

COMPORTAMENTOS DE RESPONSÁVEIS DE BEBÊS DURANTE CONSULTA PEDIÁTRICA: SUBSÍDIOS PARA AÇÕES EDUCATIVAS PREVENTIVAS DE QUEDAS.

Débora Moraes Pereira, Sandra Regina Gimenez-Paschoal, Edinalva Neves Nascimento. - Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Terapia Ocupacional - Departamento de Fonoaudiologia – Faculdade de Filosofia e Ciências – Campus de Marília.

Freqüentemente acidentes são associados a eventos casuais, imprevisíveis. No entanto, sabe-se hoje que essa é uma idéia equivocada, pois estudos mostram que a maior parte dos acidentes ou “traumas não-intencionais” podem ser evitados. O Ministério da Saúde ressalta que “os acidentes domésticos, principalmente com crianças e idosos, são passíveis de prevenção por intermédio de orientação familiar, alterações físicas do espaço domiciliar e elaboração e ou cumprimento de leis específicas” (BRASIL, 2005, p. 20).

Os acidentes representam, além de elevado índice de mortalidade, a causa de perda prematura da capacidade produtiva. Resultam também em elevados gastos hospitalares e acarretam seqüelas físicas e emocionais graves (BRASIL, 2005; HARADA et al, 2000; BARROS; XIMENES; LIMA, 2001). “Hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações” (BRASIL, 2000, p. 429). No Brasil, no ano de 1997, gastou-se R\$ 232.376.613, cerca de 8% dos dispêndios com internações por todas as causas (BRASIL, 2000).

Dentre os vários tipos de lesões não intencionais, as quedas se destacam como o principal tipo de acidente (UNGLERT; SIQUEIRA; CARVALHO, 1987; HARADA et al 2000; PICKETT et al, 2003; POWER; TANZ, 2002). Paes e Gaspar (2005) afirmaram, em seu trabalho de revisão, que “as causas de injúrias fatais e não fatais diferem completamente. Apesar de as quedas representarem a 10ª causa de óbito por injúria não intencional, ela é a principal causa de atendimento nas emergências nos EUA”.

Conforme Banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (KOIZUMI, 2001), no ano de 1998 foram registrados no Brasil 16.376 internações devido aos traumatismos crânio encefálicos (TCE) em crianças menores de 10 anos (20,7% do total de internações nessa faixa etária), sendo 2.532 em crianças menores de ano. Dentre as internações dos menores de um ano 70,6% os TCE's tiveram como causa as quedas.

“Embora a maioria das lesões cerebrais leves aparentemente cicatrizem por completo, 5% das crianças com lesões mais graves têm déficits que perduram pelo resto da vida” (RATLIFFE, 2000, p. 279). “A mortalidade relacionada à TCE pode ser reduzida não só com avanço no atendimento inicial com cuidados intensivos, mas, principalmente, com medidas preventivas” (GUERRA; JANNUZZI; MOURA, 1999, p. 279).

Ao levar-se em conta que “os neonatos têm sua mobilidade restrita no início da vida, os acidentes ocorridos com eles estão, na maioria, relacionados ao comportamento dos cuidadores e ao ambiente, ambos passíveis de modificações através de intervenções focadas nos adultos” (POWELL; TANZ, 2002, p. 794).

A necessidade de estratégias de prevenção pautadas na educação é defendida por diversos estudiosos do tema. Para Martins e Andrade (2005), há a “necessidade urgente de adoção de medidas preventivas, embasadas na educação, na legislação e na fiscalização, visando reduzir os gastos com a atenção a estes eventos, e, sobretudo, o sofrimento vivido pela família e pela criança” (p.203). De maneira semelhante Filócomo e colaboradores (2002) defendem que “um dos pilares para a redução desta incidência está pautada na educação, a qual requer a mobilização de vários segmentos da população, a fim de assegurar às crianças e famílias o provimento de informações e tratamentos necessários que minimizem esta problemática” (p.45-46).

Para Paes e Gaspar (2005) :

“é essencial a compreensão dos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção das injúrias (...) se tivermos a possibilidade de atuar de forma sistêmica, ampliando a ação para além da área estritamente de saúde, em um processo intersetorial, as possibilidades de reversão do quadro exposto passarão a ser reais. Um conjunto de iniciativas pode ser desenvolvido a partir de cada comunidade e em cada estabelecimento de saúde”

A despeito das indicações da literatura, as ações educativas para prevenção de acidentes infantis, em especial as quedas, são ainda escassas. Um raro exemplo é o trabalho de Gimeniz-Paschoal (1998). Entretanto, são necessárias informações específicas da população da região onde se pretende realizar estudo desta natureza, como referência para a elaborar e avaliar a eficácia das ações.

Considerando o anteriormente exposto, o objetivo deste estudo em andamento, que faz parte de uma pesquisa maior, foi identificar comportamentos de proteção e desproteção para quedas de responsáveis por bebês visando obter subsídios para ações educativas mediadas por vídeo.

O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da cidade de Marília. Participaram 23 díades responsável-bebê que, com os devidos cuidados éticos, foram filmadas durante a consulta pediátrica. As filmagens foram analisadas com o auxílio de juízes e critérios de cuidado previamente estabelecidos, distribuídos em 5 classes: Muito Cuidadosos, Cuidadosos, Regulares, Descuidados e Muito Descuidados. A frequência absoluta e percentual da classificação dos comportamentos pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1: distribuição da frequência absoluta e relativa da classificação dos comportamentos emitidos pelos responsáveis durante atendimento pediátrico (N=23).

Classificação dos comportamentos	f	%
Muito Cuidadosos	29	31
Cuidadosos	17	18
Regulares	14	15
Descuidados	23	24
Muito descuidados	11	12
Total	94	100

Observa-se na Tabela 1 a presença de 94 comportamentos, sendo mais frequentes aqueles classificados como Muito Cuidadosos (n=29 ou 31%) e Descuidados (n=23 ou 24%). A Tabela 2 indica quais foram os comportamentos “muito cuidadosos” apresentados pelos responsáveis pelos bebês.

Tabela 2: distribuição da frequência absoluta e relativa dos comportamentos “muito cuidadosos” emitidos pelos responsáveis durante atendimento pediátrico (N= 23).

Classificação dos comportamentos “muito cuidadosos”	f	%
Coloca sacola na maca, próxima ao bebê, não desviando a atenção do bebê por causa dela ou colocando a mão sobre o bebê enquanto mexe nela.	1	3
Coloca bebê no sentido transversal da maca na maior parte do tempo e se colocar bebê no sentido longitudinal, o faz longe da beirada e o protege com a mão ou o corpo.	4	14
Não se afasta do bebê ou se tiver que se afastar por algum imprevisto, o leva junto.	11	38
Protege o bebê na balança.	5	17
Está sempre próximo e atento em relação à segurança do bebê.	8	28
Total	29	100

Conforme pode ser visto na Tabela 2, o comportamento “muito cuidadoso” mais apresentado pelo responsável foi aquele de não se afastar do bebê ou, quando o fez, levou a criança consigo (n=11 ou 38%). Na Tabela 3 estão apresentados os comportamentos “cuidadosos”.

Tabela 3: distribuição da frequência absoluta e relativa dos comportamentos “cuidadosos” emitidos pelos responsáveis durante atendimento pediátrico (N=23).

Classificação dos comportamentos “cuidadosos”	f	%
Coloca sacola na maca, mas olha um pouco para ela.	1	6
Coloca bebê no sentido transversal da maca na maior parte do tempo e se colocar bebê no sentido longitudinal, não se afasta dele.	0	0
Se tiver que se afastar por algum imprevisto, pede a adulto que cuide do bebê.	0	0
Fica perto da balança (menos de 1 m), atento ao bebê.	7	41
Está atento em relação à segurança do bebê na maior parte do tempo.	9	53
Total	17	100

Verifica-se na Tabela 3 que o comportamento mais freqüente foi aquele de atenção à segurança do bebê durante a maior parte do tempo (n=9 ou 53%). A Tabela 4 mostra os comportamentos “regulares” apresentados pelos responsáveis.

Tabela 4: distribuição da freqüência absoluta dos comportamentos “regulares” emitidos pelos responsáveis durante atendimento pediátrico (N=23).

Classificação dos comportamentos “regulares”	f	%
Coloca sacola na maca, mas desvia várias vezes a atenção do bebê para ela ou ainda coloca sacola longe, mas se afasta do bebê para pegar algo nela ou vai pegá-la depois, enquanto adulto está próximo do bebê.	4	29
Coloca bebê no sentido transversal da maca e às vezes um pouco próximo da beirada ou coloca no sentido longitudinal da maca em boa parte do tempo, mas não o deixa sozinho.	0	0
Se tiver que se afastar por algum imprevisto, o faz só enquanto adulto estiver perto dele, mas não tendo lhe designado para cuidar do bebê.	5	36
Fica perto da balança, mas nem sempre atento ao bebê.	3	21
Nem sempre está atento em relação à segurança do bebê.	2	14
Total	14	100

Visualiza-se na Tabela 4 que o comportamento mais comum foi aquele de se afastar da criança por algum imprevisto, na presença de um adulto, mas sem designá-lo para cuidar do bebê (n=5 ou 36%). A Tabela 5 mostra os comportamentos “descuidados”.

Tabela 5: distribuição da freqüência absoluta dos comportamentos “descuidados” emitidos pelos responsáveis durante atendimento pediátrico (N= 23).

Classificação dos comportamentos “descuidados”	f	%
Coloca sacola longe e vai buscar coisas nela, designando criança para cuidar do bebê	0	0
Coloca bebê no sentido longitudinal da maca	15	65
Se afasta do bebê, designando criança para cuidar dele	0	0
Nem sempre fica atenta ao bebê durante a pesagem ou fica atenta com mais de 1m da balança	6	26
Às vezes pouco atenta em relação à segurança do bebê	2	9
Total	23	100

Observa-se na Tabela 5 que os comportamentos “descuidados” mais apresentados foram aqueles em que o responsável coloca o bebê no sentido longitudinal da maca (n=15 ou 65%). Pode-se verificar na Tabela 6 a classificação dos comportamentos “muito descuidados”.

Tabela 6: distribuição da freqüência absoluta dos comportamentos “muito descuidados” emitidos pelos responsáveis durante atendimento pediátrico (N=23).

Classificação dos comportamentos “muito descuidados”	f	%
Coloca sacola longe e vai buscar coisas nela, não designando alguém para cuidar do bebê, às vezes até saindo fora da sala	1	9
Coloca bebê no sentido longitudinal e às vezes o deixa sem proteção	4	37
Se afasta do bebê não tendo designado alguém para cuidar dele	3	27
Não fica atento ao bebê durante a pesagem e às vezes até se afasta	2	18
Atenção às vezes negligente em relação à segurança do bebê	1	9
Total	11	100

O comportamento de colocar o bebê na longitudinal e sem proteção foi o comportamento “muito descuidado” mais observado, conforme pôde ser visto na Tabela 6.

Concluiu-se que foi possível identificar uma grande variedade de comportamentos (46 comportamentos de proteção, 34 comportamentos de desproteção e 14 regulares) emitidos pelo responsável do bebê durante atendimento pediátrico, fornecendo subsídios para a realização de ações educativas no sentido de auxiliar os responsáveis a discriminarem as oportunidades de proteção da criança e ampliá-las, bem como identificarem as de desproteção para alterá-las.

Além disso, as cenas filmadas durante o atendimento em ambiente institucional podem ser utilizadas para compor um vídeo educativo, mas há necessidade de novos estudos que testem a

eficácia deste instrumento na manutenção dos comportamentos de segurança e na mudança dos comportamentos de risco para quedas de bebês.

Referências

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 142-149, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. 2. ed., Ed. MS: Brasília, 2005.

FILÓCOMO, F. R. F. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, p. 41-47, v. 10, n. 1, p. 2002.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. **Prevenção de quedas acidentais de bebês: uma intervenção do psicólogo com mães usuárias do Setor de Pediatria de um Centro de Saúde**. São Paulo, 1998. Tese (doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

GUERRA, S. D.; JANNUZZ, M. A.; MOURA, A.D. Traumatismo cranioencefálico em pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, supl. 2, 1999.

HARADA, M. J. C. S. et al. Epidemiologia em crianças hospitalizadas por acidentes. **A Folha Médica**, São Paulo, v. 119, n. 4, p. 43-47, 2000.

KOIZUMI, M. S. et al. Crianças internadas por traumatismo crânio-encefálico, no Brasil, 1998: Causas e Prevenção. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.110, n.2, p.93-101, 2001.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n. 2, p. 192-204, 2005.

PAES, C. E. N.; GASPAR, V. L. V. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n. 5 (supl), S146-S154, 2005.

PICKET, W. et al. Injuries experienced by infant children: a population-based epidemiological analysis. **Pediatrics**, v. 111, n. 4, p. e365-e370, 2005.

POWELL, E. C.; TANZ, R. R. Adjusting our view of injury risk: the burden of nonfatal injuries in infancy. **Pediatrics**, v. 110, n. 4, p. 792-796, 2002.

RATLIFFE, K. T. Distúrbios Traumáticos. In: _____. **Fisioterapia na Clínica Pediátrica: Guia para equipe de fisioterapeutas**, São Paulo: Livraria Editora Santos, 1.ed., 2000.

UNGLERT, C. V. S.; SIQUEIRA, A.A.F.; CARVALHO, G. A. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n. 03, 1987.