças, tanto individuais quanto familiares.

Desse modo, dois sentimentos caracterizam essa experiência: o medo da perda e a insegurança em relação ao período pós-acidente. Com base nas falas dos entrevistados, estes sentimentos serão explicitados a seguir.

### **Medo da perda**

Os entrevistados fizeram referência ao medo que sentem de perder a criança por complicações do quadro pós-acidente e provável óbito; também se referem ao medo que têm com relação à possibilidade de a criança perder a funcionalidade, o que pode ser ocasionado por lesões irreversíveis. O medo está relacionado à constatação do sofrimento da criança e pela impotência de não poder modificar o desfecho final. As famílias entendem esses eventos como irreparáveis e vivenciam desespero.

*Família 2 (a mãe) - “... quando caiu foi um desespero né? Eu falei: pronto. Morreu o bebê, porque era grande a altura da cama...”*

*Família 3 (o pai) - “... eu fiquei desesperado... achei que eu ia perder o meu filho... nunca tinha presenciado um acidente destes...”*

*Família 5 (a mãe) - “... Nossa. Eu fiquei desesperada... pensei que ele tinha batido a cabeça... eu comecei a chorar... fiquei com medo dele ter algum problema, acontecer alguma coisa, ter quebrado...”*

*Família 6 (a mãe) - “... eu entrei em desespero. Não sabia quem ia me levar..., aí a minha tia ligou para o SAMU... ela falou assim, você vai levar ele no médico, perigoso você perder o seu filho...”*

*Família 7 (a cuidadora) - “... achei que ela estaria toda quebrada...”*

*Família 8 (a mãe) - “... eu pensava que ele ia morrer, só pensava nisso... eu achei que o veneno era muito forte... eu só achava que ele ia morrer...”*

*Família 9 (a mãe) - “... eu fiquei nervosa... quase me deu um troço, fiquei com medo... a minha filha quase morrer nos meus braços...”*

*Família 10 (a avó) - “...eu achei que ia perder a minha neta. Sinceramente fiquei desesperada...”*

Os entrevistados se referem ao medo da perda e desespero associados à compreensão da gravidade do caso e por terem experimentado, anteriormente, perda associada a outros incidentes. Chama a atenção o fato de terem consciência, na hora do acidente, da necessidade

de terem calma e de se lembrarem de instruções sobre como agir frente a casos de acidentes, inclusive de ter conhecimento de como ajudar o familiar, a tomar decisões e a agir, a definir prioridades e a estabelecer condutas.

*Família 11 (a mãe) - “... eu saí correndo e vi ele de baixo... ele acordou e tentou levantar, aí eu vi que o braço... só estava preso pela pele... quando eu peguei nele, eu vi que da cintura para baixo estava mole... lembrei que vocês avisam para a gente não deve tocar, eu soltei e fiquei falando com ele, acalmando ele, tentando me acalmar também... eu fiquei pedindo para as pessoas ligarem para a ambulância...”*

*“... eu sou viúva, meu marido morreu vai fazer três anos. Na época que ele morreu, também foi o SAMU... ele foi morto, sabe?!... foi também eles que foram lá; mas no dele, foi diferente...”*

A família de uma criança acidentada teme, também, pela perda do lar, em decorrência da responsabilização e culpa de não ter impedido a ocorrência do acidente e protegido a criança, fato que pode gerar conflito familiar e, por vezes, o conseqüente rompimento da estrutura e dos laços entre seus membros.

*Família 7 (a cuidadora) - “... na hora que a moto bateu, eu achei que ela ia mandar eu embora, a mãe da menina. Isso que veio na minha cabeça...”*

O medo da perda da guarda da criança também atormenta a vida da família que vivencia o acidente de uma criança. A família teme ser denunciada ao conselho tutelar e aos demais órgãos de proteção à infância. Esse medo está associado à baixa condição financeira e educacional dos membros familiares e, ainda, à associação do acidente à culpa auto infligida. A família começa a duvidar da sua capacidade de manter a criança em segurança, pelo seu contexto social.

*Família 6 (a mãe) - “... eu não vou deixar ninguém tirar meus filhos de mim, eu cuido bem... eu consegui vaga na creche para ele...”*

A perda da criança por transferência da guarda para outro responsável legal é uma possibilidade vivenciada e temida pela família. A família se sente impotente diante da situação, porém a aceita por saber que não pode evitá-la.



*Família 4 (a avó) - "... com a morte da minha filha, a guarda dos netos passou para o pai... eles foram criados aqui desde pequeninos... a filha já perdi. Agora, os netos, não sei... ela não queria que os filhos ficassem com a outra avó..."*

### **Insegurança quanto ao período pós-acidente**

Desde o momento do acidente, a família se sente insegura quanto ao desfecho do evento na vida da criança e, por vezes, fica sem entender a gravidade do caso ou as suas consequências. Sente a vida familiar suspensa e vivencia períodos de incertezas esperando uma resposta da equipe ou a própria resposta da criança ao tratamento recebido. O temor pela vida da criança e por complicações originadas pelo evento, transparece nos relatos que se seguem:

*Família 2 (a mãe) - "... eu fiquei com medo de ter estourado alguma coisa na cabecinha dela..."*

*Família 4 (o avô) - "... agora temos que esperar para ver se ele irá se recuperar... temos fé que sim..."*

*Família 7 (a cuidadora) - "... eu nem entendia o que estava acontecendo... fiquei esperando eles falarem..."*

Outro fator de insegurança para a família atingida por acidente de criança é não saber se terá condições de dar continuidade ao atendimento e restabelecimento da criança. Os poucos recursos financeiros e a falta de acesso aos sistemas de saúde e assistência social para a reabilitação da criança e para o desfecho satisfatório do acidente causam essa insegurança. A falta de acesso a suporte adequado é outro desafio a vencer. A família muitas vezes encontra dificuldades para agendar retorno e atendimento de especialistas, como fisioterapeutas, e para deslocar a criança para os atendimentos. Desta forma, esta se sente sobrecarregada e assoberbada com um contexto novo e desafiador, e tenta se adaptar na medida do que é possível.

*Família 1 (a mãe) - "... eu acho que eles deviam ter dado mais assistência... eu tive que largar o meu serviço... tirar dinheiro de onde eu não tinha... fazer curativo lá longe porque aqui não faz... ele não fez fisioterapia, o médico não pediu..."*

*Família 4 (o avô) - "... nós achamos pouco a fisioterapia ser só uma vez por semana, ele precisa de mais para melhorar, aí nós pagamos mais duas vezes na semana... cada dia um de nós leva, quando eu não posso, o pai dele leva... é muito longe para nós..."*

*Família 5 (a mãe) - "... ainda não consegui consulta com psiquiatra para ele... preciso saber porque ele é tão agitado..."*

*Família 6 (a mãe) - "... depois do acidente, ele ficou com infecção no pé... foi difícil marcar consulta, conseguir o remédio, não tem posto aqui, tive que ir no plantão... eu não tenho auxílio nenhum financeiro, bolsa família e nem vaga na creche para minha filha para eu trabalhar..."*

Houve nas entrevistas referência também à insegurança de retornar ou permanecer no local do acidente, pelo fato de este ser considerado uma ameaça e sem estrutura adequada para a prevenção de novos acidentes. A ameaça constante faz com que a família atingida por acidente com criança se perceba vulnerável e temerosa de sair com ela.

*Família 3 (a mãe) - "... eu tenho medo de acontecer novamente. O meu pai guarda muito entulho neste quintal... não tem segurança nenhuma..."*

*Família 11 (a mãe) - "... não sei se um dia terei coragem de voltar lá... aquela rua é muito estreita e pode estacionar dos dois lados. Deveria ser mão única ou, sei lá. Não tem espaço para carro e gente... a rua é de paralelepípedo, por isso as lesões são muito profundas, foram muito graves..."*

### 6.3.3 O acolhimento da equipe à família

Ao se reportar ao momento do acidente ocorrido com a criança, o familiar entrevistado narra em detalhes, fazendo menção aos sentimentos vivenciados e às dificuldades enfrentadas. Ao citar as ações da equipe do SAMU voltadas à criança e à família, consegue descrevê-las sequencialmente, porém afirma não conseguir distinguir os profissionais que prestaram assistência.

Dessa forma, a experiência da família em relação ao atendimento recebido pelo SAMU é representativa do serviço, não de um ou de outro profissional especificamente. Daí emergiram as seguintes percepções antagônicas sobre o tema: a) A família sente-se acolhida pela equipe; b) O distanciamento da equipe.

### **A família sente-se acolhida pela equipe**

Algumas famílias entrevistadas sentiram-se acolhidas, por perceberem-se incluídas no atendimento e nos cuidados, na medida do que consideravam ser possível naquele contexto específico.

A rapidez no atendimento à criança representa, para a família, uma assistência de qualidade e comprometida, o que a faz se sentir cuidada, mesmo que o cuidado tenha sido direcionado apenas à criança. Presenciar a rapidez e competência da equipe no atendimento à criança proporciona à família uma satisfação que a conforta.

*Família 1 (a mãe) - “... eles pegaram o meu filho e foram na minha casa para pegar documentos e um de nós... eles foram bem rápidos, chegaram na minha casa antes de mim... eu fui atendida muito bem...”*

*Família 3 (o pai) - “... o atendimento do SAMU foi excelente... muito rápido... o rapaz ficou conversando comigo e a menina dando assistência para o meu filho... eu fiquei apavorado, aí o rapaz me atendeu e me acalmou. Tudo o que estava ao alcance deles, eles fizeram, não tinha o que melhorar...”*

*Família 4 (o avô) - “... só tenho que agradecer todas as pessoas que atenderam... atendeu o meu netinho, minha filha não tinha jeito...”*

*Família 6 (a mãe) - “... rapidão eles chegaram... falaram: mãezinha, fica calma! Você já vai ser atendida, aí eu fiquei calma... examinaram o meu filho”*

As famílias valorizam a questão do tempo de chegada da equipe para iniciar o atendimento, interpretando a rapidez do atendimento como algo muito positivo e importante, conquanto não conseguem definir o tempo exato de espera. A noção de tempo atrela-se à percepção pessoal. Assim, dez minutos, em uma determinada situação, pode representar rapidez, e em outra, pode parecer um tempo muito longo, para a chegada da equipe e o início do atendimento.

*Família 1 (o pai) - “... eles foram rápidos chegaram em casa antes de nós...”*

*Família 2 (a mãe) - “... eles foram bem rápidos... acho que em cerca de oito a dez minutos estavam em casa...”*

*Família 10 (a avó) - “... ela foi bem atendida... foram rápidos... uns dez minutos mais ou menos eles estavam aqui...”*

*Família 11 (a mãe) - “... demorou acho que uns seis, sete minutos, nem sei... eu achei que demorou também porque eu estava naquela situação... acho que quase dez minutos...”*

A tranquilidade demonstrada pela equipe ao chegar no local do atendimento repercutiu positivamente na percepção das famílias. Estas, ao receber palavras de tranquilidade e de esclarecimento, se sentem confortadas e acalmadas, durante o atendimento à criança.

*Família 8 (a mãe) - “... excelente... chegou todo mundo tranquilo... me acalmaram, explicaram que o veneno não era forte, que era à base de um medicamento, que ia ficar tudo bem, que ele não tinha ingerido muito veneno e daí que eu fiquei mais calma mesmo... conversaram com o meu filho”*

*Família 9 (a mãe) - “... eles correram... se não fosse eles, ela teria morrido, eu me senti bem atendida...”*

*Família 10 (a avó) - “... eu também passei mal na hora, aí eles me acalmaram, verificaram a minha pressão, conversaram bastante comigo... levaram a minha neta para a ambulância e a atenderam”*

Entretanto, é difícil para a família manter a calma no momento do acidente da criança e do atendimento da equipe, independentemente da abordagem recebida, pela percepção que possuem acerca da gravidade do incidente, não conseguindo, por vezes, interpretar ou mesmo reconhecer a interação da equipe com ela.

O atendimento à criança é prioridade para a família, mesmo que esta também necessite de amparo. Acredita que, por causa da sua percepção em relação à gravidade do quadro da criança, não haveria ações ou intervenções da equipe a lhe serem dirigidas naquele momento.

*Família 11 (a mãe) - “... não tinha nada que me acalmasse porque eu já presenciei outros fatos graves na minha vida. Perdi gente da minha família, então sabia a extensão de tudo, era muito nítido para mim, mas o C. se sentiu acolhido. Eu percebi que ele foi se acalmando... na minha situação, não tinha muito o que me acolher... porque eu estava realmente sabendo de tudo que estava acontecendo. Mas em relação a criança eles foram perfeitos...”*

## O distanciamento da equipe

Para a família da criança acidentada, segundo algumas falas de entrevistados, a equipe do SAMU se distancia quando a abordagem é muito técnica e o vocabulário específico, uma vez que são incongruentes com a sua capacidade de compreensão, dificultando o entendimento da informação e a tomada de decisões. Ocorre, também, quando a equipe julga a família em seu papel de protetora da criança.

Nessas situações, embora a família reconheça a eficácia do atendimento prestado à criança, ela faz referência à necessidade de uma abordagem mais humanizada, inclusiva e acolhedora, em um momento tão desafiador e angustiante para ela.

Os familiares entrevistados relataram que a equipe prestou um atendimento técnico eficiente, que na percepção deles pareceu adequado no que tange ao cumprimento do protocolo de atendimento técnico ao trauma da criança. Porém, consideram que a família não foi incluída no atendimento. Referem-se, ainda, ao fato de a equipe dirigir-se à família para questionar e ter informações sobre o acidente e as condições da criança, mas não solicita seus cuidados nem a mantém próxima à criança. Esse tipo de atitude leva a família a não se perceber acolhida e considerada em relação as suas necessidades de cuidado.

*Família 4 (o avô) - “... eu sei que não tem condições... mas o SAMU poderia ter nos levado ao hospital... eu sinto que eu sou forte, mas a minha esposa não é, ela tem pressão alta... podiam ter dado uma atenção a ela...”*

*Família 5 (a mãe) - “... foi muito bom, rápido, eles vieram com médico... pegou ele, já imobilizou... conversou com ele, conversou comigo... mas eu não pude ir atrás com ele... ele ficou preocupado e eu, a todo momento, ficava olhando para ver como ele estava... eu queria estar perto dele ... principalmente porque ele é uma criança...”*

Segundo alguns participantes, a equipe não forneceu informações suficientes para que a família pudesse entender o que estava acontecendo. A falta de conhecimento sobre o evento fragiliza e causa sofrimento, que poderia ser minimizado pela inclusão da família e pela oferta de explicações sobre o estado da criança e os procedimentos realizados.

*Família 5 (a mãe) - “... eles não falaram nada, não falaram se estava bom ou não... eu fiquei apreensiva...”*

*Família 7 (a cuidadora) - “... eles colocaram ela em um negócio... eles ficaram fazendo um monte de pergunta, eu nem lembro mais, não estava entendendo nada... não me disseram o que estavam fazendo...”*

Há casos em que a família se percebe sendo julgada pela equipe e se sente constrangida com abordagens de responsabilização e palavras duras que são dirigidas a ela no contexto do atendimento à criança.

E há casos de situações em que a equipe considera que a família poderia ter resolvido, por ela mesma, a situação, sem a necessidade de acionar o serviço. Tal atitude provoca um questionamento em relação à capacidade da família para cuidar.

*Família 2 (a mãe) - “... o SAMU foi muito rápido, me atenderam bem, mas disseram que eu não precisava ter chamado... eu achei que me julgaram... me deram uma dura... só isso que eu fiquei magoada, mas depois eles reconheceram que ela estava mesmo precisando, que não era brincadeira...”*

*Família 7 (a cuidadora) - “... eles conversaram comigo e perguntaram porque eu não segurei na mão dela se eu era a responsável, eu disse que não deixo eles passarem sem dar a mão para mim, só hoje que ela deu atenção para o menino... não deixaram eu entrar, só depois...”*

Proceder-se-á à discussão dos resultados do estudo em articulação à leitura acerca do tema de estudo.

## 7 DISCUSSÃO

Este estudo fundamentou-se em uma perspectiva interacional, objetivando compreender a experiência das famílias de crianças vítimas de acidentes, atendidas pelas equipes do SAMU Regional de Campo Grande/MS. Para isso, buscou-se conhecer os colaboradores e compreender a experiência da família durante tais eventos.

As famílias do estudo foram caracterizadas quanto à sua composição familiar e condições socioeconômicas e educacionais, em conformidade com a caracterização estrutural exposta por Wright e Leahey (2012).

Esses autores identificam três categorias estruturais da família: estrutura interna, externa e de contexto. Estas são compostas de subcategorias que possibilitam caracterizar as famílias. Neste estudo, foi considerado, na categoria interna, a composição familiar, gênero e ordem de nascimento; na categoria externa considerou-se a família extensa e no contexto, a classe social e a espiritualidade.

Os colaboradores do estudo estão na faixa etária de 20 a 39 anos, com renda familiar mensal agrupada de um a dois salários mínimos e baixo grau de escolaridade dos membros da família, em que predominam o ensino fundamental e médio incompleto.

Constata-se uma correlação entre a escolaridade e a renda, ou seja, a baixa escolaridade pode ser associada à menor oportunidade de emprego e remuneração.

Em um estudo quantitativo populacional realizado por Salvato *et al.* (2010), foi constatada uma correlação estatística entre escolaridade e renda. Os autores encontraram que a renda é diretamente proporcional à escolaridade, considerando que quanto maior a renda média, menor a desigualdade de renda e de escolaridade.

Em um estudo populacional do município de Campo Grande, também foi encontrada essa correlação. Apesar de demonstrar que a população tem progredido, no decorrer dos anos, com redução da taxa de analfabetismo, em todas as faixas etárias, ainda há uma grande desigualdade social; os 20% da população mais pobre detêm 3% de toda a riqueza do município, enquanto os 10% mais ricos detêm 47% de toda a riqueza (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Dentre os entrevistados, a maioria eram as próprias mães da criança acidentada, porque eram estas que estavam presentes no momento do acidente. No estudo houve o destaque do papel da mãe como a principal cuidadora e responsável pelo lar. Reis (2010) e Vieira e Souza (2010) afirmam que, embora o homem tenha se mostrado mais participativo no âmbito doméstico, a mulher continua assumindo as maiores responsabilidades em relação aos filhos e

ao lar. Esse fato tem sido reforçado e perpetuado por muitas mulheres e pela sociedade de modo geral.

As famílias do estudo foram classificadas como extensas ou ampliadas, de um só genitor (tendo a mãe provedora de cuidados e recursos financeiros) e nuclear.

Considera-se família extensa ou ampliada aquela que é composta por descendentes, ascendentes e indivíduos sem laços consanguíneos. Família de um só genitor é aquela que tem em um dos genitores seu único provedor. Família nuclear é a que se compõe de um casal e filhos, unidos por laços sanguíneos (WRIGHT, LEAHEY, 2012).

Dentre os familiares colaboradores, seis afirmaram ser evangélicos, três católicos e dois não frequentam nenhuma instituição religiosa. Neste estudo foi constatado que, independentemente da religião professada, as famílias se apegaram a Deus para o enfrentamento da experiência de acidente da criança.

Os acidentes ocorreram, majoritariamente, nas residências das famílias, seguindo-se a via pública e, ainda, o terreno baldio. A localização das residências mais recorrente, no estudo, foi a região Sul, seguindo-se a região Oeste da cidade.

A caracterização das famílias colaboradoras forneceu subsídios para melhor compreender a sua experiência diante do acidente. Para possibilitar essa compreensão, foi aplicada uma entrevista semiestruturada a partir da pesquisa narrativa e esta, interpretada à luz do Interacionismo Simbólico de Blumer (1969).

O Interacionismo Simbólico foi utilizado por ser o referencial que busca compreender as ações do indivíduo com base nas suas interações (BLUMER, 1969). O indivíduo está em constante interação familiar, social, econômica, assim a análise das narrativas permite a emergência de significados que influenciam as suas ações (CHARON, 1985). Neste estudo, as interações familiares na experiência do acidente foram o foco de atenção.

A experiência da família que passa por uma situação de acidente com criança é impactada por mudanças nas interações familiares, por uma vida familiar permeada pelo medo e pelo acolhimento da equipe à família.

O impacto do acidente da criança se inicia no momento da ocorrência do mesmo até o seu desfecho e, dependendo do contexto e da recuperação da criança, se estende por toda a vida e história da família. Provoca desespero na família, que descreve o momento do acidente como uma experiência muito difícil e preocupante, constituindo-se em uma ameaça à integridade da estrutura familiar. Tratam-se de momentos angustiantes para a família que vivencia dúvidas quanto à gravidade e a possibilidade de mudanças drásticas na vida da criança e da própria



família, o que gera sofrimento em todos. Esse evento é intensificado pela sensação de culpa e responsabilizações, inclusive pela equipe que presta o atendimento à criança e família.

Independentemente do local de ocorrência, da gravidade e do acompanhante da criança, a família se depara com a constatação de sua vulnerabilidade. Sente a sua capacidade de decisão ameaçada, referindo dificuldades para realizar o socorro inicial à criança e a sua necessidade de também ser atendida pela equipe. Nesse contexto, os elementos desencadeadores da vulnerabilidade da família são o despreparo, o medo, a insegurança, a perda, as experiências anteriores em relação a acidentes, a culpa e a responsabilização.

Em um estudo sobre a vulnerabilidade da família em situação de doença e hospitalização de um filho, Pettengill e Angelo (2005) concebem essa vulnerabilidade familiar como o sentimento de ter a sua autonomia ameaçada, quando submetida à pressão, seja ela pelo contexto de doença, por conflitos familiares e cobranças da equipe, e por não se sentir capaz de manejar a situação vivenciada. É caracterizada pela alternância entre momentos de total fragilidade e outros de tentativa de resgate da sua autonomia.

As autoras descrevem que a vulnerabilidade relacionada à doença se deve ao contexto de incerteza, impotência, ameaça real ou imaginária, temor do resultado e expectativas de retornar à vida anterior; em relação à família, baseia-se no desequilíbrio, desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos; no ambiente hospitalar é ocasionada por conflitos com a equipe, falta de diálogo, desrespeito e afastamento de seu papel.

A família da criança acidentada associa o acidente a algo que não conseguiu evitar e não soube como agir por ser um evento novo na sua vivência. Apesar disso, se refere ao acidente como algo que pode ser prevenido e descreve as mudanças realizadas no âmbito familiar e de cuidados com a criança, com medidas protetoras e adequações que considerou necessárias.

Ter que permanecer com a criança por longos períodos de tratamento e reabilitação, envolvendo hospitalizações e idas a diferentes profissionais de saúde, exige que a família desenvolva novas maneiras de atuar no contexto familiar. Os membros das famílias alvo da pesquisa vivenciaram o afastamento, tanto da criança quanto do familiar que a acompanhou no processo de reabilitação.

Essa situação nova e inesperada para a família gera incertezas e sofrimento, exigindo dela novas habilidades para cuidar da criança, para as quais ela não se encontra preparada. O contexto acaba por sobrecarregar a família com demandas de ordem emocional, financeira e física, fragilizando as interações familiares e possibilitando rompimentos. As crises nos relacionamentos familiares podem se tornar mais intensas quando há a sobrecarga desproporcional entre os familiares.

Guiller, Dupas e Pettengill (2009) realizaram um estudo sobre o sofrimento da família em relação a um filho com anomalias congênitas. Nele as autoras afirmam que a família vivencia o sofrimento de conviver com a condição do filho associada a uma sobrecarga de demandas do cotidiano, principalmente de ordem financeira, pois os recursos vão escasseando, tornando a família ainda mais fragilizada.

A sobrecarga familiar é agudizada pela necessidade de cuidar dos outros filhos e de manter as responsabilidades da vida cotidiana. Para isso, é necessária a adequação e organização dos familiares para o atendimento e o cuidado com os demais membros da família, dividindo tarefas e delegando responsabilidades.

Em um estudo realizado por Hayakawa, Marcon e Higarashi, (2009), sobre as alterações familiares decorrentes da internação de um filho, foi evidenciado que os pais com maior número de filhos sentiam-se culpados e divididos entre os cuidados com o filho internado e os demais que permaneciam no lar.

Mudanças consideradas significativas para a família foram associadas à perda ou ao medo da perda, seja pelo óbito da criança ou de outro membro da família, perda da guarda da criança, perda do lar, permanência de sequelas após o acidente, além do medo do futuro e de não conseguir lidar com as dificuldades que surgiram com o novo contexto.

A perda é a materialização desses medos. A família diante da perda demonstra intensa tristeza, angústia, desespero e desejo de fuga da realidade. Sente um vazio e acredita que este jamais poderá ser preenchido, especialmente quando houve uma morte súbita no acidente.

Com a morte de um membro da família há perda de sentido da vida e a família necessita encontrar um novo significado para ela. A vivência do luto deve ser assumida como uma nova condição existencial, com a reconfiguração do campo coexistencial a partir da ausência-presente do outro. A dificuldade encontrada nesse processo está relacionada à intensidade do vínculo existente, a perspectiva da família e a significação que esta tem da morte (FREITAS, 2013).

Franco (2012, p. 56) considera o luto a emoção mais intensa que o indivíduo possa vivenciar, se refletindo nas interações familiares. Para ele,

[...] Ninguém permanece o mesmo após viver um luto, e essa transformação é ampla e profunda, muito mais do que uma experiência dolorosa em uma dada medida normal e suportável.

O sofrimento é algo permanente na experiência da família enlutada. Ele está relacionado com o medo de perder a criança ou um ente querido, tanto por óbito, por sequelas e

afastamentos, como pelas mudanças ocasionadas na vida familiar. O sofrimento é algo que a família maneja conforme as suas crenças, mecanismos de adaptação e redes de apoio.

A família, ao se deparar com a possibilidade de a criança permanecer com limitações funcionais após o acidente, busca recursos mais avançados, opinião de outros profissionais, um milagre que restaure o seu círculo familiar. O centro das interações familiares passa a ser a procura pela cura e/ou readaptação da criança.

Durante a doença da criança, a esperança na sua recuperação apresenta-se como um sustentáculo que mantém a família e a fortalece emocionalmente (GOMES *et al*, 2011), levando-a a lutar pelo tratamento adequado e reabilitação da criança.

A família experimenta insegurança quanto ao desfecho do evento na vida da criança e, por vezes, fica sem entender a gravidade do caso ou as suas consequências. Angustia-se por não saber se terá condições de dar continuidade ao atendimento e restabelecimento da criança. E ainda, sente temor de permanecer ou retornar ao local em que o acidente aconteceu. Estar próxima desse ambiente a faz ter lembranças que considera desagradáveis e a temer pela possibilidade de novos acidentes, mesmo quando toma medidas preventivas.

A responsabilização e a culpa fazem parte da experiência da família, independentemente da gravidade do acidente e da permanência ou não de sequelas no pós-acidente. Esses sentimentos imputados por outros familiares em relação ao cuidador ou auto infligidos, mostraram-se responsáveis por gerar desentendimentos, isolamentos e, por vezes, rompimentos familiares.

O sentimento de culpa pode levar o indivíduo ao adoecimento físico-psíquico. Uma grande energia psíquica é gasta nesse processo de manutenção da culpa e, inconscientemente, o indivíduo promove atitudes autopunitivas que podem levá-lo ao desenvolvimento de doenças como a depressão, a fobia e os transtornos de ansiedade e alimentares (PEREIRA, 2014).

Mesmo atormentada pela perda, pelo medo e pela culpa a família considera que os momentos de extremo sofrimento podem causar o rompimento e a desesperança. Contudo, a vivência desta experiência pode fortalecer os laços fraternos que unem os seus membros, aumentar os cuidados recíprocos e a exteriorização do afeto.

Houve, em algumas falas, o relato de que mesmo nos momentos de maiores dificuldades, do acidente, da perda, da culpa é possível alcançar o conforto na fé, independentemente da crença professada. Essas situações são, segundo esses relatos, uma manifestação da vontade divina; o desfecho, nesses casos, também fica condicionado a essa vontade. Houve quem relacionasse eventos ocorridos anteriormente ao acidente como um aviso e preparo de Deus para suportar o sofrimento.

Para Teixeira (2006), apesar do contínuo avanço da ciência, o homem continua buscando entender a si mesmo, as desigualdades e atrocidades do mundo através da ótica da religião. Necessita de uma referência para continuar sua vida e encontrar a sua felicidade e paz.

As crenças religiosas ampliam, na família atingida por acidente com criança, os seus recursos de enfrentamento da doença, sensação do controle e da autoestima. Isto favorece a atribuição de significado às situações de estresse (BOUSSO, SERAFIM, MISKO, 2010).

A espiritualidade, por sua vez, independentemente da crença ou religião professada, assume um fator marcante na experiência da família, promovendo conforto, esperança e alívio para o enfrentamento de processos de perda e medo (OLIVEIRA, *et al*, 2013).

Nos relatos das famílias participantes da pesquisa, foi possível perceber que estas têm a capacidade de recordar os fatos e as sensações experimentadas com riqueza de detalhes, de reviverem o seu sofrimento e as situações que mais lhes marcaram, enfatizando-as na sua narrativa.

Porém, apesar das lembranças ainda vívidas, essas famílias não foram capazes de discriminar os profissionais que as atenderam, atribuindo ao SAMU as experiências positivas ou negativas em relação ao atendimento.

O SAMU, de acordo com a Portaria GM 2.048/2012, tem como missão:

[...] chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde... que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003, p.69).

Assim, o SAMU deve primar pela rapidez e pelo atendimento e transporte adequado às necessidades da vítima.

Pela análise das entrevistas, percebe-se que, para a família, a visibilidade do atendimento recebido está no cumprimento das características citadas na sua missão. Assim, a família qualifica a sua experiência em relação ao tempo que a equipe demorou para iniciar o atendimento, ao acolhimento à família e à criança, às habilidades técnicas e à abordagem dos profissionais.

As famílias parecem definir como principal representação da qualidade do atendimento à criança, a rapidez da equipe, ora considerando-a rápida, ora demorada, a depender de sua compreensão subjetiva de temporalidade e da gravidade da situação.

Em uma compreensão de tempo expandida da filosofia e psicologia: o tempo deve ser analisado nos seus sucessivos ‘agoras’, na relação entre causa e efeito. Passado e futuro são abstrações que têm origem nas percepções e memórias do indivíduo (JOSGRILBERG, 2007). Considerando essa premissa, o tempo é baseado nas percepções de quem o analisa.

O acolhimento e a abordagem da equipe são compreendidos, pelas famílias entrevistadas, de acordo com suas crenças, percepções, vivências e características do acidente e da equipe que prestou o atendimento.

Para a família a equipe do SAMU assume um papel de distanciamento quando a julga em seu papel de protetora da criança, seja pela responsabilização do evento ou pelo questionamento da sua capacidade de resolução da situação, sem a necessidade de acionamento do serviço. Tal atitude provoca um questionamento em relação à capacidade da família para cuidar.

O distanciamento se dá, ainda, quando a equipe realiza uma abordagem muito técnica, com vocabulários específicos ou com informações insuficientes, uma vez que são incongruentes com a sua capacidade de compreensão, dificultando o entendimento da informação e a tomada de decisões. A falta de comunicação da equipe com a família ou a comunicação incongruente gera insegurança e apreensão em todos.

Para que a família se sinta incluída e acolhida pelos profissionais de saúde, estes necessitam ouvi-la, esclarecer as suas dúvidas e atendê-las, respeitando as suas crenças e valores, precisam efetivamente se aproximar da família, visando prestar um melhor atendimento à criança e à família como sistema e unidade de cuidado (BARBOSA, BALIEIRO, PETTENGILL, 2012).

Segundo Frank e Callery (2004) é importante, ainda, que o profissional mantenha uma comunicação aberta e solidária com a família, para que esta sinta-se incluída no atendimento de saúde de seu membro acidentado, baseado nos princípios do Modelo de Cuidado Centrado na Família (FRANK, CALLERY, 2004).

A filosofia do Cuidado Centrado na Família (CCF) reconhece a família assim, valorizando as suas potencialidades (SHIELDS, PRATT, HUNTER, 2006). Pinto *et al* (2010) afirma que o isolamento da criança em relação a sua família e o distanciamento do seu meio são fatores de risco para a piora do caso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação da família de criança vítima de acidente, neste estudo, possibilitou que ela expressasse os seus sentimentos e experiência em relação ao ocorrido e à assistência ofertada pela equipe do SAMU no momento do acidente, favorecendo a reflexão sobre o evento e sua participação na recuperação e proteção da criança.

A experiência da família, analisada em uma perspectiva interacionista, proporciona a reflexão acerca dos sentimentos, ações, reações e adaptações do indivíduo, membro de uma família, diante da adversidade.

Os resultados desta pesquisa geraram conhecimentos sobre o assunto que poderão embasar novos estudos que aprofundem essa análise e implementem intervenções no âmbito do atendimento das equipes do SAMU às famílias de crianças vítimas de acidentes, de forma a promover a integridade e as interações familiares.

Além disso, espera-se que a divulgação do estudo sensibilize as equipes intervencionistas do SAMU e facilite a implantação de abordagens e protocolo de atendimento que considere a inclusão da família no cuidado, como núcleo de proteção e pertença para a criança, como principal cuidadora e sendo constante na vida da criança e, como colaboradora na prestação da assistência à criança durante eventos externos. A família precisa ser esclarecida, informada e instrumentalizada para que se sinta capaz de exercer o seu papel em situações desafiadoras de sua capacidade protetora.

É importante que os profissionais do SAMU tenham conhecimento sobre a experiência da família com o acidente da criança, para refletirem sobre a sua prática e atuem de forma a possibilitar que essa família obtenha subsídios para a tomada de decisões e seja coparticipante do cuidado. A equipe, sendo conhecedora das demandas e necessidades da família frente ao evento, pode agir de modo a amenizar o sofrimento gerado pelo contexto do acidente de uma criança.

Pelos relatos, a experiência com o acidente caracteriza-se como um evento inesperado, paralisador e gerador de intenso estresse. O acidente, a internação e a recuperação da criança são referidos como experiências de sofrimento e incertezas, constituindo-se em uma ameaça à integridade familiar e permeada pela sensação de culpa e responsabilizações.

É importante destacar que a experiência do acidente não traz apenas resultados negativos à família. Houve relatos de que, mesmo permeada pela perda, pelo medo, pela culpa e extremo sofrimento, a família sentiu um fortalecimento da união familiar, um aumento dos cuidados recíprocos e a exteriorização do afeto.

Pautados neste estudo e nas leituras e análises geradas, é possível formular e sugerir estratégias que possam contribuir para que as equipes do SAMU repensem e reorganizem a forma de atendimento à família na experiência do acidente de uma criança:

- Proporcionar à família informações sobre medidas preventivas de acidentes através da abordagem das equipes de saúde da família; e educação em suporte básico de vida nas escolas, para professores e alunos, pelos profissionais do SAMU;
- Estabelecer um protocolo de seguimento das crianças acidentadas pelos agentes comunitários de saúde e equipe de saúde da família, para orientar cuidados ao filho após o acidente, na reabilitação e na prevenção de reincidência;
- Estabelecer um protocolo de atendimento à criança e à família para os profissionais intervencionistas do SAMU;
- Desenvolver um protocolo de orientações à família, a serem dadas pela equipe intervencionista, após o encerramento do período crítico do atendimento;
- Garantir assistência humanizada da equipe intervencionista do SAMU, ausente de juízo de valor e prejulgamento para a criança e para a família;
- Instituir Políticas Públicas voltadas para a prevenção de acidentes, acesso às redes de saúde e reabilitação, apoio e sustentação da família no contexto do acidente e no seguimento pós-acidente;
- Proporcionar, às equipes do SAMU, espaço para a discussão, sensibilização, instrumentalização e reflexão sobre abordagens de cuidado à família, buscando instituir uma filosofia que a considere durante o atendimento à criança, podendo lançar mão da filosofia do Cuidado Centrado na Família nas instituições de atendimento à urgência e emergência, desde o pré-hospitalar móvel, pré-hospitalar fixo, hospitalar, pós-hospitalar;

A utilização de uma abordagem acerca da criança vítima de acidente direcionada às interações familiares possibilita um atendimento humanizado e integral tanto à criança quanto à família. Além disso, a aproximação da equipe com a família produz calma e reduz o sofrimento, facilita a interação da equipe com a família, fortalecendo os processos de saúde.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar o assunto, mas de evidenciá-lo. Possibilitou a compreensão acerca da experiência familiar e a consideração dessa família como sujeito do cuidado em situações de agravos à saúde da criança por causas externas, além de plantar a semente da inclusão familiar em situações de risco e atendimento em urgência e emergência pré-hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, M. H. M. B. Pesquisa (auto) biográfica – tempo, memória e narrativas. In: ABRAHÃO, M. H. M. B. (Org.). **A Aventura (auto) biográfica** teoria e empiria. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. cap. 3, p. 79-95.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em pediatria**: manual do profissional. São Paulo: Artes Gráficas e Sésil, 2012.

AMARAL, J. F.; PAIXÃO, A. C. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. **Revista de Pediatria**, v. 8, n. 2, p. 66-72, jul./dez. 2007.

ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis**: uma perspectiva de enfermagem. 1997. 118 f. Tese (Título em Livre-Docente) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013: IDHM RENDA. **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento**. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-renda.pdf>>. Acesso em: 12 de junho 2016.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 2005.

BARBOSA, M. A. M.; BALEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 194-199, jan./mar. 2012.

BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Org.). **Pesquisa Qualitativa com texto Imagem e Som** – um manual prático. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. cap. 1, p. 17-36.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Org.). **Pesquisa Qualitativa com texto Imagem e Som** – um manual prático. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. cap. 2, p. 39-63.

BHONA, F. M. C.; LOURENÇO, L. M.; BRUM, C. R. S. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 1, p. 87-100, abr. 2011.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Berkeley: University of California, 1969.

BOUSSO, R. S.; SERAFIM, T. S.; MISKO, M. D. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 18, n.2, p. 156-162, mar./abr. 2010.

BRASIL. Portaria n. 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.



\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. 20 ed. CONASS: Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 622, de 27 de abril de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU192 do município de campo Grande/MS e dá outras providências. Brasília, DF, 28 abr. 2005. Seção 1, p. 70.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Série E. Legislação de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria 1600/GM, 7 de julho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria 1.010/GM, de 21 de maio de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 22 de maio de 2012. Seção 1. p. 87-90.

\_\_\_\_\_. Portaria 356/GM, 10 de dezembro de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Altera a portaria nº 217/2011 de 31 de maio, que regulamenta a tramitação do procedimento concursal nacional de habilitação ao grau de consultor. Brasília, DF, 10 de dezembro de 2013a. Série 1, p. 10-12.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59-62.

\_\_\_\_\_. **Datasus** [homepage da internet], 2015. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

CAMPO GRANDE. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Relatório Anual do SAMU**. Campo Grande: SESA, 2015a.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande**. Desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Campo Grande, 2015. Disponível em:<<http://www.pmcg.ms.gov/portal/secretaria>>. Acesso em: 01 fev. 2015b.

\_\_\_\_\_. **Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde**. LGBT: NESP, 2016.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an integration**. 2 ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1985.

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES: COMITÊ DE TRAUMA. **Suporte avançado de vida no trauma para médicos**: manual do curso para alunos. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

DUARTE, S. J. H.; NARDES, R. P. M. A.; PENA, S. B.; MENDEZ, R. D. R.; CANDIDO, M. C. F. S. Vítimas de acidente motociclístico atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência em Campo Grande, MS. **Enfermagem em foco**, v. 14, n. 2, p. 135-139, abr. 2013.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2 ed. Maringá: Eduem, 2004.

FRANCO, M. H. P. Crises e desastres: a resposta psicológica diante do luto. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 54-58, 2012.

FRANCK, L. & CALLERY, M. Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. **Child: Care, Health & Development**, v. 30, n. 3, p. 265-277, Sept. 2004.

FREITAS, J. L. Luto e fenomenologia: Uma proposta compreensiva. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**, v. 19, n. 1, p. 97-105, out. 2013.

FRIEDMAN, M. M.; BOWDEN, V. R.; JONES, E. G. **Family nursing: Research, theory and practice**. 5 ed., Upper Saddle River, N. J: Prentice Hall, 2003.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Org.). **Pesquisa Qualitativa com texto Imagem e Som – um manual prático**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. cap. 3, p. 64-89.

GOMES, G. C.; PINTANEL, A. C.; STRASBURG, A. C.; ERDMANN, A. L. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. **Revista de Enfermagem UERJ**, n. 19, v. 1, p. 64-69, jan./abr. 2011.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: este é a questão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, mai./ago. 2006.

GUILLER, C. A.; DUPAS, G.; PETTENGILL, M. A. M. O sofrimento amenizado com o tempo: a experiência da família no cuidado da criança com anomalia congênita. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 495-500, jul./ago. 2009.

HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, I. H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 30, n. 2, p. 175-182, jun. 2009.

HANSON, S. **Enfermagem de cuidados de saúde à família teoria, prática e investigação**. 2 ed. Loures: Lusociência, 2005.

JOSGRILBERG, F. P. A temporalidade a partir da perspectiva existencial. **Revista de Abordagem Gestalt**. v. 13, n. 1, jun. 2007.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Org.). **Pesquisa Qualitativa com texto Imagem e Som – um manual prático**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 90-113.

MARQUES, C. D. C.; LIMA, M. F.; MALAQUIAS, T. S. M.; WAIDMAN, M. A. P.; HIGARASHI, I. H. O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 541-548, jul./set. 2014.

MARTINS, C. B. G. Acidentes e violência na infância e adolescência: fatores de risco e proteção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, jul./ago. 2013.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONÇALVES, L. H. T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, jul./ago. 2012.

MATO GROSSO DO SUL. Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, 2013. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul**, Dispõe sobre as macrorregiões e microrregiões do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 02 jan. 2014. p. 7-8.

MEKITARIAN, F. F. P.; ANGELO, M. Family's presence in the pediatric emergency room: opinion of health's professionals. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33 n. 4, p. 460-466, Dec. 2015.

NASCIMENTO L. C.; ROCHA S. M. M; HAYES V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 280-286, 2005.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

OLIVEIRA, K.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H.; CORRÊA, D. A. M. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, jan./mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 320-327, jun. 2009.

PEREIRA, W. M. O sentimento de culpa na psicanálise. **Revista vórtice de psicanálise**, v. 4, n. 2, ago. 2014.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 982-988, nov./dez. 2005.

PINTO, J. P; RIBEIRO, C. A.; PETTENGILL, M. M.; BALEIRO, M. M. F. G. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2010.

REIS, E. F. **Varas de família** - Um encontro entre Psicologia e Direito. Curitiba: Juruá, 2010.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. cap. 3, p 29-38.

SHELTON, L. S.; CALLERY, P. Re-thinking Family – centred care across the continuum of children's health care child: **care Health Devel**, v. 30, n. 3, p. 267- 277, May. 2004.

SHIELDS, L. PRATT, J.; HUNTER, J. Family centred care: a review of, qualitative studie. **Journal of Clinical Nursing**. v. 15, n. 10, p. 1317-1323, Oct. 2006.

SALVATO, M. A.; FERREIRA, P. C. G.; DUARTE, A. J. M. A. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estudos Econômicos**. v. 40, n. 4, out./dez. 2010.

SOUZA, L. L. E. X.; RODRIGUES, A. K. C.; BARROSO, M. G. T. A família vivenciando o acidente doméstico – relato de uma experiência. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 83-89, jan. 2000.

SOUZA FILHO, O. A.; XAVIER, E. P.; VIEIRA, E. S. Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar- acompanhante. **Revista da Escola de Enfermagem: USP**, v. 42, n. 3, set. 2008.

STUART, M. N. Analysis of the concept of Family. In: WHALL, A.; FAWCETT (Eds). **Family theory development in nursing: State of the Science and art**. Philadelphia: F. A. Davis, 1991

TEIXEIRA, F. Os caminhos da espiritualidade: um olhar com base nas tradições místicas. In: Vasconcelos, E. M. (organizador). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIEIRA, E. N.; SOUZA, L. Guarda paterna e representações sociais de paternidade e maternidade. **Análise Psicológica**, v. 28, n. 4, p. 581-596, out. 2010.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e família: um guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

WRIGHT, L. M.; WATSON, W. L.; BELL, J. M. **Beliefs: The heart of healing in families and illness**. New York: Basic Book, 1996.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

Entrevista N° \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de Início: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

### I. Caracterização da família quanto a estrutura, segundo Wricht e Leahey (2008):

1. Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M
2. Grau de parentesco com a criança: \_\_\_\_\_
3. Bairro de moradia: \_\_\_\_\_
4. Telefone: \_\_\_\_\_
5. Escolaridade:
  - A ( ) Analfabeto ou apenas lê e escreve o nome
  - B ( ) Ensino fundamental incompleto;
  - C ( ) Ensino fundamental completo;
  - D ( ) Ensino médio incompleto;
  - E ( ) Ensino médio completo;
  - F ( ) Ensino superior incompleto;
  - G ( ) Ensino superior completo.
6. Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_
7. Crença religiosa: \_\_\_\_\_
8. Composição familiar:

Grau de parentesco	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão/ocupação	Observações

9. Quem estava com a criança no momento do acidente? \_\_\_\_\_

Dados socioeconômicos:

10. Qual a renda bruta somada de toda a sua família? \_\_\_\_\_ (em reais).  
Quantas pessoas dependem desta renda? \_\_\_\_\_

11. Cálculo em salários mínimos: \_\_\_\_\_

12. Casa:

A ( ) Própria

B ( ) Alugada

C ( ) Outros \_\_\_\_\_

II. Questão principal:

1. Conte-me como foi a experiência da sua família com a assistência prestada pela equipe do SAMU à criança

III. Questões norteadoras:

1. Fale-me sobre o acidente da criança:

2. Como foi o atendimento que a criança recebeu da equipe do SAMU no momento do acidente:

3. Quais ações da equipe do SAMU você considera ter ajudado a família a passar por essa experiência?

4. O que acha que poderia ter sido feito pela equipe do SAMU que te ajudaria naquele momento?

5. Gostaria de acrescentar algo?

## APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO

Diário de campo da entrevista nº ____ Data: __/__/____	
CONTEÚDO DESCRITIVO	
<b><i>Retratos dos colaboradores</i></b> Estilo de falar e agir, particularidades dos indivíduos	
<b><i>Reconstrução do diálogo</i></b> Anotações das palavras dos colaboradores, seus gestos, pronúncias, expressões, pausas ao falar, emotividade	
<b><i>Observações adicionais</i></b>	





Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
**Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**



## **APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA**

Campo Grande/MS, 17 de março de 2015.

Ilmo. Sr.  
Jamal Mohamed Salem  
Secretário Municipal de Saúde de Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Prezado Senhor,

Solicitamos autorização para acessar as fichas de atendimento do SAMU a fim de realizar coleta de dados referentes a caracterização e perspectiva das famílias de crianças acidentadas atendidas pelas equipes do SAMU deste município.

Solicitamos ainda autorização para acessar o Sistema Informatizado da SESAU (SMS) a fim de encontrar o endereço das crianças acidentadas e posteriormente realizar uma entrevista com os seus familiares, após os mesmos concordarem em participar da pesquisa e assinarem o TCLE.

O objetivo de acessar estes arquivos é o de desenvolver a pesquisa intitulada “ACIDENTES NA INFÂNCIA: CARACTERIZAÇÃO E PERSPECTIVA DA FAMÍLIA”, de responsabilidade da pesquisadora Renata Paiva Moret de Almeida Nardes, sob orientação da Profª Drª Maria Angélica Marcheti.

A pesquisa integra a Dissertação para conclusão do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e tem como objetivo compreender a experiência da família de crianças vítimas de acidentes atendidas pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Regional Campo Grande, no município de Campo Grande-MS, com relação ao contexto envolvido no acidente e o atendimento recebido pelas equipes.

Entendemos que o tema é de grande relevância e que o estudo poderá dar visibilidade a este fenômeno a fim de apoiar o desenvolvimento e a reformulação de políticas públicas de saúde sobre o assunto; aprimorar as ações e os instrumentos do processo de trabalho do SAMU sobre as ocorrências envolvendo crianças acidentadas e sua família e fomentar a promoção da qualificação profissional.

Ressaltamos que a confidencialidade dos dados, bem como os demais preceitos éticos e legais da pesquisa serão respeitados, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de dezembro de 2012, e que todos os custos financeiros do estudo ficarão a cargo da pesquisadora.

O projeto de Pesquisa segue em anexo e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Desde já agradecemos sua atenção.

Atenciosamente,

---

Renata Paiva Moret de Almeida Nardes  
Mestranda em Enfermagem pela UFMS

---

Maria Angélica Marcheti  
Orientadora da Pesquisa

Endereço: Rua Caldas Aulete, 635, casa 36, Coopharradio, CEP: 79052-210, Campo Grande/MS. (67) 8434-0866/ (67) 9939-1525.  
E-mail: renatapaivamoret@yahoo.com.br

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada ACIDENTES NA INFÂNCIA: CARACTERIZAÇÃO E PERSPECTIVA DA FAMÍLIA. Este estudo tem como objetivo compreender a experiência da família de crianças vítimas de acidentes atendidas pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O(a) senhor(a) precisa decidir se irá ou não participar da pesquisa. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia atentamente o que se segue e em caso de dúvidas a pesquisadora estará a sua disposição para esclarecê-lo(a).

Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Renata Paiva Moret de Almeida Nardes, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angélica Marcheti.

Durante a entrevista você será convidado(a) a contar a sua experiência no momento do acidente e no decorrer do atendimento recebido pela equipe do SAMU. Além disso, serão realizadas perguntas visando caracterizar a sua estrutura familiar.

Sua participação é voluntária. O(a) senhor(a) pode optar por não participar da pesquisa, assim como pode desistir da sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Não serão divulgados nomes ou qualquer dado que possibilite a identificação da vítima ou do entrevistado, mesmo quando os resultados da pesquisa forem divulgados por meio de artigos, eventos científicos ou para os participantes da pesquisa.

A pesquisa não contará com ressarcimento financeiro. Sua participação será por meio de uma entrevista a ser realizada pela pesquisadora em sua residência ou em outro local de comum acordo, com data e horário previamente agendado, de maior conveniência para você em ambiente privativo e reservado, de forma que não haja interrupções e constrangimentos pela entrada e saída de pessoas.

A entrevista será realizada por um período previsto de quarenta e cinco minutos e cada família participará apenas uma vez. Será gravada, transcrita e depois analisada. Não haverá audição da sua contribuição pelos demais participantes da pesquisa. A gravação e os arquivos serão utilizados exclusivamente para a pesquisa permanecendo com a pesquisadora por cinco anos e, após este período, descartadas.

Aceito a gravação da entrevista ( ) SIM ( ) NÃO

---

Rubrica do (a) participante

---

Rubrica da pesquisadora

Esta pesquisa pretende gerar conhecimento sobre o tema estudado, corrigir falhas identificadas, fomentar a promoção da qualificação profissional e a reformulação de políticas públicas sobre o assunto. Os riscos da pesquisa estão relacionados a prováveis constrangimentos em responder as perguntas e lembranças desagradáveis associadas ao incidente.

Em caso de dúvidas a respeito deste estudo o senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Renata Paiva Moret de Almeida Nardes pelo celular (67) 99391525 e em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos com o Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da UFMS pelo telefone (67) 33457187. Os resultados serão apresentados aos participantes, mediante um relatório final dos trabalhos e de um folder explicativo dos resultados encontrados, por e-mail ou pessoalmente caso não possua acesso a mídia digital.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será emitido em duas vias permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora e, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário (a) a participar deste estudo.

Campo Grande/MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura da pesquisadora

## **ANEXOS**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE - PMCG**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAU**  
**COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**  
**CNPJ 03.501.509/0001-06**



**REGISTRO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SUPORTE BÁSICO OU INTERMEDIÁRIO**

Código ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 Báse: _____	USB: _____ USI: _____ VIR: _____	EQUIPE: Téc. Enf. (1): _____ Téc. Enf. (2): _____ Enf.: _____ Socorrista: _____	COREn/MS: _____ COREn/MS: _____ COREn/MS: _____	Nº da Ocorrência: _____	
	DATA: _____	Viaturas de apoio no local: _____		Nome do Médico Reg. _____	
Saída da Base:	Chegada no Local:	Saída do Local:	Chegada na Referência:	Saída da Referência:	Chegada na Base:

Endereço da Ocorrência: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

**ORIGEM DO CHAMADO:**  
 Domicílio     Via Pública     Ambiente de Trabalho     Ambiente Escolar     Estabelecimento Comercial     Outro

**NATUREZA DO CHAMADO:**  
 Causa Externa     Causa Clínico     Causa Gineco/Obstétrico     Causa Pediátrico     Surto Psiquiátrico

**CAUSAS EXTERNAS:**  
 AC. TRANSITO:  Colisão     Atropelamento     Tombamento     Capotamento     Uso de Disp. de Segurança:  S  N  
 FERIMENTO POR ARMA:  Fogo     Branca    **ACIDENTE DOMÉSTICO - tipo:** \_\_\_\_\_  
 AGRESSÃO FÍSICA:  Doméstica     Extra-familiar    **SUSPEITA DE VIOLÊNCIA SEXUAL:**  Doméstica     Extra-familiar

**NOME DA VÍTIMA:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_  
**SEXO:**  M  F

**HISTÓRICO:**  Alergia: \_\_\_\_\_  Doença Prévia \_\_\_\_\_  Int. Ant. \_\_\_\_\_  
 Medicação em Uso: \_\_\_\_\_

**QUEIXAS DO PACIENTE:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Ventilação por minuto:</b>	<b>Batimentos por min.</b> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/>	<b>Pressão Arterial</b>	<b>GLICEMIA:</b>	<b>TEMP. °C</b>	<b>GLASGLOW:</b> Abertura Ocular: (4) (3) (2) (1) Resposta Verbal: (5) (4) (3) (2) (1) Resposta Motora: (6) (5) (4) (3) (2) (1)
-------------------------------	--	-------------------------	------------------	-----------------	--

<b>VIAS AÉREAS:</b> <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obs. Parc. por: _____ <input type="checkbox"/> Obs. Total por: _____	<b>VENTILAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Lenta <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Rápida <input type="checkbox"/> Muito Rápida <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Assimétrica ( ) D ( ) E	<b>ACHADOS NO TÓRAX:</b> <input type="checkbox"/> Ferimentos: _____ <input type="checkbox"/> Escoriações: _____ <input type="checkbox"/> Hematomas: _____ <input type="checkbox"/> Enfisema: _____
---	--	--

<b>PELE:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<b>ENCHIMENTO CAPILAR:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Retardado <input type="checkbox"/> Ausente	<b>HEMORRAGIA</b> <input type="checkbox"/> venosa <input type="checkbox"/> arterial <b>LOCAL(is):</b> _____
--	--	---

<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Torpor <input type="checkbox"/> Coma	<b>NÍVEL DE ORIENTAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado	<b>ACHADOS:</b> <input type="checkbox"/> Hálito Fétido <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Sinal de Battele <input type="checkbox"/> Olhos Guaxinim <input type="checkbox"/> Perda de Consciência <input type="checkbox"/> Ferimentos: _____
---	---	--

<b>AVALIAÇÃO PUPILAR:</b> <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> D ( ) E ( ) <input type="checkbox"/> Míose <input type="checkbox"/> D ( ) E ( )	<b>REATIVIDADE À LUZ:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> D ( ) E
---	---

<b>PESCOÇO:</b> <input type="checkbox"/> Turgência Jugular <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Ferimentos: _____	<b>ABDOMEN:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Dor a Palpação <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Ferimentos: _____
---	--

**MUSCULOESQUELÉTICO:**  
 Suspeita de Fratura  Não  Sim     Aberta     Fechada     Luxação     Amputação     Avulsão     Suspeita de Entorse/Distensão

Local(is) \_\_\_\_\_

<b>PELVE:</b> Dor a Palpação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim    Crepitação <input type="checkbox"/> N ( ) S    Deformação <input type="checkbox"/> N ( ) S	<b>DIAGNOSTICO DO MÉDICO REGULADOR:</b> _____
---	--

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**  
 Desobstrução de VA manual     Desobstrução de VA c/ Dispositivos     Ventilação manual     O<sub>2</sub> \_\_\_ L/min     Compressão torácica externa     DEA     Curativo     Contenção de hemorragia     Imobilização da coluna vertebral     Imobilização de membros     Acesso venoso periférico     Glicemia     Contenção mecânica     OUTROS \_\_\_\_\_

<b>Terapêutica Medicamentosa no Local</b>	<b>ENCAMINHAMENTO DA VÍTIMA</b>	<b>REMOVEDO POR OUTROS</b>
Medicamento    Dose    Via	<input type="checkbox"/> Transporte para <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Evasão Óbito <input type="checkbox"/> No local <input type="checkbox"/> Após atendimento	<input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Populares Nome de quem comunicou: _____

**RECUSA**  
 Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ as sumo inteira responsabilidade pela recusa no atendimento realizado pelo SAMU/192 - Campo Grande. Ass. \_\_\_\_\_  
 Testemunha \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Testemunha \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

**Intercorrências na Ocorrência:**  Maca presa     Conflitos na recepção do paciente     Dificuldade de achar endereço     Trânsito Congestionado

**PERTENCES DO PACIENTE**

Descrição	Nome:	Função / Parentesco



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE - PMCG**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAU**  
**COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL**  
**CNPJ 03.501.509/0001-06**



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Código: ( )1 ( )2 ( )3 Base: \_\_\_\_\_ USI: \_\_\_ VIR \_\_\_ USA \_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° da Ocorrência: \_\_\_\_\_

Transmissão: \_\_\_\_\_ Saída: \_\_\_\_\_ Chegada no local: \_\_\_\_\_ Saída do Local: \_\_\_\_\_ Ch. na referência: \_\_\_\_\_ Said. da referência \_\_\_\_\_ Retorno à base: \_\_\_\_\_

Endereço da Ocorrência: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

NOME DA VÍTIMA: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

**HISTÓRICO**

Atendimento primário: ( ) Domicílio ( ) Via Pública ( ) Ambiente de Trabalho ( ) Ambiente Escolar ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Atendimento secundário: ( ) CRS: \_\_\_\_\_ ( ) Hospital: \_\_\_\_\_ ( ) Maternidade ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Natureza do Chamado: ( ) Causa Externa ( ) Clínico ( ) Gineco/Obstétrico ( ) Pediátrico ( ) Psiquiátrico ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**CAUSAS EXTERNAS:**

AC. TRANSITO: ( ) Colisão \_\_\_\_\_ ( ) Atropelamento ( ) Tombamento ( ) Capotamento ( ) Uso de capacete/cinto

FERIMENTO POR ARMA: ( ) Fogo ( ) Branca ACIDENTE DOMÉSTICO - tipo: \_\_\_\_\_

AGRESSÃO FÍSICA: ( ) Doméstica ( ) Extra-familiar SUSPEITA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: ( ) Doméstica ( ) Extra-familiar

Antecedentes: ( ) Alergia: \_\_\_\_\_ ( ) Doença Prévia \_\_\_\_\_ ( ) Int. Ant. \_\_\_\_\_

( ) Medicação em Uso: \_\_\_\_\_ Ingestão de alimentos: ( ) jejum ( ) sim, há: \_\_\_ h

**EXAME FÍSICO**

Achados: ( ) Hálito Etilíco ( ) Otorragia ( ) Hematoma retroauricular ( ) Hematoma periorbital ( ) Perda de Consciência fugaz

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ Sat O2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_  
 ( + + ) Glicemia: \_\_\_\_\_

Respir.: ( ) espontânea ( ) artificial ( ) TOT ( ) traqueo ( ) ML Oxigênio: ( ) cateter ( \_\_\_ l/min ) ( ) Venturi 50% ( ) outro ( \_\_\_ l/min )

FC: ( ) rítmica ( ) arritmico: \_\_\_\_\_ Enchimento capilar: ( ) <2 segundos ( ) >2 segundos ( ) cianose ( ) sudorese

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Dir. > esq. ( ) Esq. > dir. ( ) Midríase bilateral ( ) Miose bilateral ( ) Fotorreagente bilateral ( ) Fotor. Unilateral

Hemorragias: ( ) venosa: \_\_\_\_\_ ( ) arterial: \_\_\_\_\_ ( ) trauma abd. Fechado ( ) trauma torácico fechado

Suspeita de Fratura: ( ) Aberta ( ) Fechada ( ) Local: \_\_\_\_\_ ( ) Pulso ausente ( ) Sensibilidade anormal ( ) Mobilidade anormal

IG: \_\_\_ sem G: \_\_\_ P: \_\_\_ A: \_\_\_ Pré-natal: ( ) sim ( ) não Apgar 1º: \_\_\_ Intercorrências: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA 2009-2011)**

( ) Risco de infecção	( ) Risco de aspiração	( ) Ventilação espontânea prejudicada
( ) Risco de queda	( ) Risco de glicemia instável	( ) Risco de diáde mãe/feto perturbada
( ) Dor aguda	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) Comportamento desorganizado do bebê
( ) Integridade tissular prejudicada	( ) Risco de perfusão tiss. cerebral ineficaz	( ) _____
( ) Risco de choque	( ) Risco de perfusão tiss. cardíaca ineficaz	( ) _____

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

( ) Aferir sinais vitais	( ) Orientações à família pós-óbito	( ) Aplicar cuidados para oxigenoterapia
( ) Monitorizar níveis de sat. de oxigênio	( ) Realizar imobilização coluna vertebral	( ) Aplicar manta térmica
( ) Monitorizar traçado de ECG	( ) Comunicar sinais de hipóxia	( ) Realizar curativo: _____
( ) Puncionar AVP	( ) Manter cabeceira elevada a 30°	( ) _____
( ) Realizar glicemia capilar	( ) Aspirar vias aéreas	( ) _____
( ) Comunicar sinais de choque	( ) Imobilizar membro com tala	( ) _____

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

LOCAL DE ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_ Enfº resp.: \_\_\_\_\_ ( ) recusa ( ) evasão ( ) óbito

REMOVIDO POR OUTROS: ( ) Corpo de Bombeiros \_\_\_\_\_ ( ) Amb. privada ( ) Polícia Militar ( ) Populares ( ) USA \_\_\_\_\_ ( ) USB \_\_\_\_\_

PERTENCES DO PACIENTE \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Função / Parentesco \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA  
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU-192**



**ATENDIMENTO MÉDICO – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

Desloc (1) (2) (3) Gravidade (1)(2)(3)	BASE:	USA: (1) (2) (3)	DATA:	Nº OCORRÊNCIA (SENHA):		
ACIONAMENTO	SAÍDA BASE	CHEGA LOCAL	SAÍDA LOCAL	CHEGA DESTINO	SAÍDA DESTINO	CHEGA BASE
ENDEREÇO:						BAIRRO:

**NATUREZA DO CHAMADO**

( ) Causas Externas ( ) Pediátrico ( ) Obstétrico <b>( ) ACID.TRÂNSITO</b>	( ) Clínico ( ) Psiquiátrico ( ) Outros.....	<b>TRANSPORTE SECUNDÁRIO:</b> Origem.....Setor..... Destino.....Setor..... Médico Regulador:.....TIPO: ( ) Maior Complexidade ( ) Transferência ( ) Apoio Responsável: ORIGEM..... DESTINO.....
---	--	---

**PACIENTE/VÍTIMA**

Nº DE VÍT:	NOME:	Nascim: ____/____/____	Idade:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
------------	-------	------------------------	--------	-------------------------------------

**ANTECEDENTES:**

( ) Cardiopatia	( ) Doença Neurológica	( ) Doenças Infecto-contagiosas	( ) Cirurgias (.....)
( ) Diabetes (I) (II)	( ) Doença Psiquiátrica	( ) Alcoolismo	( ) Trat. Clínico (.....)
( ) Hipertensão Arterial	( ) Nefropatias	( ) Drogadição	.....
( ) Pneumopatia	( ) Alergias	( ) Tabagismo	.....
( ) AVE	( ) Convulsões	( ) Traumatismos	.....

**QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:**

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	SAT O <sub>2</sub> %	°C	Glicemia mg%	GLASGOW: Ocular: ( ) + Verbal: ( ) + Motora: ( ) = .....
---------------	----	----	----	----------------------	----	--------------	---

<b>VIAS AÉREAS</b> ( ) Livres ( ) Edema de Glote ( ) Corpo Estranho ( ) I.O.T.	Obstrução Parcial ( ) Total ( ) Bronco Aspiração ( )	<b>Respiração/Ventilação</b> ( ) Espontânea ( ) Parada Respiratória ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Assistida	<b>Expansibilidade</b> ( ) Normal ( ) Esforço ( ) Ausente ( ) Irregular ( ) Superficial	<b>Ausculta</b> ( ) MV Normal ( ) Estertores ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) MV Abolido ( ) MV Diminuído.	<b>Achados:</b> ( ) Hemoptise ( ) Hálito Etílico ( ) Expectoração abundante ( ) Enfisema Subcutâneo ( ) Crepitação ( ) Traumatopnéia
--	--	--	--	--	--

<b>Circulação:</b> Pele: ( ) Normal ( ) Palidez ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Quente ( ) Fria	<b>PERFUSÃO:</b> ( ) Normal ( ) Retardo > 2" ( ) Ausente <b>EDEMA:</b> ( ) Ausente ( ) Palpebral ( ) MMII ( ) Anasarca	<b>Pulso:</b> ( ) Cheio ( ) Fino ( ) Irregular ( ) Ausente <b>Ausculta Cardíaca:</b> ( ) Normal ( ) Taquicardia ( ) Bradicardia ( ) Arritmia ( ) Inaudível <b>ECG/Monitoramento:</b> ( ) Normal ( ) Alterado ( ) Isoelétrico/AESP ( ) Não Realizado <b>PESCOÇO:</b> ( ) Normal ( ) Turgor Jugular ( ) Desvio de traquéia ( ) Dor à Mobilização ( ) Rigidez de Nuca <b>ABDOMEM:</b> ( ) Normal ( ) Dor ( ) Defesa ( ) Irritação Peritoneal ( ) Hepatomegalia ( ) Esplenomegalia ( ) Ascite ( ) Distensão ( ) Gravídico
--	--	--

**NEUROLÓGICO:** ( ) Normal ( ) Agitação ( ) Sonolência ( ) Coma ( ) Sedado ( ) Otorragia ( D )( E ) ( ) Sinal de Battle ( D )( E ) ( ) Olhos de Guaximim ( D )( E )  
( ) Paralisia..... ( ) Parestesia..... ( ) Anestesia..... ( ) Paresia..... ( ) Arreflexia.....

**PUPILAS:** ( ) Iso-Fotoreagentes ( ) Miose ( D )( E ) Midríase ( D )( E ) ( ) Anisocoria ( ) Médio-Fixas ( ) Não Reagentes

<b>OBSTETRÍCIA:</b> I.G.....Semanas D.U.M. ____/____/____ G__P__C__A__ Pré-Natal ( ) Sim ( ) Não	F.U. ____cm Apresentação ____ Colo ____cm Dinâmica: ____/10min B.C.F. ____bpm Bolsa .....	R.N.: ( ) Vivo ( ) Dequitação ( ) Morto Sexo ( M )( F ) ( ) Único Apgar 1º .....
---	--	--

**QUADRO CLÍNICO - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INTERCORRÊNCIAS(se necessário use o verso)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

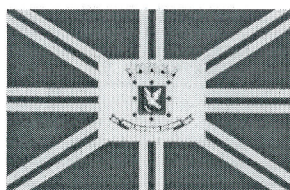
.....

.....

**PROCEDIMENTOS:** ( ) Desobstr V. Aéreas ( ) Cânula Guedel ( ) IOT ( ) Cricotireoidostomia ( ) Ventilação Manual ( ) Respirador de Transporte ( ) O<sub>2</sub>.....l/min  
( ) Toracocentese ( D )( E ) Drenagem de Tórax ( D )( E ) ( ) Massagem Cardíaca ( ) Desfibrilação/Cardioversão ( ) Contenção de Sangramentos ( ) Curativo  
( ) Acesso Venoso ( C )( P ) Qtd (.....) Sonda ( ) Gástrica ( ) Uretral ( ) Imobilização Membros ( ) Colar cervical ( ) K.E.D. ( ) Talas/Tração Outros.....

<b>MEDICAÇÃO:</b> ..... ..... .....	<b>EQUIPE:</b> Méd..... Enf..... Ass..... Cond..... <b>REMOVIDO PARA:</b> ..... ( ) POR OUTROS: .....	<b>CRM:</b>   <b>Recusa:</b> Assumo total responsabilidade pela recusa no atendimento prestado pelo SAMU. .....RG:.....
--	--	---





Secretaria Municipal de Saúde Pública  
Diretoria de planejamento e Gestão em Saúde

## Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **RENATA PAIVA MORET DE ALMEIDA NARDES**, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada “**ACIDENTES NA INFÂNCIA: CARACTERIZAÇÃO E PERSPECTIVA DA FAMÍLIA**”.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 16 de abril de 2015.

  
Regina L. Portioli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

*Heide Daiane Pires da Rocha Furtado*  
Assessora Técnica  
Coordenadoria de Convênios e  
Cooperação Mútua/DPGS/SESAU  
Campo Grande - MS