

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

IARA CRISTINA DA SILVA PEDRO

Sentidos e significados da prevenção de queimaduras no ambiente doméstico, atribuídos por famílias de crianças vítimas de queimaduras: um estudo etnográfico

Ribeirão Preto

2013

IARA CRISTINA DA SILVA PEDRO

Sentidos e significados da prevenção de queimaduras no ambiente doméstico, atribuídos por famílias de crianças vítimas de queimaduras: um estudo etnográfico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente

Orientadora: Lucila Castanheira Nascimento

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pedro, Iara Cristina da Silva

Sentidos e significados da prevenção de queimaduras no ambiente doméstico, atribuídos por famílias de crianças vítimas de queimaduras: um estudo etnográfico. Ribeirão Preto, 2013.

193 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Lucila Castanheira Nascimento

1. Queimaduras. 2. Prevenção de acidentes. 3. Criança.
4. Família. 5. Enfermagem.

PEDRO, Iara Cristina da Silva

Sentidos e significados da prevenção de queimaduras no ambiente doméstico, atribuídos por famílias de crianças vítimas de queimaduras: um estudo etnográfico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente

Orientadora: Lucila Castanheira Nascimento

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A todas as crianças vítimas de queimaduras e familiares que participaram deste estudo, pela contribuição especial e disponibilidade em compartilhar suas histórias. Vocês são grandes exemplos de vida e de superação!

A minha mãe, Rosa, que foi a principal colaboradora da minha formação pessoal e profissional. Agradecida por tudo! Sem você, eu não teria chegado até aqui!

A Gê e Gi, minhas ir(mães); Fábio e Robson, meus cunhados; e Caique, Bi, Bea e Fe, meus sobrinhos queridos, que, mesmo distantes, sempre me apoiaram com muito carinho e iluminaram o meu caminho.

A todos os meus amigos que me deram força durante a esta caminhada. Um agradecimento especial à Michelle e Andressa, que foram amigas-anjos me abençoando com a verdadeira amizade em bons e maus momentos deste difícil percurso.

Amo todos vocês.

AGRADECIMENTOS

Ensinava com insistência: em lugar de “muito obrigado”, devemos dizer “agradecido” e em vez de “por favor”, devemos usar “por gentileza”, porque ninguém é obrigado a nada e devemos ser gentis uns com os outros e nos relacionar por amor, e não por favor.

(José Datrino, o Profeta Gentileza)

Gostaria de dizer que sou muito agradecida:

*A **Deus**, por ter me dado o dom de conseguir trabalhar com crianças, e em especial, força para lidar com tanta dor e sofrimento causados pela queimadura. Sou grata por ter essa oportunidade de aprender a ser uma pessoa melhor ao conviver com as experiências de vida de outras pessoas.*

*À **Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento**, por dividir seus conhecimentos comigo, servir de exemplo de vida e me incentivar desde o primeiro dia que me acolheu.*

*À **Profa. Dra. Márcia Maria Fontão Zago**, por compartilhar sua imensa sabedoria, colaborando muito para a construção desta obra e pela presença no exame de qualificação e banca da defesa desta tese.*

*À **Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima**, pelas sugestões no exame de qualificação e presença na banca da defesa desta tese.*

*Ao **Prof. Dr. Jayme Adriano Farina Junior**, pelos ensinamentos teórico-práticos acerca dos aspectos do cuidado das queimaduras e pela disponibilidade em participar da banca de defesa desta tese.*

Ao Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos, pela disponibilidade em participar da banca de defesa desta tese.

À Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi e as companheiras do GIRQ Raquel Pan, Natália Gonçalves, Marina Caltran e Noéle Oliveira, pela oportunidade de trabalharmos em conjunto e aprendermos mais sobre a temática das queimaduras.

À Camila Bernardes e Juliane Azevedo, por me auxiliarem na transcrição dos dados.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pela minha formação profissional.

A todos os profissionais da Unidade de Queimados do HCFMRP-USP, por dividirem comigo a jornada diária de cuidado aos pacientes vítimas de queimaduras e pelo apoio oferecido durante a realização deste trabalho. Em especial, à Michelle Daguano, Alessandra Cologna e ao Enéas Ferreira, enfermeiros-amigos, dos quais sem o suporte, compreensão e momentos de alegria, eu não teria conseguido finalizar esta tese.

Mais cultura, mais vida.

Textos Judaicos

RESUMO

PEDRO, I. C. S. **Sentidos e significados da prevenção de queimaduras no ambiente doméstico, atribuídos por famílias de crianças vítimas de queimaduras: um estudo etnográfico.** 2013. 193 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Diversos tipos de acidentes envolvendo crianças e adolescentes acontecem no ambiente domiciliar e, dentre os principais, encontram-se as queimaduras. O objetivo desta pesquisa foi interpretar os significados atribuídos à prevenção de queimaduras pediátricas no ambiente doméstico, na perspectiva de crianças vítimas de queimaduras e suas famílias. Para tal, realizou-se estudo com abordagem metodológica qualitativa, fundamentado no referencial teórico da Antropologia Interpretativa e no método etnográfico. Após a aprovação pelo comitê de ética, tanto da instituição proponente quanto da coparticipante, foram convidadas a participar da pesquisa seis crianças vítimas de queimadura em ambiente doméstico, atendidas no Centro de Tratamento de Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e seus familiares, totalizando 20 participantes. Para a coleta de dados, realizaram-se observações participantes, diário de campo, entrevistas em profundidade e a baseada na eliciação da fotografia, prioritariamente nos domicílios dos informantes e contexto hospitalar, no período de janeiro de 2012 a junho de 2013. Privilegiamos um engajamento prolongado no campo, com a coleta e a análise dos dados desenvolvidas concomitantemente. Procedeu-se à análise temática indutiva dos dados. Identificaram-se os códigos e quatro unidades de sentidos: Explicação para a ocorrência da queimadura, Identificação do perigo, Prevenção de queimaduras, Repercussões da queimadura, as quais serviram de base para a construção de três núcleos temáticos, que fornecem os significados: *“Abrir o olho de verdade”*: enxergando a possibilidade da queimadura, *“Aqui dentro, não!”*: o exercício do controle dentro de casa, e *“Uma questão de cultura do jeitinho brasileiro”*: partindo do *“acidente que aconteceu”* para a *“mudança de hábito”*. Os significados foram explicados pelo conceito antropológico da vulnerabilidade. O processo de prevenção de queimaduras no ambiente doméstico é muito amplo e necessita do envolvimento de diversos setores públicos, bem como da conscientização da comunidade para esta temática. Somente com a interligação de todos é que será possível, aos poucos, produzir uma mudança cultural de hábitos com vistas à redução das vulnerabilidades pessoal, social e programática de crianças e suas famílias para as queimaduras, fortalecendo, individual e coletivamente, as crianças e seus familiares.

Descritores: Queimaduras. Prevenção de acidentes. Criança. Família. Enfermagem.

ABSTRACT

PEDRO, I. C. S. **Senses and meanings of burn prevention in the home context attributed by families of child burn victims: an ethnographic study.** 2013. 193 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

Different types of accidents involving children and adolescents happen at home, and the main ones include burns. The objective in this research was to interpret the meanings attributed to pediatric burn prevention in the home context, according to children who were victims of burns and their families. Therefore, a qualitative study was undertaken, based on the theoretical framework of Interpretive Anthropology and the ethnographic method. After receiving ethical clearance from the proponent and the co-participant institution, six children who were victims of domestic burns and their families were invited to participate in the research, totaling 20 participants. The children were attended at the Burns Treatment Center of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School *Hospital das Clínicas*. To collect the data, participant observation, a field diary, in-depth interviews and photography exclusion interview, mainly at the informants' homes and in the hospital context, between January 2012 and June 2013. We privileged a prolonged engagement in the field, with concomitant data collection and analysis. The data were processed through inductive thematic analysis. The codes were identified, as well as four units of meaning: Explanation for the burn event, Identification of the danger, Burn prevention and Burn repercussions, which supported the construction of three thematic cores that provided the meanings: *“Truly opening your eyes”*: seeing the possibility of the burn, *“Not in here!”*: the exercise of control at home, and *“A Brazilian cultural thing”*: from the *“accident that happened”* to the *“change of habit”*. The meanings were explained by the anthropological concept of vulnerability. The burn prevention process in the domestic environment is very broad and needs involvement from different public sectors, as well as the community's enhanced awareness about this theme. It is only by interconnecting all stakeholders that, little by little, a cultural change of habits can be produced with a view to the reduction of the personal, social and programmatic vulnerabilities of children and their families to burns, strengthening the children and their family members individually and collectively.

Descriptors: Burns. Accident prevention. Child. Family. Nursing.

RESUMEN

PEDRO, I. C. S. **Sentidos y significados de la prevención de quemaduras en el ambiente doméstico, atribuidos por familias de niños víctimas de quemaduras: un estudio etnográfico.** 2013. 193 h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Diversos tipos de accidentes con niños y adolescentes ocurren en el ambiente domiciliario y los principales incluyen las quemaduras. La finalidad de esta investigación fue interpretar los significados atribuidos a la prevención de quemaduras pediátricas en el ambiente doméstico, bajo la perspectiva de niños víctimas de quemaduras y sus familias. Para eso, fue desarrollado un estudio con aproximación metodológica cualitativa, fundamentado en el referencial teórico de la Antropología Interpretativa y en el método etnográfico. Tras la aprobación por el comité de ética, tanto de la institución proponente como de la co-participante, fueron invitadas a participar de la investigación seis niños víctimas de quemadura en ambiente doméstico, atendidas en el Centro de Tratamiento de Quemaduras del *Hospital das Clínicas* de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo y sus familiares, totalizando 20 participantes. Para la recolecta de datos, fueron utilizados observaciones participantes, diario de campo, entrevistas a fondo y entrevistas para sacar la fotografía, prioritariamente en los domicilios de los informantes y contexto hospitalario, entre enero del 2012 y junio del 2013. Privilegiamos un involucramiento prolongado en el campo, con la recolecta y el análisis de los datos desarrollados concomitantemente. Fue aplicado el análisis inductivo de los datos. Fueron identificados los códigos y cuatro unidades de sentidos: Explicación para la ocurrencia de la quemadura, Identificación del peligro, Prevención de quemaduras y Repercusiones de la quemadura, que soportaron la construcción de tres núcleos temáticos, que fornecieron los significados: *“Verdaderamente abrir los ojos”*: viendo la posibilidad de la quemadura, *“Acá dentro no!”*: el ejercicio de control dentro de la casa, y *“Una cuestión de cultura de la típica manera brasileña”*: partiendo del *“accidente que ocurrió”* para el *“cambio de hábito”*. Los significados fueron explicados mediante el concepto antropológico de la vulnerabilidad. El proceso de prevención de quemaduras en el ambiente doméstico es muy amplio y necesita del involucramiento de diversos sectores públicos, y también de la concientización de la comunidad para esta temática. Solamente con la interconexión de todos es que será posible, poco a poco, producir un cambio cultural de hábitos con vistas a la reducción de las vulnerabilidades personal, social y programática de niños y sus familias para las quemaduras, fortaleciendo, individual y colectivamente, los niños y sus familiares.

Descriptorios: Quemaduras. Prevención de accidentes. Niño. Familia. Enfermería.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E DIAGRAMA

Quadro 1 - Dimensão epidemiológica da queimadura	25
Tabela 1 - Hospitalizações para tratamento agudo das queimaduras em crianças e adolescentes no CTQ do HCFMRP-USP, segundo mês e ano, Ribeirão Preto, de 2005 a 2010	35
Tabela 2 - Hospitalizações para tratamento agudo de queimaduras de crianças e adolescentes no CTQ do HCFMRP-USP segundo o agente da queimadura e superfície corporal queimada, Ribeirão Preto, de 2005 a 2010	36
Tabela 3 - Hospitalizações para tratamento agudo de queimaduras de crianças e adolescentes no CTQ do HCFMRP-USP por sexo e faixa etária (em anos), segundo o agente da queimadura, Ribeirão Preto, de 2005 a 2010	37
Quadro 2 - Síntese das principais informações que caracterizam o trabalho de campo	58
Diagrama 1 - Mapa dos sentidos	63
Diagrama 2 - Mapa dos significados	64
Quadro 3 - Caracterização das famílias participantes do estudo	88
Quadro 4 - Identificação e caracterização dos elementos das imagens fotografadas pelas crianças participantes da pesquisa	104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Local do acidente, detalhe das marcas de plástico da bola que estourou ao tocar o fogo. Família da Bruna. Autor: Pesquisadora	73
Figura 2 - Local do acidente. Detalhe do vão onde a criança improvisou um “fogãozinho”. Família da Camila. Autor: Camila	76
Figura 3 - Local próximo ao acidente. Detalhe da linha do trem. Família da Camila. Autor: Pesquisadora	76
Figura 4 - Local ao lado do acidente. Detalhe para onde a criança utilizou água e lama para apagar o fogo e do terreno irregular, com mato e pedras, em uma das quais a criança tropeçou e caiu sobre o fogo. Família da Camila. Autor: Camila	76
Figura 5 - Local do acidente. Detalhe do forro da cadeira queimado pelo fogo do lampião. Família do Eduardo. Autor: Eduardo	82
Figura 6 - Local acima do acidente. Detalhe das marcas da explosão do botijão de gás no teto da cozinha. Família do Eduardo. Autor: Eduardo	82
Figura 7 - Local do acidente. Detalhe do fogão baixo. Família do Felipe. Autor: Felipe	85
Figura 8 - Local do acidente. Detalhe da boca do fogão, a qual tinha a panela que a criança derrubou. Foto tirada da altura dos olhos da criança. Família do Felipe. Autor: Felipe	85
Figura 9 - Elemento: fios expostos. Autor: Eduardo	105
Figura 10 - Elemento: tomada. Autor: Eduardo	105
Figura 11 - Elementos: botijão de gás, fogão e panela. Autor: Camila	105

Figura 12 - Elemento: televisão. Autor: Daniel	105
Figura 13 - Elemento: colcha. Autor: Daniel	106
Figura 14 - Elemento: roupas. Autor: irmão do Daniel	106
Figura 15 - Elemento: acetona. Autor: Camila	108
Figura 16 - Elemento: fios interligados por um “T”. Autor: Eduardo	109
Figura 17. Elemento: tomada e fio exposto. Autor: Eduardo	109
Figura 18 - Detalhe da tomada arrumada. Autor: Eduardo	110
Figura 19 - Detalhe da tomada danificada. Autor: Eduardo	111
Figura 20 - Detalhe da mesma tomada, agora inutilizada. Autor: Eduardo	111
Figura 21 - Elemento: planta. Autor: irmão do Daniel	111

LISTA DE SIGLAS

ABA	<i>American Burn Association</i>
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BIS	<i>Burn Information System</i>
BO	Boletim de Ocorrência Policial
CAT	Comunicação de Acidentes do Trabalho
CDC	<i>Centers for Diseases Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10 ^a Revisão
CTQ	Centro de Tratamento de Queimaduras
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FAEPA	Fundação de Apoio, Ensino e Assistência
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
NCHS	<i>National Center for Health Statistics</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Queimaduras: panorama geral	19
1.2. Prevenção de queimaduras: revisão da literatura	24
1.3. Perfil do Centro de Tratamento de Queimaduras do HCFMRP-USP	33
2. JUSTIFICATIVA	42
3. OBJETIVOS	44
3. 1. Objetivo geral	45
3.2. Objetivos específicos	45
4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	46
4.1. Escolha da abordagem	47
4.2. Antropologia Interpretativa	47
4.3. Etnografia	49
4.4. Contexto social do estudo	53
4.5. Trabalho de campo	54
4.6. Considerações éticas	60
4.7. Análise dos dados	61
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
5. 1. Apresentação das famílias	67
5. 1. 1. Família do André	67
5. 1. 2. Família da Bruna	69
5. 1. 3. Família da Camila	73
5. 1. 4. Família do Daniel	76
5. 1. 5. Família do Eduardo	79
5. 1. 6. Família do Felipe	82
5.2. Apresentação dos sentidos	89
5.2.1. Unidade de sentido 1: Explicação para a ocorrência da queimadura ..	90
a) Contexto socioeconômico desfavorecido	90
b) Questões dos mundos adulto e infantil	92

c) Mau uso do álcool líquido	99
5.2.2. Unidade de sentido 2: Identificação do perigo	100
a) Do fogo e do álcool	100
b) Dentro de casa	102
5.2.3. Unidade de sentido 3: Prevenção de queimaduras	113
a) Prevenção da queimadura: o que poderia ter sido diferente na minha família	113
b) Prevenção de queimaduras: o que precisa ser feito no âmbito coletivo	118
c) Prevenção de queimaduras: ações imediatas para amenizar a gravidade da lesão	124
5.2.4. Unidade de sentido 4: Repercussões da queimadura	128
a) Consequências da queimadura	129
b) Ações após o evento da queimadura	133
5.3. Apresentação dos significados: um olhar a partir da vulnerabilidade ...	142
5.3.1. Núcleo temático 1: <i>“Abrir o olho de verdade”</i> : enxergando a possibilidade da queimadura	143
5.3.2. Núcleo temático 2: <i>“Aqui dentro, não!”</i> : o exercício do controle dentro de casa	147
5.3.3. Núcleo temático 3: <i>“Uma questão de cultura do jeitinho brasileiro”</i> : partindo do <i>“acidente que aconteceu”</i> para a <i>“mudança de hábito”</i>	152
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICES	184
Apêndice A - Roteiro para a coleta de dados	185
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (familiares)	186
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (criança e responsável)	188
Apêndice D - Termo de autorização para divulgação de imagem	190
ANEXOS	191
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética da instituição proponente	192
Anexo B – Carta de concordância da instituição coparticipante	193

Apresentação

Ingressei na pós-graduação, nível Mestrado, logo após terminar o Bacharelado em Enfermagem. Optei por me aproximar da área acadêmica precocemente, mas também considerava que para ser, futuramente, uma boa docente e pesquisadora, seria essencial ter experiência na área assistencial.

Na época do ingresso no Mestrado, eu não tinha experiência na área da assistência nem na acadêmica. Assim, escolhi me inserir em um dos projetos da linha de pesquisa da minha orientadora, a Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento, e me aprofundi nas questões relativas ao apoio social às famílias de crianças com câncer. Durante um período do mestrado, antes de ser contemplada com uma bolsa, trabalhei em um pronto-socorro e tive meu primeiro contato com a área de urgência e emergência. Ao exercer as duas atividades, despertou em mim o desejo de pesquisar algo relacionado à minha prática profissional. Decidi então que, no Doutorado, eu iria construir um projeto de pesquisa ligado à área em que eu estivesse atuando assistencialmente, já que não desejava me desligar das atividades assistenciais e me dedicar somente à pesquisa.

No mesmo dia em que defendi minha dissertação de mestrado, recebi a convocação do concurso público da Fundação de Apoio, Ensino e Assistência (FAEPA) e fui chamada para trabalhar no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e lá fiquei por dois anos. Quando decidi dar continuidade aos meus estudos, escrevi um projeto que abordava as experiências das famílias que possuíam uma criança internada naquele local. Fui aprovada no processo seletivo do Doutorado com tal projeto. Porém, dois meses depois da aprovação, recebi outra convocação, dessa vez do concurso público do governo do estado de São Paulo, e mudei de setor, ingressando no Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) do HCFMRP-USP. Como eu tinha a vontade de aliar minha pesquisa ao meu local de trabalho, decidi mudar meu projeto. Entretanto, eu precisava buscar mais conhecimentos sobre a temática das queimaduras para melhor estabelecer e delimitar o meu objeto de estudo.

Passei, então, a olhar para tudo dentro do Centro de Tratamento de Queimaduras com olhos de pesquisadora, a fim de encontrar um tema para meu projeto, e me inquietei com o fato de saber que a maioria dos acidentes que ocorriam com as crianças poderia ser evitada e que os familiares, por mais que verbalizassem o que deveria ter sido feito para prevenir a queimadura, não aplicavam tal atitude. Somado a isso, verifiquei que há poucos esforços para a realização de campanhas preventivas no Brasil e que, na maioria das vezes, não parece ser a falta de informação a razão para não prevenir os acidentes, e provavelmente, há questões

culturais que influenciam neste processo. Por estas razões, decidi realizar um estudo etnográfico para abordar a questão da prevenção de queimaduras de crianças em ambiente doméstico. Todas as etapas vivenciadas ao longo desses 45 meses do doutorado, desde a escolha das disciplinas, o desenvolvimento do estudo, até a sua conclusão foram realizadas com o intuito de aprofundar-me em meu objeto de pesquisa, além da continuidade da minha formação como pesquisadora e futura docente. Sendo assim, esta pesquisa objetivou interpretar as experiências atribuídas por crianças vítimas de queimaduras e seus familiares acerca do processo de prevenção desta injúria no ambiente doméstico, evidenciando os sentidos atribuídos por eles a essa realidade, a partir de uma metodologia reflexiva, e os significados dessa experiência, resultantes da nossa interpretação e diálogo com a literatura. A seguir, apresentamos como este estudo foi estruturado, a partir de cinco capítulos.

O Capítulo 1 traz a *Introdução*, que expõe como construímos o nosso objeto de estudo, fundamentado na revisão da literatura, e compreende os seguintes tópicos: o panorama geral das queimaduras; a revisão de literatura acerca da prevenção de queimaduras; e o estudo do perfil epidemiológico de crianças e adolescentes internados para tratamento agudo de queimaduras no CTQ do HCFMRP-USP.

O Capítulo 2 e 3 expõem a proposta do nosso trabalho, contemplando a justificativa e os objetivos da pesquisa. Na sequência, no Capítulo 4, situamos a escolha da abordagem, descrevemos o referencial teórico e o percurso metodológico do estudo, englobando a opção dos contextos sociais do estudo, considerações éticas, o trabalho realizado no campo, e as etapas percorridas durante a análise dos dados.

No Capítulo 5, apresentamos os resultados e a sua discussão, divididos em: apresentação das famílias, quatro unidades de sentido e três núcleos temáticos. Por fim, o Capítulo 6 traz as considerações finais deste estudo, seguidas pelas referências bibliográficas, apêndices e anexos.

1 Introdução

1.1. QUEIMADURAS: PANORAMA GERAL

Os acidentes na infância afetam anualmente muitas crianças, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, configurando-se como um problema de saúde pública. Acidente pode ser definido como um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e manifestado por um dano corporal ou mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Nesta definição, assim como na cultura popular, os acidentes costumam possuir uma conotação de inevitabilidade (SOUZA; BARROSO, 1999).

Uma nova perspectiva acerca do conceito de acidente tem considerado o mesmo como um evento previsível, o qual resulta de uma rápida transferência de energia dinâmica, térmica ou química de um corpo a outro, que pode resultar em danos, e até na morte (BLANK, 1994). A definição utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) é mais coerente com este pensamento, a qual entende acidente como um “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer” (BRASIL, 2003, p. 8). O MS adota o termo acidente devido à sua consagração pelo uso, entretanto, destitui a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada, considerando que tais eventos são previsíveis e passíveis de serem prevenidos, em maior ou menor grau (BRASIL, 2003). Da mesma forma, diversos pesquisadores têm assinalado que os acidentes podem ser controlados e evitados por meio de cuidados físicos, materiais, emocionais e sociais e, por isso, a questão da “acidentalidade” dessas ocorrências torna-se controversa, destacando a necessidade de prevenção das injúrias (SOUZA; BARROSO, 1999; BLANK, 1994).

Os acidentes e as violências, também conhecidas como causas externas de morbimortalidade, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10^a Revisão (CID-10), são constituídos pelos acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, outras violências, intoxicações, acidentes de trabalho, queimaduras, quedas, afogamentos, entre outros, e por aquelas causas externas não especificadas se acidentais ou intencionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Pesquisas nacionais e internacionais demonstraram que cerca de 45% dos acidentes acontecem no ambiente domiciliar, colaborando para elevar significativamente as taxas de morbimortalidade infantil (ACKER, 2003; PORDEUS; FRAGA; FACÓ, 2003). Dados recentes acerca da epidemiologia das causas externas do Brasil, referente ao período de 2000 a 2009, mostraram que queimaduras e afogamentos são a primeira causa de morte entre as crianças (BRASIL, 2010).

Em todo o mundo, no ano de 2004, aproximadamente 96.000 pessoas com menos de 20 anos morreram por causa de queimaduras (PEDEN et al., 2008). Nos Estados Unidos da América (EUA), anualmente, as queimaduras geram quase 500.000 ocorrências em serviços de emergência e ambulatoriais e 40.000 hospitalizações (AMERICAN BURN ASSOCIATION, 2011a). No Brasil, ocorrem, por ano, cerca de um milhão de queimaduras, sendo 300.000 com crianças de zero a 12 anos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002). Infelizmente, os dados brasileiros são aproximados, visto que não temos um sistema nacional de notificação das queimaduras no país. É necessário acessar diversas fontes para a obtenção de informações, que nem sempre são fidedignas. As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são o Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN); a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do MS (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) (BRASIL, 2003). Todas essas fontes de informações apresentam limitações.

Devido ao crescimento dos acidentes e violências, à inconsistência dos dados e à ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos, somente nos últimos anos algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação têm sido organizadas, buscando mais integração, agilidade e atualização dos dados epidemiológicos destes eventos (BRASIL, 2003). Nesta perspectiva, em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de viabilizar a aquisição de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes (VIVA, s.d.).

O VIVA possui dois componentes: o VIVA Contínuo, que faz a vigilância das violências sexual, doméstica e de outras violências interpessoais em serviços de referência; e o VIVA Inquérito, o qual é responsável pela vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (GAWRYSZEWSKI et al., 2007). Inicialmente, o VIVA Contínuo foi implantado em serviços de referência para violências e, a partir de 2009, os dados passaram a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o que pode permitir a universalização da vigilância contínua, garantindo a sustentabilidade da notificação de violências (BRASIL, 2010). O VIVA Inquérito trata-se de um estudo transversal, cujo objetivo principal é caracterizar as vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços selecionados de urgência e emergência (serviços sentinelas), num período de trinta dias. No início, foi realizado anualmente (2006 e 2007), e a partir de 2007, passou a ter frequência

bianual (BRASIL, 2010). É um recurso de monitorização epidemiológica complementar às informações do SIM/MS e do SIH/SUS (BRASIL, 2010), e assim como estes, também apresenta suas limitações. Por ser um sistema de vigilância baseado em serviços sentinela, os dados não são representativos do município e do estado, dificultando a sua generalização e construção das taxas (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

No âmbito das queimaduras, em uma tentativa de sistematizar as informações referentes ao atendimento de pacientes vítimas de queimaduras, a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ) adotou o software de gerenciamento de atendimento e estatística *Burn Information System* (BIS) - versão 0,98 beta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS, 2008). Trata-se de um amplo sistema de organização dos dados das queimaduras, mas está em fase inicial de implantação, não contemplando, ainda, o nível nacional. De acordo com Dr. Luiz Philipe Molina Vana, presidente da SBQ - Regional SP e idealizador do BIS, a distribuição do programa teve início em 2009, mas apenas cinco CTQs, localizados no estado de São Paulo (SP), estão fazendo uso dele atualmente. Há uma perspectiva de que a Secretaria da Saúde do Estado de SP adquira mais programas e os distribua para todas as CTQs do estado, porém, até o momento, isto não foi oficializado.

Nos EUA, as estatísticas são mais organizadas, devido, principalmente, aos dados do *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC), uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, que tem como objetivo proteger a saúde e promover a qualidade de vida da população por meio da prevenção e controle de doenças, injúrias e incapacidades. Dentre os diversos centros que compõem o CDC, dois deles fornecem informações acerca dos acidentes, e em especial, das queimaduras: o Centro Nacional para Prevenção e Controle das Injúrias (*National Center for Injury Prevention and Control*) e o Centro Nacional para Estatísticas da Saúde (*National Center for Health Statistics - NCHS*). Com relação às queimaduras, estes dois centros utilizam o programa WISQARS, o qual é um banco de dados, interativo e *online*, que fornece informações sobre injúrias fatais e não fatais, morte violenta e dados sobre os custos das injúrias; e o banco de dados do NCHS, fornece dados sobre as injúrias provenientes de vários levantamentos e sistemas de coleta de dados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, s. d).

Além do CDC, também há a *American Burn Association* (ABA), que se dedica a melhorar a vida de vítimas de queimaduras, por meio de assistência ao paciente, educação e pesquisa. A ABA publica, anualmente, um relatório com dados de etiologia, incidência e resultados dos centros de queimaduras dos EUA e Canadá. Estas informações provêm de uma base de dados nacional de queimaduras, criada há mais de 40 anos, mas que também tem suas

limitações, tais quais: detalhes técnicos, linguagens de codificação e operabilidade. Apesar de alguns dados não serem expressos em sua totalidade, o relatório anual revela quais variáveis estão faltando, qual o grau de confiabilidade da variável e como conseguiram melhorar os resultados de um ano para o outro. Desta forma, buscam aprimorar a qualidade dos dados (AMERICAN BURN ASSOCIATION, 2011b).

Independente de termos ou não dados concretos acerca dos acidentes, não se pode negar que os mesmos geram gastos financeiros e desencadeiam diversas consequências psicológicas e sociais ao acidentado e à sua família (HARADA et al., 2000). Quando a vítima é uma criança, dependendo da gravidade do acidente, em especial a queimadura, esta pode ter prejuízo psíquico, dificuldade de crescimento ósseo, reabilitação demorada e perdas funcionais (MARTINS; ANDRADE, 2007; PAES; GASPAR, 2005). Associado às alterações fisiológicas e psicológicas dramáticas está o impacto do ônus financeiro gerado ao sistema de saúde (VARELA et. al, 2009). Desta forma, as queimaduras na infância compõem importante causa de atendimento hospitalar e internação, e têm como consequência sequelas físicas e emocionais relevantes (VARELA et. al, 2009; MARTINS; ANDRADE, 2007).

Estimativas mostram que, para cada morte, outras quatro crianças ficam com sequelas permanentes que irão ocasionar, provavelmente, consequências emocionais, sociais e financeiras a essa família e à sociedade (VARELA et. al, 2009). Dados recentes do MS apontam que 27% dos acidentes com queimaduras têm como vítimas crianças menores de nove anos e, também, que 91,6% dos acidentes acontecem em casa (AGÊNCIA BRASILEIRA DE NOTÍCIAS, 2009). Como explicação para esse panorama, tem-se que a criança passa a maior parte do seu tempo no domicílio e, neste ambiente doméstico, ela pode se expor aos principais agentes causadores das queimaduras pediátricas, tais como manipulação de líquidos superaquecidos, produtos químicos e/ou inflamáveis, metais aquecidos, uso de fogões improvisados, permanência na cozinha, tomadas elétricas, fios desencapados e bombas festivas (OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009; VIANA et al., 2009; ROSSI et al., 2003; BICHO; PIRES, 2002).

A causa mais comum de queimaduras pediátricas, independente do país e situação socioeconômica, é o contato com líquidos quentes (escaldadura) e, em segundo lugar, a chama direta (PARBHOO; LOUW; GRIMMER-SOMERS, 2010). Estudo revelou que, no Brasil, a chama direta, tendo o álcool como agente etiológico, é um dos principais causadores de queimaduras no ambiente doméstico e ocorre, principalmente, nas áreas externas da casa (ROSSI et al., 1998). Além disso, diversos estudos apontam que as queimaduras acometem mais crianças menores de cinco anos (MALTA et al., 2009; OLIVEIRA; FERREIRA;

CARMONA, 2009; VIANA et al., 2009; BICHO; PIRES, 2002) e do sexo masculino (DASSIE; ALVES, 2011; MALTA et al., 2009; OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009; VIANA et al., 2009; CAVALCANTI et al., 2008; MARTINS; ANDRADE, 2007), numa proporção de 60 a 70% dos casos, em comparação com o sexo feminino (DASSIE; ALVES, 2011; OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009). Tal fato pode estar relacionado aos fatores culturais e os diferentes comportamentos entre os sexos, visto que os meninos costumam explorar mais o meio ambiente e a desenvolver atividades de risco e, assim, apresentam maior predisposição aos acidentes; e em contraposição, as meninas costumam ser mais vigilantes (VIANA et al., 2009; FILÓCOMO et al., 2002; MARTINS; ANDRADE, 2007; MARTINS; ANDRADE, 2005).

Diversos fatores influenciam na ocorrência de acidentes domésticos com crianças, tais como idade, gênero, desvantagem socioeconômica, tipo e tamanho da família, nível educacional e idade maternos, local de residência (KENDRICK et al., 2013), falta de atenção, riscos domésticos, características típicas do desenvolvimento infantil (PICKETT et al., 2003), dentre outros. As crianças necessitam de supervisão constante, entretanto, muitos responsáveis não têm se preocupado em protegê-las dos riscos quanto a queimaduras (VENDRUSCULO et. al, 2010). Estudo demonstrou que falta conhecimento dos cuidadores com relação aos aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil e, em muitas vezes, os responsáveis consideram que as crianças deveriam apresentar discernimento e competência apropriados para se protegerem dos acidentes (OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009). Alguns cuidadores assumiram sua responsabilidade enquanto protetores da criança, entretanto, relacionavam a ocorrência do acidente a outros problemas familiares, e não ao desenvolvimento infantil e à necessidade de supervisão e orientação por parte deles (OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009). Muitas vezes, a criança está acompanhada de algum adulto no momento do acidente, tais como os pais, amigos ou professores (FILÓCOMO et al., 2002), entretanto, isso não impede a ocorrência da queimadura. Se os adultos estivessem mais atentos à pessoa que precisa de cuidados, protegendo-a nas várias situações que constituem fatores de risco, muitos acidentes poderiam ser potencialmente previstos e evitados (VENDRUSCULO et. al, 2010).

O fato de as queimaduras ocorrerem, principalmente, em casa revela a importância de se realizar pesquisas que enfoquem o ambiente doméstico e um trabalho de prevenção com a família. É necessário que os familiares saibam reconhecer os fatores de risco em potencial que podem estar presentes neste ambiente e passem a desempenhar comportamentos preventivos acerca dos acidentes, em especial, as queimaduras. Há estudos epidemiológicos

que traçaram aspectos que influenciam a ocorrência das queimaduras, tais como: conjunturas do acidente, local do evento e presença ou não do responsável na ocasião da queimadura (ROSSI et al., 1998); ausência de água encanada, aglomeração de pessoas em um mesmo ambiente familiar e baixos salários (DELGADO et al., 2002), entre outros. Entretanto, poucas pesquisas focalizam a perspectiva dos pais ou responsáveis pela vítima sobre os possíveis aspectos que podem ter levado à ocorrência do acidente (ROSSI et al., 2003). Faz-se necessária a implementação de programas educativos visando à prevenção de queimaduras e ao desenvolvimento de novas pesquisas que identifiquem fatores envolvidos nesse processo, além dos epidemiológicos já estudados, tais como os aspectos culturais, visto que a cultura influencia as ações, crenças e comportamentos dos indivíduos dentro de uma sociedade.

O MS desenvolveu uma política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (BRASIL, 2003), a qual prioriza as medidas preventivas, incluindo desde as ações inerentes à promoção da saúde e também as voltadas para evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, visando a impedir as sequelas e as mortes (BRASIL, 2003). Neste sentido, instituiu-se uma série de diretrizes a serem seguidas e, dentre as relativas ao desenvolvimento de pesquisas, estabeleceu-se que deveria haver estudos de cunho socioantropológico para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins a esta temática (BRASIL, 2003). Entretanto, apesar da criação desta política há 10 anos, especialistas da área, que participaram de um ciclo de debates sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e da Audiência Pública da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, no ano de 2010, ainda apontaram e solicitaram prioridade para a prevenção de queimaduras e ressaltaram a necessidade da construção de uma política específica para prevenção de queimaduras, inexistente atualmente (TEIXEIRA; BRASIL, 2010).

1.2. PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS: REVISÃO DA LITERATURA

Com relação às queimaduras, é possível apontar-lhes causa, origem e determinantes epidemiológicos como com qualquer outra doença, e, concluir-se, portanto, que podem ser evitadas e controladas (WAKSMAN; BLANK; GIKAS, 2007). Para refletir sobre os aspectos da prevenção, as queimaduras podem ser vistas sob o conceito da epidemiologia dos acidentes

e serem estudadas a partir do modelo agente-hospedeiro-ambiente (WAKSMAN; BLANK; GIKAS, 2007). Assim, a vítima seria o hospedeiro; o agente patogênico, a energia (térmica, elétrica, química, etc); e os vetores são os objetos (fios elétricos, painéis, churrasqueiras, etc.) ou elementos naturais, como o fogo, que possibilitam a liberação de energia sobre a vítima. O meio ambiente, com seus fatores biopsicossociais, também interage com os vetores e o hospedeiro, e se o equilíbrio entre eles for desfeito, a lesão física ocorre (WAKSMAN; BLANK; GIKAS, 2007). Sob esta perspectiva, para a redução da morbimortalidade, a prevenção deve ser aplicada em três fases: primária, por meio de campanhas preventivas e modificações do ambiente físico; secundária, pelos atendimentos pré e intra-hospitalares adequados; e terciária, com uma reabilitação planejada e precoce (WAKSMAN; BLANK; GIKAS, 2007; HADDON, 1980) (Quadro 1).

Fases	Hospedeiro	Agente	Ambiente Físico	Ambiente socioeconômico
Primária (pré-acidente)	Campanhas de prevenção	Reduzir a quantidade	Separar agente da vítima	Modificações ambientais
Secundária (acidente)	Estabilizar e reparar	Diminuir a liberação de energia	Afastar outros agentes	Disponibilidade de barreiras ou proteções
Terciária (pós-acidente)	Reabilitar		Centros de Trauma	Suporte e treinamento de atendimento de emergência

Quadro 1 - Dimensão epidemiológica da queimadura

A visão epidemiológica está entre os principais saberes instrutores das tecnologias de atenção à saúde, desde a prevenção e promoção da saúde, até o tratamento e recuperação de agravos (AYRES, 2009). Entretanto, para melhor compreensão do processo, é preciso também incluir saberes mediadores, ou seja, dialogar com as diferentes disciplinas interessadas na saúde, buscando uma fusão de horizontes e uma contribuição para a solução concreta dos problemas práticos (AYRES, 2009). Neste sentido, se extrapolarmos a visão deste modelo epidemiológico apresentado, é possível verificar que aspectos antropológicos, tais como a vulnerabilidade, os hábitos culturais e a educação, os quais estão ligados ao hospedeiro, além do contexto socioeconômico, também influenciam no desfecho das queimaduras.

Os conceitos de vulnerabilidade e risco possuem relação entre si (VILLAGRÁN DE LEÓN, 2006). Risco é a probabilidade de ocorrência de um dado evento danoso, sob condições específicas. Duas predisposições precedem e influenciam o evento: a probabilidade

de ocorrência de um fato gerador, o qual comumente é denominado de perigo; e uma vulnerabilidade pré-existente, que é a pré-disposição das pessoas, processos, infraestrutura, serviços, organizações ou sistemas de serem afetados pelo evento. O risco é diretamente proporcional não só à “possibilidade de perigo”, mas também à vulnerabilidade (VILLAGRÁN DE LEÓN, 2006).

Existem diversos estudos que descrevem a etiologia e os fatores de risco de queimaduras nos países em desenvolvimento (RAZZAK et al, 2004; DELGADO et al, 2002; FADAAK, 2002; LALOE, 2002; LARI et al., 2002; RAVEENDRAN, 2002; GHOSH; BHARAT, 2000), no entanto, há poucos relatos de programas de prevenção de queimaduras implementado nesses países (GHOSH; BHARAT, 2000). Mesmo em países desenvolvidos, as pesquisas revelam o potencial da prevenção de injúrias das crianças, mas apenas alguns estudos deram provas da eficácia dos programas (KENDRICK et al., 2007; TURNER et al., 2004). Assim, ainda há pouco debate sobre o fato de que a melhor forma de tratamento é a prevenção das queimaduras (BURD, 2003) e pouca evidência meta-analítica de que as intervenções de segurança no ambiente doméstico para crianças reduzam as taxas de lesão ou melhorem as práticas de segurança (KENDRICK et al., 2013). Pesquisas sobre intervenções que tenham o objetivo de diminuir as incidências dos acidentes no ambiente doméstico são necessárias (KENDRICK et al., 2007; TURNER et al., 2004).

A prevenção pode ser passiva ou ativa. A primeira refere-se às medidas que não requerem ação humana para manter a segurança do indivíduo, enquanto que a segunda necessita desta ação para implementação das medidas de segurança (PRESSLEY et al., 2005; SIMPSON; NICHOLLS, 2012). Um programa de prevenção de queimaduras mais efetivo é composto da mistura das intervenções ativa e passiva (JETTEN; CHAMANIA; TULDER, 2011; SIMPSON; NICHOLLS, 2012). As intervenções passivas são aquelas que promovem mudanças no ambiente, tal como uma barreira física que impeça as crianças de adentrarem na cozinha (JETTEN; CHAMANIA; TULDER, 2011). Já a intervenção ativa ocorre quando a atividade humana interage com o ambiente físico e social (SIMPSON; NICHOLLS, 2012), como por exemplo, a atividade educativa (JETTEN; CHAMANIA; TULDER, 2011). É preciso investir em ambos constantemente, porém a questão educativa, particularmente, demanda mais empenho (TSE et al., 2006), principalmente porque a prevenção de queimaduras leva tempo, e o comportamento não muda da noite para o dia (GIELEN; SLEET, 2003).

Diversos estudos já utilizaram programas de prevenção com intervenções passivas e ativas (JETTEN; CHAMANIA; TULDER, 2011; MASHREKY et al., 2011). Pesquisa

realizada na Índia desenvolveu um programa de prevenção de queimaduras domésticas, com famílias com pelo menos uma criança menor de quatro anos, em duas comunidades de baixa renda e uma comunidade de renda média/alta. O programa consistia de educação, por meio de um filme informativo e instruções verbais complementares, e da distribuição de um cercadinho para bebê ou de uma barreira para colocar na porta de entrada da cozinha. Os resultados mostraram uma diminuição significativa das queimaduras, bem como da frequência de situações perigosas que ocorriam em casa, demonstrando que o programa parece ser um método eficaz na redução de queimaduras de crianças pequenas. No entanto, para afirmar a eficácia do mesmo, os autores sugeriram a realização de um estudo maior, com diferentes momentos de avaliação do programa (JETTEN; CHAMANIA; TULDER, 2011).

Estudo realizado no nordeste da Índia revelou dados sobre 13 anos de um programa preventivo de queimaduras, o qual utilizou a atenção focalizada para sensibilizar a comunidade com programas de prevenção bem estruturados, que incluíam seminários participativos da comunidade; visita a indústrias; uso de mídias impressas e eletrônicas; e palestras e demonstrações nas escolas. Os resultados mostraram: redução de admissão hospitalar e ambulatorial; diminuição da porcentagem da área de superfície corporal queimada; redução significativa de pacientes que fizeram aplicações tópicas inadequadas; a água passou a ser mais utilizada para extinguir o fogo e resfriar as feridas de queimaduras. Ademais, houve evidente melhora da conscientização entre os alunos, pois a maioria dos mesmos apresentou maior pontuação nos pós-testes logo após a atividade educativa e seis meses depois, além da redução de queimaduras entre eles. O conjunto de resultados indicou que o programa de prevenção de queimaduras, multifocalizado e multiestratégico, acarretou um impacto positivo na sociedade (SARMA, 2011).

Em Bangladesh, foi realizada uma pesquisa que desenvolveu uma estratégia de prevenção de queimaduras na infância e, posteriormente, aplicou-a na comunidade a fim de descrever sua aceitação, viabilidade e sustentabilidade. A estratégia foi denominada de “Triplo S”, e consistia de ambiente seguro (*Safe enviroment*), o qual era modificado para eliminar os perigos da queimadura; supervisão (*Supervision*) das crianças por adultos; e desenvolvimento de habilidades (*Skill development*), por meio da educação e treinamento para sensibilização geral da comunidade sobre a prevenção e reabilitação de queimaduras. O programa foi considerado aceitável e viável para a comunidade participante da pesquisa e pode ser utilizado em outros países com semelhantes condições socioculturais (MASHREKY et al., 2011). Achado interessante desta pesquisa foi o estudo prévio realizado para o desenvolvimento da estratégia, considerando fatores de risco e questões socioeconômicas e

culturais. Esta etapa foi relevante porque conseguiu capturar as necessidades da comunidade e favoreceu o sucesso do programa. Ao ouvir os participantes, por exemplo, sugeriu-se que alguns programas de treinamento e educacionais de prevenção deveriam ser desenvolvidos especialmente para os homens e, de preferência, organizados no período da noite, após o retorno do trabalho (MASHREKY et al., 2011).

Para o desenvolvimento adequado de uma campanha de prevenção de queimaduras é preciso conhecer os aspectos que influenciam na sua ocorrência e nas falhas relativas às atitudes preventivas. Estudo desenvolvido no Camboja, com 420 crianças, teve como objetivo determinar o conhecimento de crianças em idade escolar sobre a prevenção e primeiros socorros de queimaduras, por meio de um questionário com 34 questões, a fim de servir de subsídio para formular uma campanha televisiva de prevenção de queimaduras (HSIAO et al., 2007). Os resultados revelaram que, rotineiramente, 64% das crianças eram cuidadas por outras crianças; apenas 52% tinham TV em casa, mas ainda 78% conseguiam assistir à televisão duas horas por dia, em média. Embora 36% dos estudantes indicassem que tinham recebido informações sobre prevenção de queimaduras e primeiros socorros, apenas 13% mencionaram a aplicação de água como tratamento inicial, 7% sabiam que deveriam rolar no chão se suas roupas pegassem fogo, e cerca de 50% jogariam água em recipiente com óleo que tivesse pegando fogo (HSIAO et al., 2007).

Estudo epidemiológico chinês também trouxe resultados semelhantes (TSE et al., 2006). Metade dos alunos indicou que eles não acreditariam numa mensagem da televisão que indicasse a aplicação de água nas queimaduras agudas e, como razões para justificar tal fato, relataram a influência dos pais, a crença em outros tratamentos e a desconfiança de mensagens vinculadas à televisão. Entretanto, 62% destes cééticos mudariam de ideia se a mensagem fosse aprovada por uma figura de autoridade, tal como um médico, um professor, um pai ou um representante do MS (HSIAO et al., 2007). No Brasil, dois estudos revelaram que a televisão tem sido considerada, pelos familiares e pacientes, um dos melhores meios para a veiculação de programas educativos para prevenção de acidentes (ROSSI et al., 2003; ROSSI et al., 1998). Os achados destes estudos demonstram como o contexto sociocultural em que os participantes se encontram influenciou nas ações relativas à prevenção de queimaduras.

A escola e os membros da família também são fontes principais de informação para as crianças e, portanto, uma campanha de prevenção de acidentes domésticos também deve explorar estes grupos (GONSALES, 2008; HSIAO et al., 2007; ROSSI et al., 2003). Estudo quase experimental, realizado na Suécia, investigou até que ponto a informação individual

dada às mães poderia melhorar as precauções tomadas por elas para evitar escaldaduras e outras queimaduras envolvendo crianças pequenas em casa (CARLSSON et al., 2006). Os resultados revelaram que a intervenção teve um impacto significativo na melhoria das precauções que as mães introduziram para proteger seus filhos contra as queimaduras em casa e, ainda, em relação ao grupo controle. A realização de capacitações, *workshops* e visitas domiciliares visando a aumentar a consciência e o conhecimento das mães, com foco nas suas necessidades, em seus saberes prévios e na vontade da mãe sobre a prevenção de acidentes da criança, parece ter tido um impacto na sua motivação para tomar as precauções necessárias (CARLSSON et al., 2006). Este estudo foi realizado com mães que viviam em locais com baixo nível de ensino (CARLSSON et al., 2006), porém, em uma outra pesquisa, a maioria dos pais de crianças que sofreram queimaduras tinha completado a educação secundária (TSE et al., 2006). Podem ocorrer equívocos se for considerado que as queimaduras acontecem apenas em residências que possuem pais menos escolarizados (TSE et al., 2006).

No Brasil, em Ribeirão Preto/SP, foi desenvolvido um estudo quantitativo com objetivo de investigar os meios de prevenção de queimaduras identificados por pacientes vítimas de queimaduras e por seus familiares. Os resultados revelaram que 19% dos entrevistados consideraram que o acidente não poderia ser evitado e, dentre aqueles que avaliaram que a prevenção poderia ocorrer, alguns sinalizaram que tal fato dependeria de outras pessoas, como por exemplo, dos fabricantes de produtos e equipamentos. Além disso, 44% dos participantes não identificaram as situações de risco que podem ocorrer no ambiente doméstico ou de trabalho (ROSSI et al., 2003). Este estudo reforça a necessidade da implementação de programas educativos, com a finalidade de orientar sobre as possíveis medidas de prevenção e fatores de risco para queimaduras, principalmente em ambiente doméstico (ROSSI et al., 2003), afinal, apesar da maioria das queimaduras ser passível de prevenção, em grande parte dos casos, os resultados desta pesquisa mostraram que nem todos possuem esse discernimento. Se esta premissa não for conhecida por grande parte da população, obviamente, a preocupação em realizar atitudes preventivas também não ocorrerá.

Outro estudo brasileiro analisou o potencial informativo de uma ação educativa com 37 responsáveis por crianças hospitalizadas, com idade entre dois meses e 14 anos e sete meses (GIMENIZ-PASCHOAL et al., 2007). Durante a internação da criança, foi entregue um folheto sobre queimaduras infantis e realizadas explicações verbais sobre o mesmo. A avaliação foi feita por meio da comparação dos dados das entrevistas antes e depois da intervenção. A ação educativa revelou-se como bom potencial informativo, visto que ocorreu um aumento no percentual de respostas corretas relativas a todos os aspectos abordados no

folheto (GIMENIZ-PASCHOAL et al., 2007). Neste estudo, 89% dos participantes afirmaram ser possível evitar a queimadura antes de a informação lhes ser oferecida; e, posteriormente à ação educativa, este número aumentou para 97%. Pesquisa semelhante foi desenvolvida por Pereira (2007), o qual realizou uma ação educativa com 40 cuidadores de crianças menores de quatro anos, com objetivo de ampliar o conhecimento sobre os riscos ambientais e medidas preventivas de queimaduras. Foi feita uma primeira entrevista com os grupos de intervenção e de controle; depois, foi entregue um folheto explicativo sobre queimaduras infantis aos cuidadores do grupo de intervenção, e um folheto sobre outro assunto não relacionado a acidentes para o grupo controle; e por fim, realizou-se outra entrevista com todos os participantes. Apesar de variações inconsistentes na frequência de respostas em ambos os grupos, o grupo de intervenção relatou mais indicações de riscos e medidas de prevenção do que o grupo controle; e 72,3% dos cuidadores do grupo de intervenção reportaram mudanças de comportamento no segundo momento da entrevista (PEREIRA, 2007).

Os resultados de Gimenez-Paschoal et al. (2007) e de Pereira (2007) indicaram maior reconhecimento das atitudes de prevenção que a pesquisa de Rossi (2003), citada anteriormente. Tal fato demonstra que não há uniformidade sobre o conhecimento acerca da prevenção das queimaduras em âmbito nacional, e é preciso levantar as diversas realidades e necessidades da população para se realizar uma campanha educativa adequada. É necessário, também, que haja diálogo entre os participantes da atividade, envolvendo todos na ação educativa (BRASIL, 2002). A comunidade deve participar de todas as etapas da tarefa, pois desta forma, o trabalho é realizado com a população, e não para a população (HARADA, 2003).

Entretanto, no Brasil, programas de prevenção de acidentes são escassos (ROSSI et al., 2003), bem como a literatura acerca da aplicação e avaliação de estratégias educativas para a prevenção de acidentes infantis (GIMENIZ-PASCHOAL, 2007). Estudo buscou identificar as ações de prevenção dos acidentes e violências realizadas pelo setor público, por meio de um levantamento de dados junto às seis Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza-CE, Brasil, durante o período de outubro e novembro de 2001 (PORDEUS; FRAGA; FACÓ, 2003). Em uma Secretaria, não era realizada atividade dessa natureza; nas outras, ocorriam campanhas educativas relacionadas à prevenção do uso de álcool e drogas ilícitas, violência e acidentes domésticos e delinquência infantil. Entretanto, as ações eram pontuais e não exercidas como políticas de saúde, e somente uma secretaria realizava parceria com outros setores, tais como educação e ação social, como preconizado pelo MS (PORDEUS; FRAGA; FACÓ, 2003). Numa outra pesquisa, que traçou o perfil de

serviços de atendimento às vítimas de violência em cinco capitais brasileiras, os resultados mostraram pouco investimento em prevenção, necessidade de capacitação dos profissionais e de maior articulação inter e intra-institucional e entre os serviços de atendimento pré-hospitalar e de emergência (DESLANDES et al., 2006).

A prevenção de acidentes é uma tarefa essencialmente educativa e de formação, mas que também deve integrar outras áreas, tais como a engenharia, *design*, tecnologia, segurança ambiental, e formulações legislativas e judiciais que permitam propor e obter mudanças de comportamento, antecipar e identificar situações de risco, reconhecer ambientes perigosos, garantindo, assim, a proteção das vítimas, que nem sempre são capazes de reconhecer os riscos à sua saúde e integridade (ROMERO, 2007). Entretanto, como já mencionado, a prevenção vai além do momento anterior à queimadura. Caso a injúria esteja estabelecida, também devem ser feitas as prevenções secundária e terciária, que visam à redução de sequelas, tanto físicas quanto emocionais, a fim de diminuir os danos causados pelas queimaduras e proporcionar uma melhor qualidade de vida à vítima. Tais medidas preventivas devem ter início no tratamento agudo das queimaduras, objetivando inicialmente a estabilização clínica e, posteriormente, durante o tratamento, é necessário ter como foco a reabilitação do paciente e a prevenção, em longo prazo, de problemas como cicatrizes, contraturas e outros que limitam a função física (HERSON et al., 2009).

Os programas de prevenção são aqueles que fornecem mais benefícios às diversas questões de saúde e promovem maior impacto no controle do problema e nas necessidades dos pacientes, principalmente no caso de crianças. Quando as intervenções preventivas acontecem precocemente, há maiores resultados positivos, impedindo a instituição dos danos (OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009). Porém, para o êxito de um programa preventivo, é preciso que o mesmo possua objetivos específicos, disponha de profissionais capacitados, treinados e sensíveis às necessidades dos pacientes, de tal modo que promovam o envolvimento destes e de sua família para colaborar com mudanças comportamentais adequadas (NATION et al., 2003). Também se faz necessário estudar os aspectos culturais que permeiam a população, pois os mesmos influenciam na adoção ou não de atitudes preventivas. Estudo (GIMENIZ-PASCHOAL et al., 2007) revelou que, ao contrário do que mostram diversos estudos epidemiológicos (MALTA et al., 2009; OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009; CAVALCANTI et al., 2008; MARTINS; ANDRADE, 2007), os participantes possuíam a ideia de que as meninas eram mais suscetíveis às queimaduras, pois auxiliavam nas tarefas domésticas e atividades de cozinhar. Alguns pontos de vista prévios dos participantes, amparados por conhecimentos do senso comum, não foram desmitificados

apenas com as informações científicas do material educativo aplicado (GIMENIZ-PASCHOAL et al., 2007), demonstrando o peso que o conhecimento e a prática cultural exercem sobre o indivíduo.

Nos últimos anos, alterações nos padrões culturais, como por exemplo, as mudanças demográficas e dos ambientes domésticos, e o aumento de famílias monoparentais e de domicílios em que diversas gerações convivem, têm introduzido um desafio para promover a segurança do paciente (MICKALIDE; CARR, 2012) a fim de evitar os riscos domésticos, principalmente para as crianças. Os profissionais de saúde necessitam desenvolver um conjunto de habilidades para identificar as questões culturais que permeiam a população a ser atendida, a fim de se tornarem sensíveis a uma diversidade de conhecimentos, atitudes e crenças no ambiente clínico (MICKALIDE; CARR, 2012), pois nem sempre profissionais de saúde e usuários compartilham do mesmo universo cultural.

Estudo de abordagem etnográfica, realizado com profissionais e usuários de um centro de saúde do município de Fortaleza/CE, teve como objetivo conhecer o modelo explicativo popular e o do profissional de saúde acerca das mensagens propagadas por um cartaz de uma campanha de prevenção de doença do MS (OLIVEIRA et al., 2007). Os resultados da pesquisa revelaram divergências entre os dois modelos com relação às reações e emoções despertadas, motivações para agir em função do autocuidado e compreensão da mensagem veiculada pelo cartaz. Enquanto o cartaz foi criticado pelos profissionais, por considerarem pouco atrativo, sem objetividade, incompreensível e com conteúdo insuficiente, por outro lado, os usuários verbalizaram ter compreendido a mensagem e também destacaram questões atuais e políticas sobre o assunto. A discordância dos discursos evidenciou que a compreensão da mensagem de um cartaz é resultado da interação complexa de múltiplos fatores, os quais são influenciados pelas experiências, contexto socioeconômico, sentidos e significados culturais que os indivíduos fornecem do mundo ao seu redor, e por essas razões, o conteúdo das campanhas de saúde deve considerar todos estes fatores, tanto dos profissionais quanto dos usuários (OLIVEIRA et al., 2007).

Outra pesquisa etnográfica, também realizada no município de Fortaleza/CE, buscou identificar a compreensão de três campanhas de comunicação social em saúde. Da mesma forma, os resultados mostraram diferentes interpretações. Uma das campanhas que tratava sobre a queimadura, trazia no cartaz uma imagem de uma criança, que possuía em suas costas diversos desenhos que remetiam à possibilidade de queimadura, como por exemplo, fósforo, álcool e chaleira. Uma das participantes do estudo interpretou as imagens como sendo tatuagens, e outra, confundiu com outra campanha sobre exploração sexual infantil, pois

entendeu que a criança estava desnuda. Campanhas são elaboradas por equipes especializadas que as padronizam e divulgam nos meios de comunicação e que, nem sempre, levam em consideração as distintas realidades socioculturais, supondo que ocorra uma interpretação única da mensagem pela população. Entretanto, as pessoas interpretam as campanhas de acordo com a criatividade humana e popular, modificando a mensagem emitida para algo palpável na realidade do contexto em que vivem (DIÓGENES; NATIONS, 2011).

Não é uma tarefa fácil elaborar campanhas preventivas, pois há uma diversidade de fatores que influenciam nas causas de um agravo à saúde e múltiplas interpretações que os diferentes grupos sociais podem ter acerca das mensagens das campanhas. Ainda sim, cabe ressaltar que a elaboração de campanhas de prevenção geram menos gastos públicos que o tratamento agudo e de reabilitação da vítima de queimadura. Entretanto, manter as crianças seguras requer um esforço contínuo de todos os envolvidos. Atenção continuada para incentivar a mudança de comportamento, distribuir os dispositivos de segurança e melhorar as leis e regulamentos que afetam a segurança das crianças exige uma contribuição direta, multifacetada e consistente entre todas as partes interessadas (MICKALIDE; CARR, 2012), seja a família, a comunidade ou o sistema de saúde. É preciso maior conscientização dos gestores de saúde para dar prioridade às campanhas preventivas, pois com o auxílio das mesmas, poupam-se recursos econômicos que podem ser investidos em outros agravos, colaborando para a melhoria da saúde da população em geral.

1.3. PERFIL DO CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADURAS DO HCFMRP-USP

Para compreender melhor o campo onde a pesquisa foi desenvolvida, além de servir como base para o planejamento de ações voltadas para a promoção de saúde e prevenção das queimaduras de crianças e adolescentes, primeiramente, fez-se necessário conhecer, por meio de um estudo epidemiológico, o perfil das internações decorrentes desses agravos, evidenciando-se as faixas etárias de maior incidência e a etiologia da queimadura.

A epidemiologia é uma área das ciências da saúde que estuda a ocorrência, distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde em uma determinada população, a fim de descrever as condições de saúde investigadas e avaliar o

impacto das ações realizadas para alterar uma determinada situação (ALVES, 2008). A epidemiologia como saber tecnológico, pode ser utilizada como instrumento para a formulação de políticas, planejamento e avaliação em saúde (PAIM, 2003). Estudar as causas e circunstâncias das queimaduras na infância e adolescência pode possibilitar a elaboração de um diagnóstico que contribua para a implementação, execução e avaliação de estratégias efetivas de intervenção de enfermagem a essa população.

Baseado nestes pressupostos, desenvolvemos um estudo descritivo e retrospectivo, de natureza quantitativa, que teve como objetivo descrever o perfil das hospitalizações para tratamento agudo de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras, na faixa etária de zero a 19 anos completos, no CTQ do HCFMRP-USP, no período de 2005 a 2010.

A escolha da faixa etária do estudo foi feita baseada no conceito de criança e adolescente da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a qual criança é toda pessoa com idade inferior a dez anos e adolescente é aquele entre dez e 19 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). As variáveis estudadas foram: número e tempo de hospitalização para tratamento agudo, idade, sexo, etiologia da queimadura e área de superfície corporal queimada (SCQ).

Como fonte de informação, utilizaram-se dados secundários, a partir de um registro sistematizado de controle interno do CTQ, cujo preenchimento estava sob a responsabilidade de um profissional da área administrativa do setor. Ocasionalmente, como alguns dados referentes à SCQ e agente etiológico da queimadura estavam ausentes, recorreremos aos prontuários para colher tais informações. Os dados foram coletados nos meses de setembro a novembro de 2011, os quais foram organizados em planilha do Microsoft Office Excel 2007, validados por dupla digitação e transportados para análise no programa estatístico EpiInfo versão 3.5.3. Foram realizadas análises descritivas de frequência e proporção.

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos (Protocolo CEP/EERP-USP 1214/2010), com dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido, e recebeu a permissão da chefia do CTQ e do Hospital para seu desenvolvimento. Foi preservado o anonimato dos participantes e garantida a responsabilidade e cuidado ético dos pesquisadores no manuseio e guarda das informações coletadas.

Os resultados revelaram que, dos 1568 pacientes internados no CTQ do HCFMRP-USP, de 2005 a 2010, 419 (26.7%) eram crianças e adolescentes. Desses, 204 admissões hospitalares (13%) tiveram como finalidade tratamento agudo e 215 (13.7%) tratamento das sequelas de queimaduras.

A média total das admissões hospitalares de crianças e adolescentes para tratamento agudo foi de 2.8 por mês e 34.0 por ano. No total de anos, os meses com maior número de admissões hospitalares para tratamento agudo foram junho, setembro e dezembro. O ano com maior número de admissões hospitalares para tratamento agudo foi o de 2006 e, o menor, foi o de 2008 (Tabela 1).

Tabela 1 - Hospitalizações para tratamento agudo das queimaduras em crianças e adolescentes no CTQ do HCFMRP-USP, segundo mês e ano, Ribeirão Preto, de 2005 a 2010

Mês	Ano						Total N
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
janeiro	1	1	2	3	2	4	13
fevereiro	4	4	4	1	3	2	18
março	4	2	1	1	2	2	12
abril	-	7	5	2	3	1	18
maio	3	1	2	2	3	3	14
junho	5	9	3	2	1	2	22
julho	2	-	1	4	4	1	12
agosto	4	1	6	4	3	1	19
setembro	5	6	6	1	3	5	26
outubro	2	2	2	2	2	4	14
novembro	3	3	3	1	4	1	15
dezembro	3	4	3	4	1	6	21
Total N	36	40	38	27	31	32	204

O tempo de permanência das admissões hospitalares para tratamento agudo das crianças e adolescentes variou de um a 87 dias, com média de 17 dias (DP=14.9). A porcentagem da SCQ variou de 0.5 a 74.5%, com média de 12% (DP=12.5).

A maioria dos pacientes sofreu queimaduras em menos de 10% da SCQ. A escaldadura foi responsável pelas queimaduras que acometeram até 10% da SCQ; entretanto, as queimaduras mais extensas, que acometeram de 11 a 75% da SCQ, foram causadas pelos líquidos inflamáveis (Tabela 2).

Tabela 2 - Hospitalizações para tratamento agudo de queimaduras de crianças e adolescentes no CTQ do HCFMRP-USP segundo o agente da queimadura e superfície corporal queimada, Ribeirão Preto, de 2005 a 2010

Agente das queimaduras	Superfície Corporal Queimada					Total N (%)
	< 10%	11-25%	26-50%	51-75%	76-100%	
Escaldadura	52	20	6	-	-	78 (38.2)
Líquidos inflamáveis	28	25	12	2	-	67 (32.8)
Superfícies Aquecidas	16	-	-	-	-	16 (7.8)
Chama Direta	8	5	2	1	-	16 (7.8)
Outros químicos	9	5	-	1	-	15 (7.4)
Elétrico	7	-	1	-	-	8 (4)
Químico	1	1	-	-	-	2 (1)
Abrasão	1	1	-	-	-	2 (1)
Total N (%)	122 (60)	57 (28)	21 (10)	4 (2)	-	204 (100)

Sessenta por cento das queimaduras ocorreram em representantes do sexo masculino e acometeram, principalmente, meninos na faixa etária dos zero aos três anos de idade. Os agentes térmicos provocaram 94% (n=192) das queimaduras, os elétricos 4% (n=8), os químicos 1% (n=2) e abrasão 1% (n=2). Dentre os agentes térmicos, a escaldadura foi o principal agente causador (38.2%), provocadas por água (22.1%), óleo (8.8%) e por outros agentes tais como leite, chá, feijão, café e melão de cana (7.3%). Com relação aos líquidos inflamáveis, 27% foram causadas pelo álcool líquido, 4.4% por gasolina e 1.4% por outros (etanol, acetona e óleo diesel).

Considerando a totalidade dos casos, verificou-se que o maior causador das queimaduras na faixa etária de zero aos três anos foi a escaldadura e, dos quatro aos 19 anos, foram os líquidos inflamáveis. Entretanto, ao analisar os dados de acordo com o gênero, verificamos que essa tendência se mantém apenas no sexo masculino. No sexo feminino, o número de casos de queimaduras por escaldadura foi mais frequente em todas as faixas etárias. As meninas entre zero a três anos e de 11 a 16 anos foram as mais acometidas por escaldadura. Nas outras faixas etárias, os líquidos inflamáveis foram os principais responsáveis (Tabela 3).

Tabela 3 - Hospitalizações para tratamento agudo de queimaduras de crianças e adolescentes no CTQ do HCFMRP-USP por sexo e faixa etária (em anos), segundo o agente da queimadura, Ribeirão Preto, de 2005 a 2010

Agente das queimaduras	Idade (anos)				Total N (%)
	0 a 3	4 a 10	11 a 16	17 a 19	
Masculino					
Escaldadura	32	4	1	2	39 (19)
Líquidos inflamáveis	6	20	13	8	47 (23)
Superfícies Aquecidas	7	2	1	3	13 (6)
Chama Direta	3	2	-	3	8 (4)
Outros químicos	3	2	5	-	10 (5)
Elétrico	2	-	1	1	4 (2)
Químico	-	-	-	-	0 (0)
Abrasão	1	-	-	-	1 (0,5)
Feminino					
Escaldadura	22	8	6	3	39 (19)
Líquidos inflamáveis	2	9	3	6	20 (10)
Superfícies Aquecidas	2	1	-	-	3 (2)
Chama Direta	4	3	-	1	8 (4)
Outros químicos	-	1	3	1	5 (2)
Elétrico	2	2	-	-	4 (2)
Químico	-	1	1	-	2 (1)
Abrasão	-	-	1	-	1 (0,5)
Total N (%)	86 (42)	55 (27)	35 (17)	28 (14)	204 (100)

A epidemiologia das lesões por queimaduras varia de um país para outro, ao longo de um determinado tempo, e estão relacionadas às práticas culturais, crises sociais e circunstâncias individuais. Tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, observa-se um grande número de acidentes por queimaduras em crianças com menos de quatro anos e do sexo masculino (ALAGHEHBANDAN et al., 2012; DANILLA, 2008; ALAGHEHBANDAN; ROSSIGNOL; LARI, 2001), achado também presente neste estudo.

Os acidentes por queimaduras em meninos podem ser explicados culturalmente. No Brasil, os meninos são educados de forma a serem mais independentes que as meninas; participam de brincadeiras e atividades de maior risco e demonstram maior impulso para se

arriscar em atividades relacionadas à curiosidade, quando distantes da supervisão de adultos (LACERDA et al., 2010).

Além do aspecto cultural, a ocorrência das queimaduras também pode ser influenciada por características próprias do desenvolvimento infantil, tais como a imaturidade física e mental, a inexperiência e incapacidade para prever e evitar situações de perigo, grande curiosidade, motivação para realizar tarefas, tendências a imitar e repetir comportamentos, falta de preocupação corporal, ignorância, impaciência e incoordenação motora (DEL CIAMPO; RICCO, 1996).

É frequente crianças pequenas puxarem para si recipientes com líquido quente, como as panelas em cima do fogão (DRAGO, 2005) ou permanecerem junto aos pais enquanto eles estão cozinhando (ALAGHEHBANDAN et al., 2012). Essa situação pode explicar a alta incidência da escaldadura, em ambos os sexos, na faixa etária dos zero aos três anos – idade em que houve maior número de queimaduras de acordo com o presente estudo. Entretanto, em relação ao sexo feminino, identificou-se que as escaldaduras foram constantes em todas as faixas etárias. No Brasil, desde cedo, grande parte das meninas aprendem a cozinhar, carregar líquidos quentes e supervisionar crianças mais novas, o que pode ter influenciado no desfecho da queimadura. Essas atividades também requerem habilidades motoras, e as crianças entre 7-14 anos de idade podem não ter a mesma coordenação motora que os adolescentes mais velhos e os adultos, resultando, com mais frequência, no derramamento de líquidos (LOWELL; QUINLAN; GOTTLIEB, 2008).

Em crianças maiores de três anos, pré-adolescentes e adolescentes, em ambos os sexos, foram mais frequentes as queimaduras por líquidos inflamáveis, com maior destaque para o álcool líquido. O uso do álcool líquido se configura como algo que já faz parte da cultura brasileira, pois muitas pessoas o utilizam, rotineiramente, para a limpeza dos ambientes domésticos. Em um hospital do Rio de Janeiro, entre 2000 e 2002, houve 76 casos de internação e 18 óbitos de vítimas de queimaduras por álcool líquido. Em relação ao sexo, não houve diferença quanto ao número de vítimas. Os autores sugerem que, tanto mulheres quanto homens têm o hábito de utilizar o álcool, seja para limpeza ou para acender churrasqueiras (NASCIMENTO et al., 2005).

Queimaduras por álcool ou querosene foram identificadas em países tropicais da América Latina, enquanto que água quente e braseiros foram agentes mais comuns nos países da América do Sul (DANILLA, 2008). A presença do álcool nos domicílios parece aumentar a probabilidade de ocorrência de queimaduras, justificando sua alta incidência por esta causa no Brasil (PEREIRA et al., 2009). Também se verifica que, entre os adolescentes, há maior

uso indevido de substâncias altamente inflamáveis (ALAGHEHBANDAN et al., 2012; ALAGHEHBANDAN; ROSSIGNOL; LARI, 2001), facilidade para acender churrasqueiras e similares e para contato com fósforos e isqueiros (MARTINS; ANDRADE, 2007). Apesar de os adolescentes possuírem maior conhecimento do ambiente e dos riscos dos acidentes que as crianças, é comum nessa faixa etária a procura por emoções e desafios, para que se sintam aceitos e admirados pelos outros. Optar pela exposição aos riscos é uma característica comum que faz parte do desenvolvimento dos adolescentes e pode contribuir para a ocorrência de queimaduras nesta parcela da população.

Houve um aumento das admissões hospitalares por queimaduras nos meses de junho, setembro e dezembro. Apesar de não ter sido objetivo desse estudo investigar o contexto de ocorrência das queimaduras, outras pesquisas sugerem uma relação entre atividades sazonais e a situação de ocorrência das queimaduras. No mês de junho, por exemplo, há a comemoração das festas dos Santos Populares, como Santo Antônio, São João, São Pedro e São Paulo. Nessas comemorações, é comum o manuseio de fogueiras, fogos de artifícios e balões, elevando a incidência de pessoas que sofrem queimaduras (JUNIOR, 2011). Em setembro, no Brasil, principalmente na cidade de Ribeirão Preto e região, grande produtora de cana de açúcar e álcool, verifica-se a ocorrência de queimaduras nas plantações de cana de açúcar e de queimaduras urbanas, como por exemplo, a do lixo. Com a umidade relativa do ar mais baixa nesta época, as queimaduras se propagam mais facilmente, aumentando o risco para acidentes. Uma das explicações para o aumento do número de admissões hospitalares no mês de dezembro pode ser o início do período de férias, no qual as crianças e adolescentes permanecem mais tempo em seus domicílios e, em alguns casos, sem a companhia de um adulto. As comemorações do Natal e Ano Novo, com uso de fogos de artifícios e churrasqueiras, aumentam a exposição à fumaça, fogos e chamas, contribuindo para o maior número de acidentes neste período (MARTINS; ANDRADE, 2007).

Observou-se o aumento do número de pacientes vítimas de queimaduras no ano de 2006 (n=40), o que pode estar relacionado às comemorações advindas da Copa do Mundo que ocorreu naquele ano, com a participação brasileira unicamente no mês de junho, em que se registrou o maior número de queimaduras do período estudado. É típico da população brasileira as comemorações com fogos de artifícios e churrascos, sendo utilizado o álcool líquido para acender a churrasqueira, e estes são potenciais agentes de queimaduras (YING; HO, 2001).

No ano de 2008, nota-se uma queda no número das admissões hospitalares (n=27). Entretanto, nesse mesmo ano, houve um aumento no número de procedimentos e cirurgias

quando comparado ao ano anterior, segundo o relatório de atividades anual do HCFMRP-USP (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2008). É possível que o número de admissões hospitalares para tratamento agudo de crianças possa ter diminuído devido ao aumento do número de admissões hospitalares para tratamento das sequelas das queimaduras. No CTQ deste estudo, não há uma divisão pré-definida do número de leitos para internação destinados aos dois tipos de tratamento e há uma grande demanda reprimida de pacientes que aguardam vagas para realização do tratamento das sequelas. Assim, neste período, pode ser que os leitos tenham sido mais ocupados por pacientes que necessitassem do tratamento reparador, e outros centros de tratamento de queimaduras tenham absorvido parte da demanda dos pacientes agudos. Sobre esse aspecto, há necessidade de avaliação que englobe o número de admissões hospitalares para tratamento agudo da CTQ de Ribeirão Preto, bem como de outras CTQs do estado de São Paulo.

No que diz respeito à SCQ, constatou-se que 60% dos pacientes dessa pesquisa tiveram menos de 10% da SCQ. Esse valor encontrado aproxima-se ao da literatura internacional (AMERICAN BURN ASSOCIATION, 2011a). Entretanto, estes dados se contradizem com o que é preconizado pela própria *American Burn Association*, visto que um dos critérios de avaliação para a internação de pacientes vítimas de queimaduras é ter uma queimadura de espessura parcial com mais que 10% da SCQ (AMERICAN BURN ASSOCIATION, 2006). É provável que essas admissões hospitalares possam ter sido motivadas por outro critério, tais como as queimaduras localizadas em áreas nobres, como rosto, mãos, períneo, genitais, pés e articulações (AMERICAN BURN ASSOCIATION, 2006). A falta de dados referente à localização da queimadura é uma limitação deste estudo. Pesquisas futuras devem atentar para a coleta desta variável a fim de permitir uma análise mais aprofundada dos dados.

Além disso, os resultados do estudo revelaram que a escaldadura foi a responsável por tais queimaduras que acometeram até 10% da SCQ. Mas, queimaduras mais extensas, que acometeram de 11 a 75% da SCQ, foram causadas pelos líquidos inflamáveis, com destaque para o álcool líquido. Estudo epidemiológico realizado no maior CTQ da América Latina, localizado em Belo Horizonte/MG, Brasil, trouxe resultados semelhantes, pois identificou que o álcool foi o principal agente etiológico dos pacientes internados a partir dos cinco anos de idade, o causador das queimaduras mais extensas e o maior responsável pelos óbitos. Os autores ainda concluem que o padrão das queimaduras desse estudo demonstra que se trata de um problema muito mais sociocultural que médico, o qual poderia ser evitado por meio de

campanhas preventivas, maior fiscalização exercida pelo governo com relação à comercialização do álcool líquido e a inclusão de uma disciplina na rede escolar que abordasse a prevenção de acidentes, e questionasse a falta da cultura do perigo na população brasileira (LEÃO, 2011).

A média de dias de internação foi de 17 dias, achado similar encontrado, tanto em pesquisa nacional (PEREIRA et al., 2009) quanto internacional (ALAGHEHBANDAN; ROSSIGNOL; LARI, 2001). Tal valor pode ser considerado moderado se comparado a estudo que refere que a média de permanência hospitalar é classificada como alta quando ultrapassa 30 dias (COSTA et al., 1999). Geralmente, o número de dias de internação reflete maiores extensões e profundidade das lesões dos pacientes vítimas de queimaduras (COSTA et al., 1999).

Caracterizar as internações hospitalares de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras no CTQ do HCFMRP-USP foi importante para maior conhecimento do campo onde a pesquisa etnográfica do doutorado foi realizada. Além desta importância, este estudo também forneceu subsídios para o reconhecimento da clientela atendida em Ribeirão Preto e algumas de suas especificidades, tais como a influência de aspectos culturais e sazonais, dentre outros, para a ocorrência deste trauma. Permitiu, ainda, comparar seus resultados com os de outras pesquisas, e serve como subsídio para o planejamento e desenvolvimento de políticas e programas de prevenção.

Apesar da ocorrência de muitos progressos na área da saúde, a prevenção é a melhor alternativa para as queimaduras (SANTANA, 2010). As queimaduras possuem causas previsíveis e facilmente identificáveis; entretanto, conhecer a sua epidemiologia e deixar tais resultados apenas como mero interesse estatístico diminui o seu valor, pois a grande importância de tais números está no subsídio para elaboração de programas preventivos (SANTANA, 2010).

Além de pesquisas epidemiológicas, faz-se necessário também conhecer o “perfil cultural” da população e tal complementação pode ser feita por meio de estudos antropológicos, para ampliar o conhecimento dos fatores relacionados ao contexto da ocorrência das queimaduras e das ações e comportamentos dos sujeitos envolvidos neste processo, a fim de melhor subsidiar campanhas de prevenção.

2 Justificativa

As queimaduras afetam, anualmente, muitas crianças em países desenvolvidos e em desenvolvimento, configurando-se como um problema de saúde pública em evidência. A atenção à saúde necessária às crianças acometidas por queimaduras e suas famílias constitui uma importante demanda nos serviços de urgência e emergência, para o tratamento agudo, bem como ambulatorial e hospitalar, e para o tratamento das sequelas das queimaduras. Por sua magnitude, necessita ser considerada pelas diversas instâncias que formulam as políticas públicas de saúde, para proporcionar diferentes recursos para o seu tratamento, além de desenvolver campanhas educativas para a prevenção deste tipo de injúria, desde a infância.

Estudar os aspectos culturais que envolvem as circunstâncias das queimaduras na infância amplia a compreensão deste objeto. A cultura permeia as ideias e os comportamentos das pessoas, influenciando nas suas práticas diárias. Conhecer os hábitos culturais das crianças e seus familiares pode possibilitar a elaboração de um corpo de conhecimento mais amplo acerca das queimaduras que contribua para a implementação, execução e avaliação de estratégias efetivas de intervenção de enfermagem e de outros setores da saúde a essa população, principalmente no âmbito preventivo, a fim de diminuir a incidência deste tipo de injúria e suas consequências.

Como a questão que envolve a ocorrência das queimaduras é multifatorial e diretamente influenciada pelo contexto socioeconômico, ambiental e cultural da população, é preciso interligação de todas as partes envolvidas nesse processo. Nesse sentido, devem-se aplicar medidas de saúde pública setorialmente, políticas governamentais e também ações que envolvam a participação da criança, família e comunidade. Somente com o envolvimento em conjunto, com ampla compreensão dos fatores que influenciam no desfecho das queimaduras e nas práticas de prevenção, será possível modificar o panorama atual.

Com a realização desta investigação embasada nestes pressupostos, espera-se identificar e analisar as experiências das crianças vítimas de queimaduras, e de suas famílias, no contexto do ambiente doméstico, interpretando os significados da prevenção de queimaduras nesse ambiente, e levantar aspectos que possam servir de subsídios para a sua prevenção e promoção de saúde dessa clientela.

3 Objetivos

3.1 GERAL

O objetivo deste estudo foi interpretar os significados atribuídos à prevenção de queimaduras pediátricas no ambiente doméstico, na perspectiva de crianças vítimas de queimaduras e suas famílias.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociais e o contexto dos participantes;
- Descrever como se deu a ocorrência da queimadura;
- Identificar os principais aspectos do contexto sociocultural dos participantes, os quais contribuem para o desempenho ou não de atitudes de prevenção de queimaduras, no ambiente doméstico;
- Analisar os sentidos atribuídos pela criança vítima de queimadura e seus familiares acerca da prevenção de queimaduras no ambiente doméstico.

4 Referencial Teórico-Metodológico

4.1. A ESCOLHA DA ABORDAGEM

A partir da delimitação do objeto de estudo e de suas características, consideramos que o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa (POLIT; BECK, 2004) seria o mais adequado para o alcance dos objetivos propostos. A abordagem metodológica qualitativa é a maneira pela qual se obtêm ideias que possam aperfeiçoar a compreensão do mundo, por meio da descoberta da realidade. Este tipo de pesquisa se preocupa com os aspectos subjetivos que não podem ser quantificados, além de enfatizar o entendimento do contexto de um determinado fenômeno e a explicação de comportamentos por meio de conhecimentos aprofundados de um evento (VÍCTORA; KNAUTH; HASEN, 2000). Segundo Minayo (2007), a metodologia qualitativa atenta-se para os significados, aspirações, crenças, valores, motivos e atitudes da ação humana, apreendidos no cotidiano, a partir da experiência e da explicação das pessoas que vivenciam um determinado fenômeno. A abordagem qualitativa é interpretativa, ou seja, a interpretação do significado das ações sociais é a base para a produção do conhecimento (DESLANDES; GOMES, 2004).

Dentre os pressupostos da pesquisa qualitativa, para desenvolver esta proposta de investigação, optou-se pelo referencial teórico da Antropologia Interpretativa e pelo método etnográfico (GEERTZ, 1989). Esta escolha se deu porque este tipo de abordagem possibilita interpretar um determinado fenômeno – prevenção de queimaduras na infância – em contextos culturais específicos, ou seja, o ambiente doméstico, e a visão das vítimas de queimaduras e seus familiares.

Salientamos que investigamos participantes já afetados pela experiência da queimadura, porque entendemos que tal experiência forneceu diferentes significados acerca das atitudes de prevenção, fato que não pode ser verificado com grupos sem tal vivência.

4.2. ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA

A Antropologia interpretativa tem como paradigma metodológico a hermenêutica, a qual vem sendo amplamente utilizada em estudos qualitativos desenvolvidos na área da Enfermagem (WU; VOLKER, 2009; RIBEIRO; ROCHA, 2007; MEIERS; TOMLINSON, 2003; SILVA et al., 2001).

A hermenêutica é definida como a ciência da interpretação dos sentidos (BLEICHER, 1992) e objetiva a compreensão do sentido do ser, a partir de sua expressão de mundo (SILVA, 2001). Tendo em vista que o homem e as interações humanas são frequentemente objeto de estudo da enfermagem, estudos de natureza hermenêutica englobam os processos interpretativos do investigador, a importância do contexto na percepção de significados e a compreensão da linguagem oral e escrita do outro (JESUS; PEIXOTO; CUNHA, 1998); pois, por meio da linguagem, é possível se falar do que não está presente e das fisionomias ocultas e/ou não percebida das coisas (RICOEUR, 1990). Neste sentido, a antropologia interpretativa analisa o ser humano em sociedade por meio de suas diversas dimensões, compreendendo a humanidade sob o ponto de vista integrativo (PROCHNOW; LEITE, TREVIZAN 2006). Nesta base teórica, faz-se necessário ocorrer o estranhamento entre o pesquisador e o participante. Este processo se fundamenta no esforço de entender o outro, o diferente, a fim de perceber como ele se vê, possibilitando a construção do conhecimento (PROCHNOW; LEITE; TREVIZAN, 2006).

A antropologia interpretativa tem a cultura como um dos seus principais conceitos. A cultura é um conjunto de significados que se relacionam com o contexto em que ocorrem; é arquitetada pelo sujeito, experimentada pelo grupo social e serve como auxílio para as ações de seus membros (GEERTZ, 1989). Trata-se de um sistema de símbolos que proporciona um “modelo de” e “para” a realidade (GEERTZ, 1989). A cultura denota um padrão de significados que são transmitidos historicamente, incorporado em símbolos; é um sistema de concepções herdadas e expressas em formas simbólicas, por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida (GEERTZ, 1989).

Ao interpretar a cultura, deve-se focar na análise dos símbolos codificados pelo homem e a sua relação com os fatos sociais e os momentos concretos; para então, na análise cultural, depreender sentidos em uma estrutura significativa, buscando apreender, traduzir e explicar o ponto de vista do outro (GEERTZ, 1989). Na antropologia, há um esforço para a compreensão e a interpretação dos sentidos dos humanos, com valorização da subjetividade dos sujeitos. Aos diferentes fenômenos da vida, as pessoas dão sentidos para poder compreendê-los; esses sentidos são conscientes e abrangem os conhecimentos, as crenças, as normas, os valores e são extraídos da experiência (RODRIGUES, 2009). Por estas razões, estudar famílias que já tiveram uma criança queimada pode fornecer sentidos e significados para a prevenção de queimaduras, já que estes indivíduos ressignificaram este fenômeno a partir de suas experiências. Assim, esta abordagem permite que o pesquisador e o sujeito

construam, por meio da intersubjetividade e do contexto histórico-cultural, a descrição dos sentidos e explicação compreensiva, ou seja, a interpretação dos significados (RODRIGUES, 2009) do fenômeno da prevenção de queimaduras, no caso desta pesquisa. O pesquisador analisa tais sentidos e interpreta os significados com base em conceitos teóricos, desenvolvendo o conhecimento científico pautado na compreensão e explicação do mundo de vida dos participantes, numa fusão com o mundo do pesquisador (DÁZIO, 2008).

4.3. ETNOGRAFIA

Para coletar e analisar os dados de uma pesquisa baseada no referencial teórico da antropologia interpretativa utiliza-se, tradicionalmente, o método etnográfico, o qual consiste em um estudo profundo e exaustivo sobre o contexto e o comportamento de pessoas (SOUSA; BARROSO, 2008).

A etnografia é uma descrição densa da realidade (GEERTZ, 1989). Tal densidade advém das manifestações de significados que permitem ao pesquisador explicar e interpretar os sentidos de um determinado contexto cultural, possibilitando que outros também apreendam o fenômeno estudado (GEERTZ, 1989). Não se limita apenas a descrever os fatos, mas também os analisa por meio do contexto cultural, permitindo a interpretação do fenômeno pesquisado. Este método procura o significado de ações e eventos a partir da visão de mundo dos participantes da pesquisa, sendo que esses significados são manifestados por meio da linguagem ou indiretamente através de ações (BASTOS, 2001). Por isso, para pôr em prática a etnografia é preciso estabelecer relações, selecionar os informantes, elaborar textos a partir dos dados (ações e ideias), levantar genealogias, mapear campos e manter diários, a fim de perceber, interpretar e produzir os ensaios, por meio do esforço intelectual do pesquisador (GEERTZ, 1989).

Na perspectiva etnográfica, ressaltamos a importância de compreender o mundo simbólico no qual as pessoas vivem, ver as coisas da maneira como elas o fazem e apreender os sentidos atribuídos para tornar suas experiências significativas (POPE; MAYS, 2009). Recomenda-se o estudo das pessoas em seus ambientes naturais, a fim de alcançar os significados sociais e atividades cotidianas, exigindo do pesquisador a imersão no ambiente (BREWE, 2000), fazendo dele instrumento da etnografia (GEERTZ, 1989). Esta interação, que ocorre entre pessoas de diversas classes sociais, raças, religiões, entre outras

características, influencia expressivamente na compreensão e condução da pesquisa (CRANG; COOK, 2007). Quando o pesquisador consegue estabelecer uma relação dialógica com o informante, este passa a ser um interlocutor, e ocorre uma “fusão de horizontes”, ou seja, os horizontes semânticos em confronto – do pesquisador e do pesquisado – abrem-se um ao outro e o espaço é compartilhado por ambos, desde que o pesquisador consiga ouvir o nativo e ser ouvido por ele (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006).

Para depreender os diversos significados do outro, o método etnográfico utiliza-se do trabalho de campo e este se estrutura pelo conjunto de técnicas e estratégias para a coleta de dados, tais como a observação participante, diário de campo, entrevista, análise documental e de imagens visuais (GUALDA; HOGA, 1997). Este trabalho demanda um longo envolvimento, direto e íntimo do pesquisador no cotidiano do grupo estudado (MOREIRA; CALEFFE, 2006).

A observação participante ocorre quando o pesquisador interage com a situação estudada, modificando-a e sendo modificado por ela (ANDRE, 2008). Há o contato direto com os participantes que viveram o fenômeno pesquisado, a fim de obter informações sobre a realidade das pessoas em seus contextos (GUALDA; HOGA, 1997). Por meio da técnica da observação participante é possível apreender regras, valores e representações do grupo estudado, fazendo parte do universo da cultura. Cabe ao pesquisador estudar os informantes de dentro do mesmo ambiente em que se encontram, por longos períodos de convivência e coletando dados em diversos momentos (ROMANELLI, 1998).

Em diferentes proporções, o observador tem um envolvimento com aquilo que está observando (ANGROSINO, 2009). Ele pode exercer distintos papéis, de acordo com o tipo de ambiente e de como o acesso foi alcançado (POPE; MAYS, 2009). No papel de “observador como participante”, o pesquisador faz observações durante curtas ocasiões, procurando estabelecer o contexto para entrevistas ou outros tipos de pesquisa. O pesquisador é conhecido e reconhecido, porém sua relação com os sujeitos da pesquisa é somente a de pesquisador. Já aquele que é um “participante como observador” está mais integrado e envolvido com as pessoas, tornando-se um amigo e um pesquisador neutro. No entanto, suas atividades de pesquisa ainda são reconhecidas (ANGROSINO, 2009). Nem sempre é possível delimitar o papel exato do observador. É comum alternar entre estes dois tipos de participação, a depender do momento e do nível de integração do mesmo no campo. No presente estudo, esta alternância foi frequente, e quanto mais oportunidades de encontros com as famílias, maior foi minha atuação como “participante como observador”.

O diário de campo serve para registrar os dados obtidos com o informante, bem como também as reflexões do pesquisador (ZAGO, 1994), que busca captar e anotar os “imponderáveis da vida real” (MALINOWSKI, 1978), ou seja, as observações realizadas que se manifestam e fazem sentido para aqueles que pertencem a um determinado contexto cultural, em sua plena realidade. Os itens mais relevantes que devem ser observados e anotados pelo pesquisador são: localizar e descrever o espaço físico do cenário etnográfico; descrever as interações dos personagens envolvidos neste contexto, incluindo também a participação do pesquisador; refletir sobre o processo de pesquisa e sobre as próprias reflexões (CRANG; COOK, 2007). Entretanto, um estudo etnográfico deve permitir diferenciar as inferências do autor dos resultados da observação direta e das declarações e interpretações dos participantes da pesquisa (MALINOWSKI, 1978).

Neste estudo etnográfico, utilizamos também a entrevista em profundidade. Entrevistas são essenciais quando há necessidade de mapear práticas, crenças, valores de contextos sociais específicos. Entrevistas em profundidade se dão por meio da coleta de subsídios sobre a maneira como cada sujeito percebe e significa sua realidade e do levantamento de informações consistentes que permitam ao pesquisador descrever e interpretar a lógica que influencia as relações que se estabelecem no interior daquele grupo (DUARTE, 2004). As entrevistas também podem ser formais, como a em profundidade, ou informais, a depender do objetivo e do momento de realização das mesmas (ROSSI, 1997). Frequentemente, durante uma observação participante, o pesquisador pode sentir necessidade de esclarecer dúvidas e, então, formula algumas questões informalmente (ROSSI, 1997).

Para obter outras dimensões no estudo de uma determinada cultura, o uso de imagens, como a fotografia, por exemplo, tem sido utilizada como um recurso auxiliar do pesquisador e pode servir de recurso para capturar um foco em áreas específicas da cultura, tais como os rituais ou a vida familiar (COLLIER, 1973). Estudos etnográficos e pesquisas das ciências sociais têm utilizado entrevistas baseadas em eliciação de fotografia (*PEI - Photo Elicitation Interviews*), as quais consistem em uma adaptação da entrevista em profundidade tradicional, mas que utiliza fotos para estimular a comunicação entre o participante e o pesquisador (HARPER, 2002; BANKS, 2001; COLLIER, 1973).

Além do uso das técnicas, na etnografia é importante transformar aquilo que é exótico em familiar e vice-versa (DAMATTA, 2000). Este estranhamento e relativização visam a contemplar os processos de transformação de olhar o outro - o diferente - e do olhar sobre si mesmo e sua cultura - o igual (ECKERT; ROCHA, 2008). Para tanto, é necessário entender quais os conceitos que se situam ou não no nosso universo simbólico e, a partir daí,

constantemente deve-se revisitar o fenômeno pesquisado com o objetivo de aumentar o conhecimento do mesmo para poder interpretá-lo (DaMATTA, 2000). Ressalta-se que qualquer interpretação e explicação de um fenômeno ocorre num determinado momento, o qual é temporal, histórico e cultural (COSTA, 2002). Tal explicação é uma interpretação, dentre as possíveis versões sobre esse mesmo fenômeno (GEERTZ, 1989).

No método etnográfico, a coleta e a análise dos dados ocorrem simultaneamente, com um crescente nível de complexidade, e tem como finalidade extrair temas e obter um entendimento profundo dos valores e crenças que guiam as ações dos indivíduos (GUALDA; HOGA, 1997), a fim de produzir o conhecimento científico acerca do fenômeno estudado, sob a perspectiva cultural. O tema cultural surge dos vários domínios culturais e torna possível a reprodução e a visão holística da cultura estudada, evidenciando a conceituação do pesquisador sobre a mesma (GUALDA; HOGA, 1997). Entretanto, para que as interpretações do pesquisador sejam válidas, é necessário que o mesmo pratique a neutralidade, a ética e faça interlocuções com outros pesquisadores e com a argumentação científica (COSTA, 2002). A confiabilidade e a legitimidade de uma pesquisa estão subordinadas à capacidade do pesquisador em articular teoria e empiria em torno de um objeto de pesquisa e isso exige a incorporação de fontes teóricas que possam traduzir o olhar do outro, descrever práticas e atribuir sentidos às palavras (DUARTE, 2002).

Num estudo etnográfico, o discurso dos sujeitos são representações da realidade, e não necessariamente a realidade, e, portanto, não devem ser a única fonte da verdade. Estudos que se atêm somente às entrevistas, podem não retratar todo o contexto cultural pesquisado, pois a análise desta coleta de dados alcançará apenas a compreensão ingênua, a qual seria uma ideia inicial sobre o assunto em foco. De acordo com o arco interpretativo de Ricouer (1990), a interpretação dos dados etnográficos que objetiva a análise cultural deve passar da compreensão ingênua e chegar à compreensão sábia (ideia em profundidade dos fatos), passando pela explicação, fazendo uma articulação neste amplo processo de conhecimento.

Assim, na relação dialética entre explicar e compreender, sob a perspectiva de Ricouer, a compreensão antecede, segue a direção e mistura-se com a explicação, sendo que esta última, por outro lado, desenvolve analiticamente a compreensão (COSTA, 2002). Tendo por base estes pressupostos da hermenêutica dialética moderna, a explicação e a compreensão são vistas como etapas complementares do conhecimento (COSTA, 2002), e trazem novas perspectivas para as pesquisas etnográficas, pois para realizar esta interpretação compreensiva, o pesquisador deve deixar sua autoridade de lado, colocar-se em igualdade

com os sujeitos e esclarecer o contexto cultural decorrente da fusão de horizontes do encontro etnográfico.

4.4. CONTEXTO SOCIAL DO ESTUDO

Para a escolha do contexto social do estudo, há três componentes fundamentais determinantes, que são o local, os informantes e as atividades que eles realizam, sendo que todos devem estar relacionados com o problema de pesquisa. O local selecionado para o desenvolvimento da pesquisa deve ser onde o fenômeno acontece (HAMMERLEY; ATKINSON, 2007). Assim, o contexto social escolhido para o presente estudo está relacionado ao processo de queimadura e visa a identificar os aspectos da prevenção deste acidente no ambiente doméstico. Os informantes foram as crianças vítimas de queimaduras que foram atendidas no CTQ do HCFMRP-USP e seus familiares; e os locais selecionados foram o hospital e o domicílio.

Como o foco do estudo se encontra no ambiente doméstico, este local foi o principal contexto social em que a pesquisadora coletou os dados. Entretanto, as primeiras reflexões e experiências acerca da queimadura ocorreram no ambiente hospitalar, e por essa razão, o CTQ mereceu ser incluído neste processo inicial e de acompanhamento das crianças vítimas de queimaduras.

O hospital serviu, principalmente, como facilitador da aproximação inicial dos informantes, formação e manutenção de vínculo com eles. O CTQ do HCFMRP-USP é um centro de referência para o tratamento de queimaduras no país (FERREIRA, 2006) e, em 2009, realizou 1974 consultas e procedimentos em nível ambulatorial, 232 internações em enfermaria e 334 cirurgias (RELATÓRIO, 2009). Foi inaugurado em 1982 e, atualmente, conta com dez leitos para internação de adultos e crianças, sendo que dois destes destinam-se ao atendimento de terapia intensiva; duas salas de centro cirúrgico e duas salas para atendimento ambulatorial (FERREIRA, 2006). Conta com a atuação de uma equipe multidisciplinar, composta por seis cirurgiões plásticos, dois residentes em cirurgia plástica e um de cirurgia geral, seis enfermeiros, dois técnicos e 12 auxiliares de enfermagem, um agente administrativo, uma nutricionista, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social.

No estudo etnográfico, não há a necessidade de se determinar, *a priori*, o número de participantes que serão incluídos na pesquisa, pois o importante é a qualidade dos dados (GUALDA; HOGA, 1997). Conforme a coleta de dados foi se desenvolvendo, analisamos a qualidade da informação obtida até concluirmos que tínhamos informações suficientes dos participantes para retratar seu contexto sociocultural como um todo e interpretar, compreensivamente, os dados obtidos, para alcançar o objetivo proposto. Assim, fizeram parte da pesquisa seis famílias de crianças vítimas de queimaduras, totalizando 20 participantes.

Como critérios de inclusão dos participantes, conforme já mencionado, além de serem crianças vítimas de queimaduras que foram atendidas no CTQ do HCFMRP-USP e seus familiares, demos prioridade às crianças moradoras de Ribeirão Preto ou pertencentes a esta microrregião, em virtude da necessidade de engajamento prolongado no campo; e estabelecemos a faixa etária e o conceito de família. Para este estudo, entendemos como criança toda pessoa com idade inferior a 10 anos, de acordo com o conceito da OMS (WHO; 2010); e adotamos o conceito de família de Wright e Leahey (2005), que considera que “família é quem seus membros dizem que são” (WRIGHT; LEAHEY, 2005, p. 68). Foram excluídas do estudo crianças que tentaram se autoexterminar ou que foram vítimas de violência doméstica.

4.5. TRABALHO DE CAMPO

Iniciamos o trabalho de campo, após aprovação do CEP das instituições proponente e coparticipante. Nesta etapa, três técnicas já explicitadas no referencial teórico-metodológico foram essenciais para a coleta dos dados: a observação participante, a entrevista em profundidade e a baseada em eliciação de fotografia. O desenvolvimento do diário de campo também auxiliou nas anotações das minhas observações, impressões e indagações que surgiram durante ou após os encontros realizados. Além disso, a coleta de dados foi complementada com dados dos prontuários das crianças vítimas de queimaduras, por exemplo, aqueles relativos à condição clínica da criança e à terapêutica estabelecida.

O trabalho de campo é tido como a etapa principal da etnografia. O pesquisador que se propõe a concretizar um estudo etnográfico deve descobrir as estruturas conceituais que revelam os atos dos informantes (GEERTZ, 1989). Fazer a etnografia é tentar ler e indagar as

ocorrências e os dados, os quais são a nossa própria construção das construções de outras pessoas (GEERTZ, 1989). Tendo em mente esse pensamento, inseri-me no campo como pesquisadora.

Visto que o CTQ do HCFMRP-USP é também meu local de prática assistencial como enfermeira, necessitei realizar o estranhamento do campo. Para Silva (2000), o estranhamento do outro e consigo mesmo ocorre quando o pesquisador aproxima-se e afasta-se do contexto cultural estudado, a fim de, juntamente com exercício da alteridade, poder fundir seu horizonte com o do participante. Tal tarefa é necessária para garantir a cientificidade e rigor do método etnográfico (SILVA, 2000).

Não foi fácil exercer e alcançar tal estranhamento, principalmente quando os participantes da pesquisa não conseguiam distinguir meus papéis de pesquisadora e enfermeira. Por vezes, no ambiente hospitalar, enquanto eu estava no meu papel de enfermeira, os pais das crianças me abordavam para me contar fatos relativos à pesquisa. O vínculo construído com eles também dificultou, em alguns momentos, meu papel de enfermeira. As entrevistas permitiram que eles “desabafassem” comigo, e em algumas situações estressantes advindas da internação, era a mim que eles recorriam, sem compreender que, enquanto eu trabalhava como enfermeira no meu plantão diário, eu não dispunha de tanto tempo para dedicar a eles como quando, no papel de pesquisadora, eu destinava a eles todo o momento que desejavam estar comigo. Nestas situações, eu tive, inclusive, receio de receber queixas sobre meu desempenho profissional, ao mesmo tempo em que eu tinha receio de abalar o vínculo construído entre nós. Entretanto, ao exercitar a reflexividade sobre meus dois papéis desempenhados, consegui dosar o tempo dedicado às minhas atividades assistenciais e explicava a eles que eu voltaria num outro momento, para continuarmos a conversa como pesquisadora.

No ambiente doméstico, durante as entrevistas, percebi que alguns dos meus discursos estavam imbricados com instruções e vigilância do meu papel de enfermeira. Para conseguir o estranhamento e me afastar deste papel, minha orientadora, ao ouvir as gravações das entrevistas, auxiliou-me a desempenhar também nesta ocasião a reflexividade e, então, consegui perceber que eu deveria agir de forma diferente para atingir meus objetivos. Também no domicílio, alguns pais me enxergavam como a enfermeira do CTQ do HCFMRP-USP, e durante as entrevistas, me faziam perguntas a respeito de queimaduras, tratamento e da própria prevenção. Nestas situações, foi mais fácil separar os dois papéis. Eu os orientava inicialmente a me dizer qual era a opinião deles sobre tais questões, e após o término das entrevistas, eu esclarecia as dúvidas. A esse respeito, merece ser apontado que foi nos espaços

de discussão do nosso grupo de estudo de antropologia que eu pude, também, refletir sobre tais questões e o conceito de reflexividade, e amparada pela literatura e por outros pesquisadores experientes nessa abordagem, encontrei respaldo para buscar o equilíbrio no exercício destes dois papéis e clareza nas minhas colocações.

A minha permanência no campo, como pesquisadora, foi prolongada, pois este é um dos pressupostos de um estudo etnográfico. Ineri-me em janeiro de 2012 e lá permaneci até junho de 2013. O contato inicial com os participantes aconteceu, majoritariamente, durante a primeira internação no CTQ do HCFMRP/USP. Apenas com uma família, fiz esta aproximação durante o seguimento ambulatorial, pois a criança queimada teve um período curto de internação e, nesta ocasião, eu me encontrava em férias. Ao retornar às atividades, tomei conhecimento da internação de uma criança que atendia aos meus critérios de seleção e, então, no primeiro retorno após a alta, iniciei o contato. Os retornos ambulatoriais também serviram para realização de novos encontros com os participantes, principalmente com o intuito de manter o vínculo e esclarecer alguns aspectos que suscitaram dúvidas, durante as entrevistas formais.

A princípio, ainda no ambiente hospitalar, foram coletados dados sociodemográficos e realizei observações participantes e entrevistas informais com o intuito de obter informações de como ocorreu o atendimento às crianças naquele local e também iniciar a aproximação com os participantes da pesquisa. Estes dados foram importantes para caracterizar e conhecer quem eram estas crianças e seus principais cuidadores, quais os aspectos físicos, sociais, econômicos, culturais, crenças e valores que faziam parte de suas histórias de vida.

Após o contato inicial, enquanto a criança estava internada, agendei algumas visitas no ambiente hospitalar, de acordo com a disponibilidade dos participantes e condição clínica da criança, principalmente para coletar dados referentes às primeiras reflexões sobre o acidente e de como imaginavam que seria o retorno para o domicílio. Nestes momentos, me preocupei também em coletar dados referentes ao modo como eles pensavam em agir com relação à prevenção de queimaduras quando retornassem à sua rotina domiciliar. Tal indagação foi importante para, posteriormente, eu contrastar os discursos deles, ou o modo consciente de como eles planejavam agir diante de determinada situação, às minhas observações participantes, em busca de verificar se as ações e as ideias dos participantes eram coerentes ou não.

Após a alta da criança, foram agendados, por telefone ou durante os retornos ambulatoriais, outros encontros em seu domicílio, a fim de conhecer o ambiente e o contexto cultural em que ocorreu a queimadura. O ambiente doméstico foi o local onde ocorreu a maior

parte das entrevistas e observações participantes, além do uso do recurso visual da fotografia. As entrevistas em profundidade foram conduzidas por meio de questões norteadoras elaboradas por nós, coerentes com o referencial teórico adotado (APÊNDICE A), ao longo dos diversos contatos com os participantes. Foram realizadas entrevistas individuais e em grupo com os familiares, a fim de maximizar a interpretação dos diferentes sentidos acerca do processo de prevenção de queimaduras que cada participante possuía e como se articulavam no sistema familiar.

As observações participantes foram realizadas para permitir a construção do contexto cultural e a coleta das ações e comportamentos dos informantes, a fim de contrastar e comparar com as ideias apresentadas nos seus discursos.

A seguir, o quadro 2 sintetiza as principais informações que caracterizam como foi desenvolvido o trabalho de campo:

Família	Tipo de entrevista	Participantes das entrevistas	Nº total de fotos	Participantes da atividade da fotografia	Nº total de entrevistas	Nº total de encontros (enfermaria, ambulatório e domicílio)	Duração dos encontros (entrevistas e observação)
do André	Grupal	G: mãe e <u>criança</u>	-	-	04	08	6h30m
da Bruna	Grupal e Individual	G: mãe e irmã I: pai, mãe	04	mãe e irmã	04	12	10h45m
da Camila	Grupal e Individual	G: mãe e <u>criança</u> I: <u>criança</u> , pai e tia	32	<u>criança</u>	08	18	17h50m
do Daniel	Grupal e Individual	G: <u>criança</u> e irmão I: <u>criança</u> e avó	56	<u>criança</u> e irmão	05	16	15h15m
do Eduardo	Grupal e Individual	G: mãe e <u>criança</u> ; pai e <u>criança</u> I: <u>criança</u> , mãe, pai	33	<u>criança</u>	07	15	25h
do Felipe	Grupal e Individual	G: mãe, pai e irmã I: <u>criança</u> , pai, irmão	05	<u>criança</u>	10	13	18h15m

Quadro 2 – Síntese das principais informações que caracterizam o trabalho de campo

Legenda:

G: entrevista grupal

I: entrevista individual

criança: criança vítima de queimadura

Em um dos encontros, foi solicitado aos pais da criança a autorização para a pesquisadora fotografar o local onde ocorreu o acidente da criança. Além disso, foi realizada, com as crianças vítimas de queimadura, uma atividade na qual elas tiraram fotografias de possíveis perigos para queimadura dentro do ambiente doméstico. Era uma atividade livre e não foi imposto um limite de tempo para a sua realização.

A pesquisadora emprestava às crianças uma câmera fotográfica e, posteriormente, no mesmo dia ou em um próximo encontro, as fotografias foram discutidas com a criança, servindo de auxílio na condução da entrevista. As crianças olhavam as fotografias pela tela da própria câmera. Apenas uma família não participou de tal atividade, devido à perda de contato com a mesma. Detalhes deste caso serão esclarecidos na descrição das famílias, a qual será apresentada mais adiante.

Houve, também, outra situação em que a criança vítima de queimadura era muito pequena para realizar a atividade da fotografia e a pesquisadora pediu, inicialmente, para sua irmã de quatro anos tirar as fotos. Entretanto, a criança se encantou muito mais com a câmera que com o objetivo da atividade, tirando fotos de si mesma e da criança vítima de queimadura, e não conseguiu cumprir a contento o nosso pedido. Sendo assim, solicitei para a mãe da criança que tirasse as fotografias.

Os dados foram coletados apenas por mim, a pesquisadora responsável, como já informado. Neste estudo, os dados referentes à observação participante e às entrevistas informais foram registrados no diário de campo e, quando possível, digitados diretamente no computador. Os dados obtidos nas entrevistas formais foram gravados e transcritos em seguida, para que não perdêssemos informações importantes para caracterizar a situação, o sentido dos discursos e os detalhes da interação, e também com a finalidade de armazená-los de forma organizada, facilitando a operacionalização da análise etnográfica, a partir da produção dos textos de cada família participante.

Transcrevi parte das entrevistas e também recebi apoio de três auxiliares de pesquisa para concretizar esta atividade. Após a finalização das transcrições, os textos foram lidos e minuciosamente revisados por mim, que os complementei com aspectos importantes presenciados durante a realização das entrevistas e que estavam registrados no diário de campo. Durante esse processo, retornei a campo diversas vezes para esclarecer dúvidas que surgiram nos meus registros, nas próprias transcrições das entrevistas e após a análise e discussão, com a minha orientadora, acerca dos dados coletados.

À medida que obtive dados suficientes para alcançar os meus objetivos, iniciei a saída do campo gradualmente, mantendo contato com as famílias no retornos ambulatoriais, sendo que informei aos participantes a possibilidade de voltar ao domicílio, para esclarecer ou aprofundar algum aspecto da pesquisa, caso fosse necessário.

4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando o envolvimento de seres humanos na pesquisa, o cuidado ético das pesquisadoras e em observância à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 (BRASIL, 1996), vigente na época, este estudo foi submetido à revisão ética e acompanhamento do CEP da instituição proponente da pesquisa, ou seja, do CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP) (BRASIL, 1996), tendo sido considerado aprovado em novembro de 2011 (Protocolo nº 1406/2011) (ANEXO A). Um mês após, o CEP do HCFMRP-USP, instituição coparticipante, também deu seu parecer favorável (ANEXO B). Como parte da documentação prevista nesta legislação (BRASIL, 1996), foram seguidos os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B e C) foram elaborados por meio de uma linguagem clara e objetiva, pela qual os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados utilizados, os possíveis constrangimentos ou benefícios, bem como foram garantidos o sigilo, por meio de nomes fictícios, e um local onde o participante pudesse ter privacidade para realizar a entrevista, e respeitado o desejo ou não de participar da pesquisa. Este documento foi entregue pela pesquisadora responsável e discutido com os sujeitos de pesquisa ao início de cada entrevista e a todos os participantes, foi solicitada a assinatura de duas vias originais do TCLE, ficando estes com uma delas. Nesta ocasião, foi também solicitada a autorização para que a entrevista fosse gravada, com auxílio de um gravador digital; para tirar fotografias do local do acidente por queimadura no ambiente doméstico e de outros elementos perigosos para a ocorrência de queimadura como uma das fontes complementares de coleta de dados, garantindo nosso cuidado de não identificar nenhum participante da pesquisa nas fotos; e para o uso da divulgação das imagens (APÊNDICE D).

Os dados das crianças foram coletados somente com o assentimento destas, após o consentimento dos responsáveis. O processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido e a coleta de dados foi realizado apenas pela pesquisadora principal. O acondicionamento de todo o material empírico está sob a responsabilidade da pesquisadora principal e da orientadora do estudo.

4.7. ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a coleta dos dados foram realizadas concomitantemente. A análise dos dados coletados, mediante todas as estratégias eleitas para tal, foi conduzida com base na proposta de Braun e Clarke (2006), para análise temática indutiva.

A análise temática é um tipo de análise de conteúdo de abordagem acessível e flexível, utilizada para analisar dados qualitativos e que busca identificar, analisar e relatar padrões a partir dos dados coletados. Os padrões são denominados núcleos temáticos e são partes significativas do conjunto de dados, relacionando-se intimamente com a questão de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006). Nesta proposta, o processo de análise pode ser dividido em seis etapas:

Etapa 1: Familiarização com os dados – Nessa fase, houve a imersão nos dados por meio da transcrição das entrevistas, leitura e releitura exaustiva dos dados obtidos e anotações das percepções iniciais acerca dos temas. Como Braun e Clarke (2006) não estabeleceram recomendações a respeito da transcrição das entrevistas, num primeiro momento, optamos por manter a escrita fiel à fala, com pontuação adequada para não alterar o discurso. Num segundo momento, em respeito aos participantes e durante as revisões dos discursos, optamos por adequar ao nível formal de linguagem as expressões que, na comunicação oral, os participantes costumavam pronunciar de maneira informal, como por exemplo: “*ni mim*”, substituída por “em mim”. Nenhuma adequação realizada alterou o sentido do discurso.

Nas transcrições, adotamos a seguinte padronização: os parênteses com reticências, (...), indicaram recortes dentro da mesma fala, e as informações entre colchetes, [informação], referiram-se a observações importantes, contextualizações e expressões não verbais dos participantes, as quais visaram a auxiliar melhor a compreensão do leitor acerca do conteúdo do discurso.

Etapa 2: Geração dos códigos iniciais - Procedemos à identificação e criação sistemática, manual (sem auxílio de softwares), de códigos para as unidades de sentido contidas nos dados.

Etapa 3: Busca por temas – Realizamos os agrupamentos dos códigos em unidades de sentido mais genéricas.

Etapa 4: Revisão dos temas identificados - Checamos a validade das unidades de sentido em relação aos códigos e aos dados como um todo, reformulando-as quando necessário, em busca de padrões coerentes com os dados extraídos. Ao fim desse processo, foi criado um “mapa temático” inicial, ou seja, as unidades de sentido, individualmente, continham dados que se relacionavam com a série de dados, além de refletir os significados dos dados como um todo.

Etapa 5: Definição e nomeação dos temas - Nesse momento, buscamos o refinamento dos dados, definindo claramente os núcleos temáticos e nomeando-os com títulos, a fim de terminar a construção da essência do mapa temático de significados. Cada núcleo temático capturou algo importante sobre os dados em relação ao objetivo e questão de pesquisa, além de representar padrões, relação ou sentido dos dados como um todo.

Etapa 6: Elaboração do relatório final - Finalmente, relacionamos os extratos de dados que deram origem às unidades de sentidos e aos núcleos temáticos, com os achados da literatura, a fim de responder à questão de pesquisa, produzindo um relatório acadêmico.

A seguir, o diagrama 1 configura o mapa temático inicial, o qual foi intitulado como “mapa dos sentidos”. Neste mapa, verifica-se a criação de diversos códigos que conformaram, inicialmente, o conteúdo de seis unidades de sentido mais genéricas: contexto do acidente, cultura da criança, perto da realidade, longe da realidade, prevenção, consequências. Nesta etapa, ainda se percebe a necessidade de sintetização dos dados, fato que fica claro ao olhar para a quantidade de informações que o “mapa dos sentidos” traz. Após a revisão e refinamento das mesmas, originaram-se quatro unidades de sentido: explicação para a ocorrência de queimadura, identificação do perigo, prevenção de queimaduras, e repercussões da queimadura.

O diagrama 2 reflete o “mapa dos significados”. Ele retrata que, a partir das unidades de sentido advindas dos participantes da pesquisa, somadas ao conceito de vulnerabilidade e à interpretação da pesquisadora, que traduz a fusão de horizontes,

construímos os três núcleos temáticos que forneceram uma explicação compreensiva ao fenômeno estudado.

Como já mencionado, a análise temática indutiva foi realizada durante todo o transcorrer da coleta de dados, visto que a coleta e a análise ocorreram concomitantemente e a pesquisadora retornava ao campo a fim de auxiliar aspectos do processo da análise. Assim, as etapas descritas acima foram realizadas diversas vezes, buscando a organização dos dados e construção das unidades de sentidos e dos núcleos temáticos. Foi considerado também o conteúdo semântico dos dados, identificando-se as ações e as ideias nos discursos dos informantes. Todos os dados foram interpretados pela pesquisadora, em interlocução com sua orientadora e seus pares, que possuíam experiência com a temática e com a abordagem teórico-metodológica, e por fim, dialogados com a literatura da área. Por meio da fusão de horizontes, os resultados apresentaram o significado atribuído ao processo de prevenção de queimaduras em crianças no ambiente doméstico, a partir da experiência e do contexto cultural da criança queimada e de seus familiares.

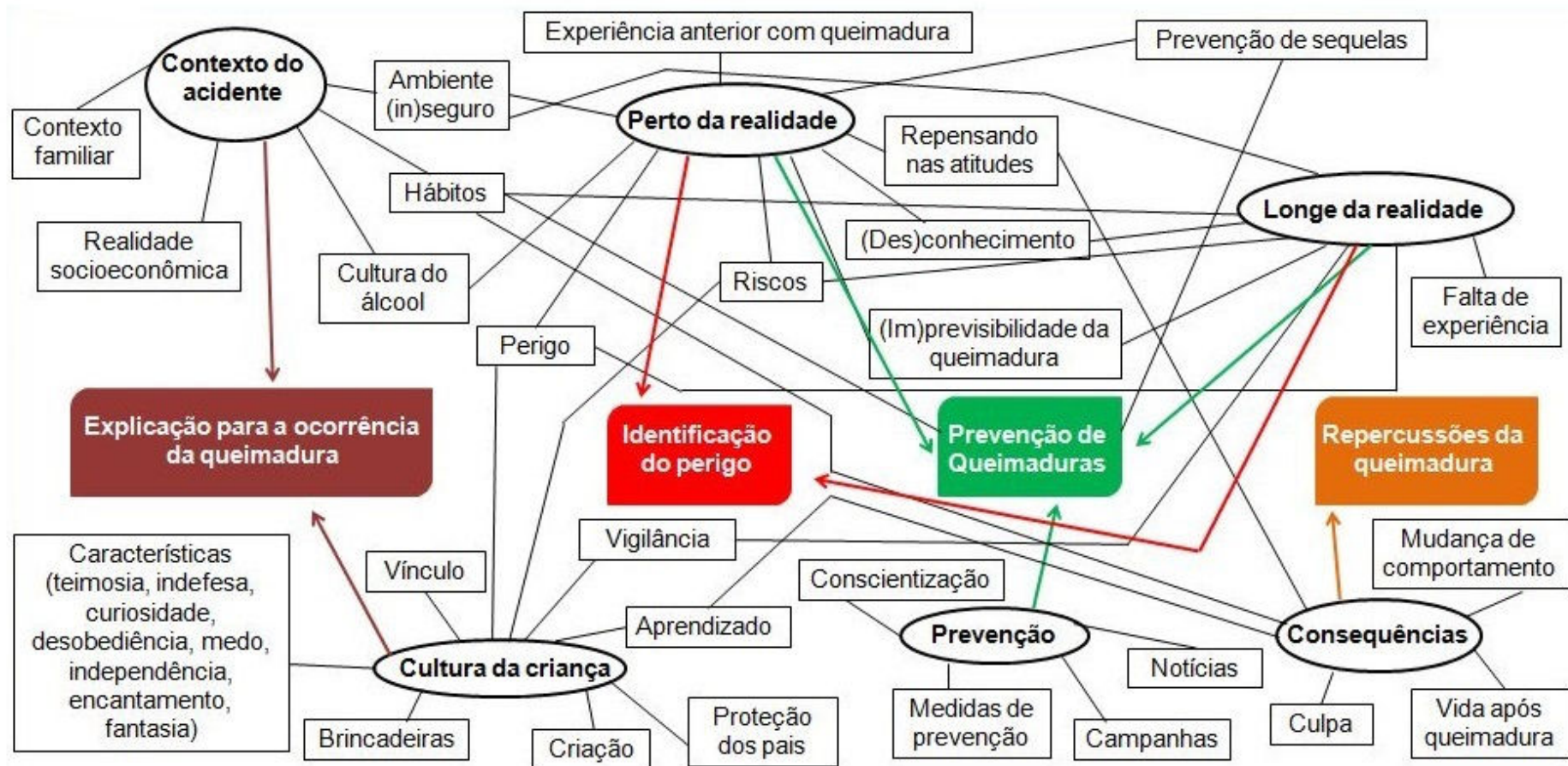


Diagrama 1 - Mapa dos sentidos

PROCESSO DE PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS EM CRIANÇAS NO AMBIENTE DOMÉSTICO

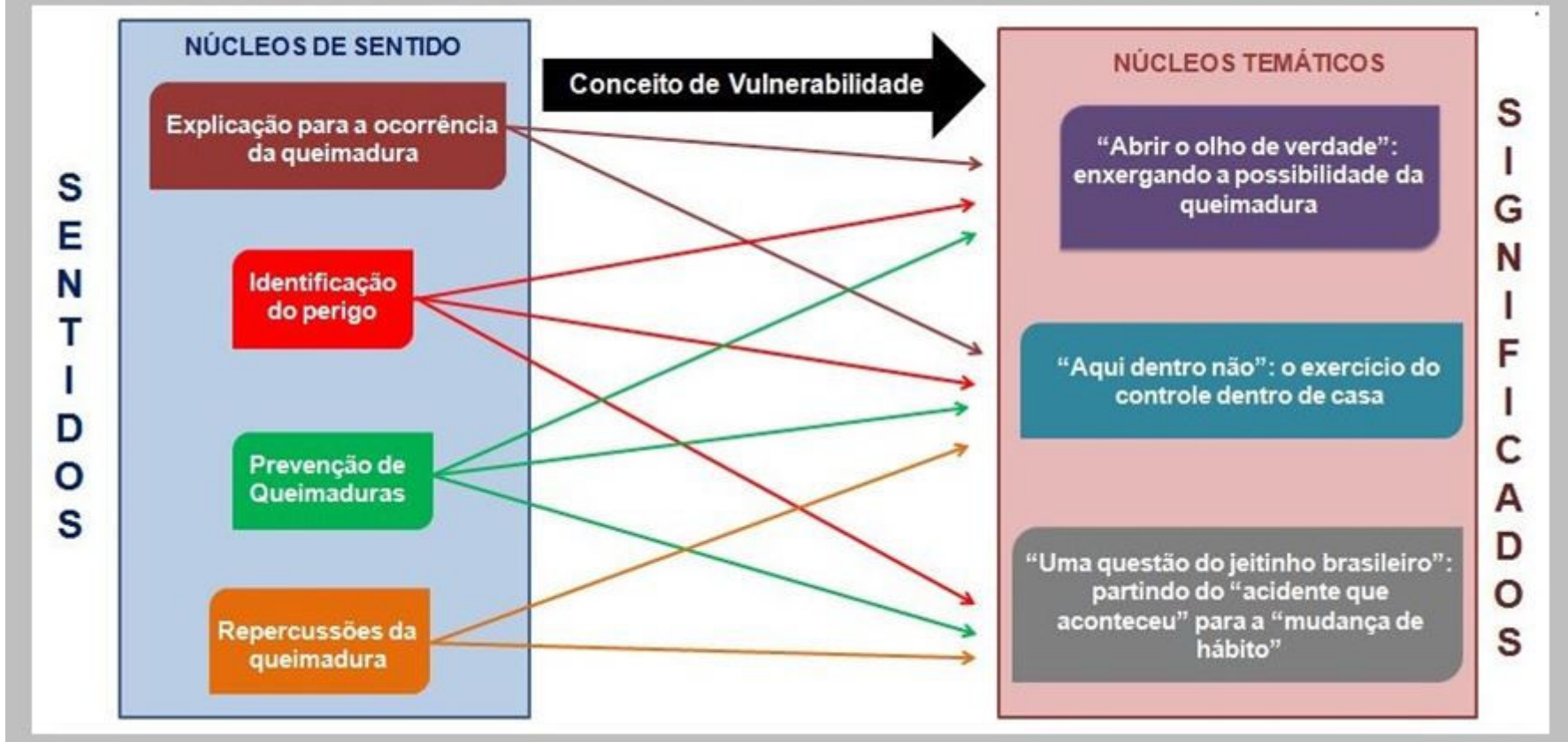


Diagrama 2 - Mapa dos significados

5 Resultados e Discussão

5.1. APRESENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS

Neste capítulo, apresentamos as seis famílias participantes da pesquisa, de modo que seus personagens e o contexto no qual estão inseridos sejam compreendidos. Ao final do capítulo, fizemos uma síntese sobre o que estas famílias têm em comum e também as suas singularidades.

5.1.1. Família do André

André, cinco anos, procedente de Ribeirão Preto, é um menino muito dócil e falante. Sua pele é morena clara, com cabelos encaracolados. Cursa a pré-escola. É muito apegado à sua mãe, 25 anos, que estudou até o 7º ano do ensino fundamental e trabalha como entregadora de panfletos. A mãe não está mais casada com o pai de André, o qual é usuário de drogas e ex-presidiário. Por essas razões, os membros da família tem pouco contato com o pai, e não se sentem muito à vontade para relatar mais detalhes sobre essa relação.

A mãe de André tem mais dois filhos. A irmã do André, oito anos, que cursa o 4º ano do ensino fundamental, e o irmão, dois anos, que ainda não frequenta nenhuma instituição de ensino. Quando a mãe sai para trabalhar, os filhos ficam na casa de uma tia ou sob a supervisão de alguma vizinha. A irmã de André ajuda a mãe a cuidar dos irmãos menores, inclusive cozinhando ou esquentando a comida, quando necessário.

Todos são evangélicos e frequentam a Igreja Universal do Reino de Deus, diariamente, no período da noite. A mãe de André refere que, além de ser um apoio espiritual, a igreja também é considerada uma forma de lazer para ela e sua família. Moram em uma favela. A família é de classe popular, e vive com o salário da mãe, que é de aproximadamente R\$ 680 reais, além da renda do programa Bolsa Família e de uma ajuda da igreja que fornece uma cesta básica mensalmente. Moram em uma favela. As classes populares são compostas pela população dos centros urbanos, a qual possui condições de vida precárias, devido à baixa qualificação ocupacional e escolaridade; e acesso reduzido aos serviços públicos, como, por exemplo, educação e saúde (ROMANELLI, 1997).

Anteriormente ao acidente da criança, não possuíam fogão a gás, principalmente pelo custo da compra do gás de cozinha. A casa tem um fogão à lenha, e esta realidade é frequente em outras casas desta comunidade. Nos dias antecedentes ao acidente de André, havia chovido muito e molhado a lenha, impossibilitando a mãe de cozinhar desta forma. Como alternativa, um vizinho sugeriu a ela improvisar uma “boca de fogão” com uma latinha de leite e álcool líquido. O vizinho ensinou a mãe de André a colocar o álcool dentro de uma latinha e, posteriormente, acender o fogo com um palito de fósforo. A mãe já havia feito isso algumas vezes, entretanto, no dia do acidente, num dado momento, a mãe achou que a chama estava fraca e resolveu colocar mais álcool. Quando ela jogou o álcool, veio uma chama intensa que atingiu a criança que estava perto. A família havia ido à igreja, e como já era tarde da noite, a criança estava ansiosa para comer. Seus irmãos brincavam no quarto ao lado da cozinha. A criança queimou 18,5% da SCQ, atingindo face, cervical, membros superiores e tronco. Ficou 25 dias internado. Passou por duas cirurgias, três curativos sob sedação, além de curativos diários, com analgesia via endovenosa e fisioterapia. Nunca tiveram experiência prévia de queimadura grave na família; apenas a mãe relatou que já se queimou cozinhando, mas foi uma queimadura leve, que não necessitou de tratamento. A mãe e a criança explicaram como aconteceu a queimadura:

Eu tinha acabado de chegar da igreja. Era mais ou menos umas 10 e meia, 11 horas. Eu cheguei em casa e fui fazer janta. A primeira coisa que eu fiz foi abrir a porta, entrei, coloquei eles [referindo-se aos filhos] no quarto e fui fazer janta. Ele [criança vítima da queimadura] estava angustiado porque ele queria comer pra dormir, ele estava em desespero. Eu não sei o que aconteceu. Eu coloquei o palito lá dentro [da latinha], peguei o álcool e coloquei um pouco. Só que aquilo não fez a chama, fez tipo aquela chama enorme [a mãe deu ênfase para a chama, gesticulando com os braços, para me dizer que a chama era grande]. (Mãe do André, 25 anos)

Eu estava vendo a comida que a minha mãe estava fazendo. Todo dia agora, ela fazia com o álcool. Dessa vez, tinha dois palitos dentro daquela latinha. Sabe aquela latinha de leite? A mãe cortou ela e pôs em cima do fogão. Você pôs o álcool primeiro, pôs o palito e depois fez comida. Foi secando o álcool, aí tinha dois palitos acesos, aí minha mãe jogou e explodiu. E o fogo foi lá pro alto. Aí, pegou em mim. (André, 5 anos)

Minha observação participante acrescenta detalhes sobre a condição econômica desfavorecida da família, incluindo o ambiente em que eles vivem:

Encontrei a mãe e a criança num retorno ambulatorial do Centro de Tratamento de Queimaduras, dia no qual eles compareceram com atraso do horário marcado. O atraso e as faltas frequentes, neste ambulatório e no de fonoaudiologia, foram justificados pela mãe devido ao fato de não ter recebido autorização do patrão para liberá-la da jornada de trabalho. Neste dia, a criança estava vestida com uma camiseta, uma bermuda e de chinelos. As roupas e o pé da criança estavam um pouco sujos de terra. Conversei com eles e acompanhei a consulta de fisioterapia, na qual a fisioterapeuta sugeriu passar manteiga de cacau nos lábios da criança e fazer massagem para ajudar na retração labial que ele já estava apresentando. Entretanto, a mãe referiu que não tinha condições para comprar, pois até a passagem de ônibus para voltar para casa deveria ser solicitada à assistente social do hospital. Nesta consulta, ela também disse que seus filhos tomam banho gelado, porque a casa não tem chuveiro elétrico. Durante outras entrevistas que fiz enquanto a criança ainda estava internada, lembro-me de que a mãe referiu que moravam numa favela, num barraco de madeira. A casa possuía apenas três cômodos, que eram: um quarto, uma cozinha e um banheiro. O fogão era a lenha e ficava no quintal, em frente à casa. Posteriormente à queimadura da criança, a família ganhou de presente de uma tia um fogão a gás, com um botijão. Estes agora ficavam localizados nesta cozinha e ela havia desativado o fogão a lenha. Também referiu que possuía, na cozinha, uma geladeira, uma mesa e um armário. No quarto, relatou que tinha uma cama de casal, na qual dormiam ela, a criança e o filho mais novo; uma cama de solteiro onde dormia a filha mais velha; um guarda-roupa; e uma televisão. (Resumo de Observações participantes dos dias 26.02.2012 e 28.06.2012)

Infelizmente, devido às faltas constantes aos retornos ambulatoriais, perdi o contato com a família. A mãe da criança não possuía telefone, e o único número que eu tinha, o qual era de uma tia, não tive sucesso ao tentar contatá-la. Eu também tinha o endereço da família, entretanto, o risco, como pesquisadora, de adentrar em uma favela, sem contato prévio com a família para a autorização, além do fato do pai da criança não me conhecer e ser usuário de drogas, impediu-me de aprofundar mais nessa coleta dos dados. Mas, como os contatos que consegui durante a internação e dois retornos ambulatoriais foram ricos, e com a contribuição dos dados para analisar a influência dos aspectos socioculturais na prevenção da queimadura, optamos por manter essa família em meu estudo.

5. 1. 2. Família da Bruna

Bruna, um ano, é uma menina quieta e que se sentia um pouco amedrontada com a equipe do hospital. Apesar da pouca idade, se mostrou uma criança muito forte durante todo o seu tratamento. Com o pai, 30 anos, e sua mãe, 25 anos, ela era muito

apegada. Lembro-me de como ela deitava no colo do pai, repousando a cabeça em seu ombro. Cena que dava vontade de voltar a ser criança.

Bruna também é muito apegada ao seu irmão, sete anos, e sua irmã, de quatro anos. Como ambos eram crianças e suas visitas não eram permitidas no hospital, aos domingos eles iam até a rua lateral ao hospital e viam Bruna pela janela. Todos demonstravam imensos sorrisos ao se olharem.

O pai de Bruna é um pai muito cuidadoso e presente. Revezava todos os dias os cuidados da Bruna no hospital para a mãe poder ir para casa rever as outras crianças, que sentiam muita falta da mãe. Ele se sentiu muito culpado pelo acidente da filha, mas superou a culpa com o apoio das palavras de pessoas próximas a ele. A mãe de Bruna também é uma mãe muito zelosa e que demonstra fazer de tudo pelos seus filhos.

A família é de camada média. As camadas médias são compostas por trabalhadores não-manuais, assalariados ou não, os quais fazem parte de um universo social heterogêneo, que possui determinantes econômicos e culturais (ROMANELLI, 1995). Os pais trabalham e ganham juntos dois salários mínimos. São católicos praticantes. Vivem numa casa própria, que está sendo reformada aos poucos. Nesta reforma, o pai pensava em fazer uma área de lazer com uma churrasqueira e piscina para as crianças.

A família tinha o hábito de frequentar churrascos na casa do avô da criança, o qual é churrasqueiro profissional, mas no dia da ocorrência da queimadura, o avô não podia estar presente. Resolveram improvisar uma churrasqueira com tijolos no quintal de casa. A criança queimada e sua irmã mais velha brincavam de bola no quintal, próximo à churrasqueira. A churrasqueira já estava acesa, mas o pai achou que não tinha pegado fogo. Decidiu colocar mais álcool e, nesse momento, subiu uma chama em direção à sua mão, a qual segurava uma jarra com um restante do álcool. Ele soltou a jarra e esta atingiu a Bruna, que tinha ido perto da churrasqueira para buscar a bola. O pai não havia visto a menina, que estava atrás dele. A mãe estava mais longe, na área de serviço próxima ao quintal, colocando roupa na máquina de lavar. A criança queimou 16% da SCQ, atingindo face, ombro e membros superiores. Ficou 18 dias internada. Passou por duas cirurgias, dois curativos sob sedação e curativos diários, com analgesia via endovenosa.

Na família, a irmã do pai da criança teve experiência de queimadura grave que necessitou de internação, causada por cera depilatória. A própria criança, dez meses depois do acidente, queimou-se novamente com caldo de frango, no membro superior

esquerdo. A queimadura foi de 2º grau, superficial, e a própria mãe cuidou da criança em casa. A mãe relembra o primeiro acidente da filha:

A gente estava no meu quintal e ela estava brincando de bola junto com a minha outra menininha de quatro anos; e ela estava um pouco mais afastada da churrasqueira. Era uma churrasqueira improvisada. Eram seis tijolos e um piso pra não poder vazar embaixo; o carvão e mais seis tijolos em cima de uma mesa. Na hora, eu estava colocando a roupa na máquina. A minha varanda é de frente para onde a gente estava no quintal. Nisso, o meu marido foi buscar o álcool num posto de gasolina. Eu moro perto de um posto de gasolina. Foi até com uma jarrinha de suco pequenininha que ele foi buscar esse álcool, porque era muito pouquinho. E ela [referindo-se à Bruna] veio pra pegar a bola. Ele [referindo-se ao marido] estava de costas pra nós, bem perto da churrasqueira. Ela veio pra pegar a bola, ela sentou. No que ela sentou, ele já tinha jogado [referindo-se ao álcool]. O fogo veio junto com a mão dele. Ele chacoalhou a mão e, a hora que voltou, acertou nela. Aí o fogo se alastrou pelo rosto e nos dois bracinhos. (Mãe da Bruna, 25 anos)

O avô da criança queimada já trabalhou como churrasqueiro e costuma fazer churrascos frequentemente, como forma de lazer em sua casa. Por isso, a família da criança queimada tinha o hábito de frequentar tais churrascos. Entretanto, nesse dia, a família não pode contar com o apoio do avô. Então, resolveram improvisar uma churrasqueira com tijolos no quintal e “*fazer uma carninha em casa*”:

Eu faço [churrasco] na casa do meu sogro, porque ele é churrasqueiro. Nesse dia, meu sogro não podia, aí a gente foi tentar fazer. (...) Só eu, minha mulher e as crianças. Eu fui acender a churrasqueira e tinha conseguido acender a primeira vez. [Mas, depois] eu fui lá olhar e estava meio apagada. Aí, eu com uma jarra, eu pus o álcool. Pus o álcool na churrasqueira de novo, jogando um pouco. O fogo voou na minha mão. Na hora que voou, eu joguei ele para o chão, pra sair da minha mão e ela estava atrás de mim. Sem eu ver, acabou pegando no rosto dela. (Pai da Bruna, 30 anos)

Minha observação participante sobre o ambiente doméstico em que a família vive e a foto, a seguir, auxiliam a entender o seu contexto socioeconômico e fornecem uma visão do local de ocorrência da queimadura:

A rua onde a casa se localiza é uma travessa, estreita, passam poucos carros. As casas da vizinhança são mais novas e têm um melhor acabamento externo do que a casa da criança. A casa da Bruna está em reforma. A pintura é velha, portão enferrujado. A garagem é pequena, apenas cimentada, sem piso. Há um corredor lateral que dá acesso a

um quintal nos fundos da casa. O primeiro cômodo da casa é a sala, que tem um sofá de dois e três lugares e um móvel de madeira que apoia uma televisão de 29 polegadas. O piso é de taco. Ao lado da sala, há duas cozinhas: uma antiga e uma nova, recém-reformada. A cozinha antiga, também possui uma copa. Nesta parte, há apenas um armário de aço, uma geladeira velha, um fogão antigo de quatro bocas, no qual a boca da frente, do lado direito, não tem a proteção, fazendo com que saia mais gás e, conseqüentemente, produz uma chama mais forte. Os pais da criança já haviam mencionado sobre este fogão em uma das entrevistas. O fogão estava com a tampa de vidro abaixada, coberto por um pano e com diversas louças apoiadas em cima da tampa, dando a impressão de que estava fora de uso, assim como mencionado pela mãe, durante a entrevista. Do lado do fogão, um botijão de gás. Ao lado da cozinha antiga, encontra-se a cozinha reformada. Nesta cozinha, piso, pintura, pia, geladeira e fogão são novos. A geladeira ainda está revestida com plástico, revelando nunca ter sido usada. No teto, o suporte de luz não está fixado e, por isso, os fios ficam expostos. Ao lado da pia, numa pedra de apoio, havia um pano grosso e um ferro de passar roupas. Após passar pela cozinha nova, há uma pequena área de serviço com tanque, máquina de lavar e um varal de teto, no qual a mãe estava pendurando roupas no momento da ocorrência da queimadura. De onde ela estava posicionada, ela tinha visão das crianças brincando no quintal e de seu marido acendendo a churrasqueira. De frente a este espaço, fica um quintal amplo, metade descoberto, metade coberto por um telhado. Há um botijão de gás; uma mesa pequena de madeira que apoiava uma pilha de roupas para passar; e uma estante de madeira com diversos objetos, dentre eles, uma grelha de churrasco. Piso apenas cimentado; muro sem reboco, sem azulejo, com os tijolos à vista. Existe uma área, com terra e concreto entulhados, onde será construído um quarto para as crianças. Mas, não há sinais de que esta obra está em andamento no momento, pois não vi materiais de construção ou utensílios de obra. Neste quintal, foi onde ocorreu o acidente. A churrasqueira improvisada com tijolos não estava mais no local, mas ainda havia marcas no chão causadas pelo plástico derretido da bola que a criança brincava e que estourou, ao encostar no fogo. (Observação participante 01.02.13)



Figura 1 - Local do acidente, detalhe das marcas de plástico da bola que estourou ao tocar o fogo. Família da Bruna. Autor: Pesquisadora

5. 1. 3. Família da Camila

Camila, oito anos, é uma menina muito bonita e vaidosa. Pele branca, cabelos encaracolados. Tem uma personalidade forte. Cursa o 3º ano do ensino fundamental, numa escola pública. Sua mãe tem 39 anos e, seu pai, 38 anos. Tem mais três irmãos, mas é a caçula da casa.

A mãe da Camila é uma mãe que trata a filha com uma educação firme. Está sempre colocando limites a ela, pois considera Camila uma criança “levada”. Um dos irmãos de Camila foi preso recentemente na Fundação Casa e, talvez por isso, a mãe procura sempre dizer à criança o que deve e o que não deve ser feito. A mãe da Camila completou o 8º ano do ensino médio e trabalha como faxineira. O pai estudou até o 6º ano e é mecânico. Os dois juntos possuem uma renda de, aproximadamente, R\$1500,00. A família é de classe popular. Todos são evangélicos e vão à igreja periodicamente.

O pai da Camila não fez nenhuma visita à criança quando ela estava internada. Ele dizia que não suportaria a dor de ver sua filha e os outros pacientes vítimas de queimaduras. Tal sentimento se deve ao fato de que ele, quando criança, também sofreu queimaduras e possui as cicatrizes até hoje. O pai não fala muito sobre isso dentro de casa.

No dia do acidente, a criança queimada brincava “de comidinha” com a sua prima em frente à sua casa. A prima já havia acendido o fogo com um isqueiro, mas pediu para a Camila buscar álcool dentro de casa. A criança pegou um pouco de álcool,

colocou num potinho de iogurte e quando estava no meio do caminho, ela tropeçou numa pedra, derrubando o álcool em cima do fogo. Assim, a chama veio em sua direção, acometendo tronco e membros superiores, com 8,3% da SCQ. Ficou internada por 37 dias. Passou por duas cirurgias, um curativo sob sedação, além de curativos diários com analgesia via endovenosa e fisioterapia.

O pai da criança queimou-se gravemente com álcool aos cinco anos de idade e, naquela época, ficou nove meses internado. Um tio da criança também teve queimaduras graves na face, causadas por álcool. A criança narra os acontecimentos:

Nós estávamos brincando na rua (...) em frente à casa. (...) Eu ia por no fogo, na panela, pra brincar de comidinha. (...) Minha prima falou [para pegar o álcool] e eu fui pegar (...) na casa da minha tia. Eu peguei o álcool (...) num potinho de Danone. (...) Quando eu cheguei na mesa com o álcool, eu escorreguei. (...) Tinha uma pedra. Aí, eu caí, o álcool foi lá e voltou em mim. (Camila, 8 anos)

Às vezes, a criança fica sozinha em casa, sem a supervisão de um adulto, pois nem sempre a mãe consegue realizar suas atividades, como por exemplo, trabalhar ou comparecer a um retorno médico, em um horário em que a criança esteja na escola. A família também mora num bairro de classe popular, onde é comum encontrar entulhos jogados nas ruas e calçadas. A criança queimada tinha o hábito de brincar na rua, inclusive com esses entulhos. Ela e sua prima, assim como diversas outras crianças de sua idade, brincavam frequentemente de “comidinha”. Mas, nesta “brincadeira”, cozinhavam com fogo de verdade, num fogão improvisado com tijolos, colocando fogo na lenha, mas sem utilizar o álcool. A mãe comenta sobre esses fatos:

Aquele dia, eu não queria ir lá [referindo-se a um hospital que ela vai para fazer um tratamento dentário]. [Eu vou] toda semana. Só que eu vou no horário que ela está na escola. Aquele dia demorou um pouco. (...) Se eu pudesse ficar em casa, não teria acontecido isso com ela. (...) Elas estavam brincando. (...) Tinha fogo, sofá, televisão de mentira. Um monte de tranqueraçada. Estava essas coisas aí, o fogãozinho (...) de tijolo de cá e, o outro, de lá. Elas faziam arroz, feijão, carne. Tudo de verdade! É que a menina [referindo-se à prima da Camila], (...) ela mandava as crianças ir buscar óleo, cebola. (...) E punha as panelas ali. Então, foi ali que elas fizeram fogo pra fazer comidinha. (Mãe da Camila, 39 anos)

Minha observação participante e as fotos, a seguir, acrescentam detalhes sobre a condição econômica desfavorecida da família, incluindo o ambiente em que vivem e o local da ocorrência da queimadura:

A rua onde a casa se localizava é uma rua sem saída. As casas da vizinhança são casas de alvenaria, dispostas cada uma em seu terreno. A casa da Camila também é uma casa de alvenaria, mas sem acabamento e sem laje. Fica situada num terreno amplo, retangular, com mais outras três casas. A casa de frente da casa da Camila é da tia dela, e elas são muito parecidas. Nenhuma das duas casas tem uma infraestrutura adequada. As outras duas casas são de vizinhos que não são parentes. Já faz 15 anos que eles moram nesse local. Neste terreno, onde diversas pessoas circulam, há muita terra, mato e pedras; duas árvores grandes de seriguela; um canil, com dois cachorros bravos que ficam presos em correntes; diversos gatos, adultos e filhotes, e uma galinha, os quais ficam soltos no terreno. No telhado da lavanderia, a qual é comunitária, vi um rato de porte médio. Nesta lavanderia, há uma lavadora de roupas, antiga. Próximo à tomada, que liga a lavadora, há um cano de água que fica vazando constantemente. Por causa disso, a mãe da criança referiu que sempre leva choque ao tentar ligá-la. Quando cheguei, a mãe da Camila estava lavando o quintal e me convidou para sentar numa cadeira de plástico, no próprio quintal, em frente à sua casa e de sua irmã. Ali ocorreu a maior parte da entrevista. Posteriormente, quando pedi para Camila tirar as fotos dos locais que ela considerava perigoso para queimar dentro de casa, fui convidada por ela e pela sua mãe para entrar na mesma. Adentra-se na casa pela cozinha. Logo ao lado, há uma meia parede que divide a cozinha e a sala. A cozinha possui uma pia, um armário suspenso na parede, um fogão de quatro bocas, um botijão de gás e uma geladeira. A mãe da Camila me informou que a geladeira estava quebrada. Notei que a geladeira, hoje, está sendo usada como armário. A família utiliza a geladeira da casa da tia da Camila. Na sala, há um sofá de três lugares e algumas cadeiras, um pequeno móvel que guarda livros, papéis e cadernos e outro móvel que apoia uma televisão de 14 polegadas. Na parede da sala, vi quatro quadros pintados à mão. A mãe da criança verbalizou que foram confeccionados pelo irmão da Camila, que tem 17 anos, durante a permanência do mesmo na Fundação Casa. Saíndo da sala, pelo lado esquerdo, há um corredor estreito, que dá acesso a três cômodos (um banheiro e dois quartos). Num dos quartos, onde dormem os filhos homens, há apenas um beliche e uma cama tubular, dispostos em forma de “L”. Chamou a minha atenção, neste quarto, os fios que ligam a lâmpada no teto do quarto e uma tomada que fica sob a cama da parte inferior do beliche. Ambos são improvisados e com fios soltos. No outro quarto, dormem o casal e a criança queimada. Com relação aos móveis, há uma cama de solteiro, uma cama de casal, um guarda-roupa de cinco portas e seis gavetas; e um pequeno móvel de madeira que apoiava um ferro de passar roupas. Todos os cômodos da casa possuem janelas. Entrei em todos eles, com exceção do banheiro. Em frente ao terreno que a família mora, no fim da rua, há uma espécie de pomar, que possui algumas árvores, mato e diversas pedras. Há também, no meio do pomar, um vão de, aproximadamente, 60cm,

recoberto de cimento nas laterais, marcado com a inscrição “FEPASA”. Isto parece ter tido alguma função relacionada a uma linha de trem que passa próximo ao local. Foi neste lugar que a criança e sua prima improvisaram um “fogãozinho” para brincar de comidinha, e a Camila se queimou ao tropeçar numa pedra. Este local fica próximo a um barranco de, aproximadamente, 5m. Aos pés do barranco, encontra-se uma linha de trem ainda em funcionamento. Diversas crianças brincam neste espaço, sobem e descem o barranco por meio de uma corda que fica amarrada numa árvore e andam pela linha do trem. Trata-se de um local de risco, muito favorável a diversos tipos de acidentes. (Observação participante, 18.03.2013)



Figura 2 - Local do acidente. Detalhe do vão onde a criança improvisou um “fogãozinho”. Família da Camila. Autor: Camila



Figura 3 - Local próximo ao acidente. Detalhe da linha do trem. Família da Camila. Autor: Pesquisadora



Figura 4 - Local ao lado do acidente. Detalhe para onde a criança utilizou água e lama para apagar o fogo e do terreno irregular, com mato e pedras, em uma das quais a criança tropeçou e caiu sobre o fogo. Família da Camila. Autor: Camila

5. 1. 4. Família do Daniel

Daniel, nove anos, é um menino muito inteligente e maduro para sua idade. Possui uma pele de cor morena e cabelos crespos. Tem sempre um comportamento

curioso e aprende coisas novas com facilidade. Cursa o 4º ano do ensino fundamental, em uma escola pública. É muito apegado ao irmão de oito anos.

Os avós de Daniel, ambos com 60 anos, criam seu irmão e ele, desde que nasceram, como se fossem seus filhos. O pai biológico de Daniel, que tem 28 anos, é um dos sete filhos do casal. O pai mora na cidade de São Paulo. A mãe biológica das crianças é separada do pai de Daniel e já possui outro marido e outro filho. Os meninos têm pouca convivência com a mãe, porque não apresentam uma boa relação com ela, e muito menos com o seu marido, que é ex-presidiário e usuário de drogas.

Todos os membros da família são evangélicos e frequentam a igreja, toda semana. A avó de Daniel é uma senhora amável e falante. Demonstra muito amor pelos netos. É firme na educação dos mesmos e sempre fala de limites e valores. Estudou até o 8º ano do ensino fundamental e é do lar. Possui como renda a bolsa família referente aos meninos e uma ajuda financeira de R\$150,00 que os filhos mais velhos dão a ela. O avô de Daniel é um senhor educado, que trabalha como ajudante geral e vigia de uma funerária. Cursou apenas o 2º ano do ensino fundamental. Sua renda é de dois salários mínimos.

Atualmente, a família vive numa casa cedida pelo patrão do avô de Daniel. Trata-se de um sobrado de alvenaria, mas com uma ventilação precária, por ser construída dentro de um galpão onde se encontram os escritórios da funerária. Entretanto, a família considera que esta casa é melhor do que a casa em que viviam na data da ocorrência da queimadura. A família se mudou quatro meses depois do acidente.

No dia do acidente, Daniel, seu irmão e um amigo estavam brincando no quintal da casa do amigo, que era vizinho dos irmãos, na época. Empinar pipa era a brincadeira favorita dessas crianças, a qual é muito comum entre meninos e em classes populares. Infelizmente, apesar de proibido por lei, muitas crianças gostam de passar cerol na linha da pipa. Esse hábito é motivado por uma competição, entre aqueles que estão com as pipas no céu, e serve para cortar a pipa do adversário. Empinar pipa com cerol fazia parte da rotina do amigo da criança queimada, mas era a primeira vez que ele tentava esquentar a massa do cerol. Daniel nos explicou com suas palavras:

O menino tinha me chamado para ir brincar. (...) Eu nunca fiz cerol com fogo. Era a primeira vez que ele tinha feito o cerol com fogo. (...) Pega caco de vidro e bate até fazer pó, aí mistura com cola. (...) O fogo era para o cerol ficar quente para ficar melhor para ele fazer. (Daniel, 9 anos)

Para esquentar, inicialmente, o amigo colocou álcool em uma latinha com a massa do cerol e depois jogou um fósforo. Visto que o fogo não foi muito intenso, resolveu jogar mais álcool e outro fósforo, e foi então que, nesta segunda vez, o fogo veio em direção ao Daniel. Nem Daniel, nem o seu irmão, estavam manipulando o álcool. Ele queimou 10,3 % da superfície corporal, acometendo axila, membro superior esquerdo, membro inferior esquerdo e face. Ficou internado por 29 dias. Passou por duas cirurgias, um curativo sob sedação, além de curativos diários com analgesia via endovenosa e fisioterapia. Os relatos da mãe e da criança explicam o acidente:

Eu [criança vítima de queimadura] estava sentado perto do negócio que tinha lá. Aí o moleque pegou um pedaço de lata de cerveja, colocou álcool, tacou lá por dentro. (...) Ele catou o fósforo e tacou só um pouquinho de álcool. Aí acendeu só um pouquinho do fogo. Ele tacou o álcool (...) para cima, o álcool caiu e veio um negócio branco para cima de mim. Não deu tempo de eu correr. Então, eu fechei o olho e caiu em mim. Eu saí correndo depois que caiu e aí começou a pegar fogo em mim e na minha roupa. (Daniel, 9 anos)

Ele [referindo-se ao Daniel] tinha chegado da igreja, e me pediu para visitar a irmãzinha desse menino [referindo-se ao amigo da criança queimada]. Ela fez cirurgia das duas pernas, (...) porque ela tropeçava, tinha os pezinhos tortos. E era quase hora de almoço. Eu falei para ele ir um só um pouquinho. Eu não estava querendo deixar, mas ele insistiu e eu deixei que ele fosse. (...) Eu estava sentindo que alguma coisa de mal ia acontecer com ele. (...) E ele foi na [casa da] avó desse menino. Eles são acostumados a brincar lá. A senhora está sempre olhando eles, e nesse dia, ela estava na cozinha. (...) Então, o menino estava preparando num sei o que lá, massa, farinha de trigo, sei lá o que eles estavam preparando [referindo-se a massa do cerol]. E no momento que o menino colocou o álcool e acendeu o fósforo, o menino achou que não tinha pegado fogo. Aí colocou mais álcool e balançou a garrafinha de álcool. Foi aonde o álcool pegou na roupa do Daniel e já, na hora, pegou fogo. (Avó de Daniel, 60 anos)

Como a queimadura ocorreu na casa de um amigo, não tive acesso ao local do acidente. Mas minha observação participante, sobre o ambiente doméstico que a família vive, nos auxilia a entender o seu contexto socioeconômico:

A família do Daniel vive num galpão de uma funerária. Este galpão é amplo, com dois andares, e abriga, além da casa deles, diversas salas que servem de escritório da funerária. A casa foi cedida para o uso da família, porque o avô da criança trabalha como segurança e serviços gerais neste local. O galpão tem janelas e portas grandes, garantindo uma boa ventilação, quando estão abertas. Entretanto, como a casa foi construída dentro deste galpão, quando as portas e janelas estão fechadas, eu suponho que a ventilação da casa deva ficar prejudicada.

A casa é um sobrado, feito de alvenaria e possui piso. As paredes são da cor azul e a pintura não é nova. Há um espaço em frente à casa que serve como um pequeno quintal, onde há alguns materiais guardados, vasos de plantas e um varal para pendurar roupas. A porta de acesso a casa é a porta da cozinha. É uma cozinha ampla, com janela. Possui fogão de quatro bocas, um micro-ondas, uma geladeira, uma pia, uma mesa de quatro lugares, um botijão de gás, dois armários e uma prateleira que apoia ganchos onde se penduram panelas. Do lado direito da cozinha, há uma escada que leva ao piso superior que abriga um banheiro e dois quartos, um do casal e outro da criança queimada e seu irmão. Não fui convidada para conhecer estes cômodos. Do lado esquerdo da cozinha, há uma porta para entrada da sala. A sala é retangular, de tamanho médio, com uma janela pequena. Possui um sofá de três e outro de dois lugares dispostos em “L”, um ventilador de chão, um rack que apoia uma televisão de 14 polegadas e um conversor de TV a cabo. Na parede, vi um calendário anual com uma foto de Jesus Cristo. No meio do espaço da sala, há um banheiro pequeno, com um vaso sanitário, uma pia, um chuveiro elétrico, sem box. Chamou a minha atenção o fato de o banheiro não ter nenhuma janela. Por todos os cômodos, a fiação era visível. Esta não era a casa que a família morava na época do acidente. Mudou-se para esta casa há um mês e meio. (Observação participante, 22.01.2013)

5. 1. 5. Família do Eduardo

Eduardo, 9 anos, é uma criança muito ativa e falante. Tem pele clara e cabelos lisos pretos. Tem uma personalidade forte e é apegado à família, mas refere que não possui muitos amigos. Ele tem diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), e a mãe considera que as crianças da mesma idade com quem ele se relaciona não possuem paciência com o Eduardo, o que dificulta a manutenção dos laços da amizade. Cursa o 4º ano do ensino fundamental, numa escola particular ligada à Igreja Cristã que a família frequenta.

Sua mãe tem 35 anos e seu pai, 39 anos. A mãe de Eduardo não completou o ensino médio e é do lar. Vive para os filhos. Refere que cuidar do Eduardo demanda muita energia da sua parte, porque necessita impor limites ao filho todo o tempo. O pai de Eduardo concluiu o ensino médio e trabalha como taxista. Também contribui muito para a educação firme com o Eduardo. O pai ganha, aproximadamente, R\$ 3000,00 por mês. Constituem uma família de camada média. O casal ainda possui uma filha de 12 anos. A irmã é uma criança menos comunicativa que Eduardo e menos agitada. Como grande parte dos irmãos, brigam bastante, mas se gostam muito.

No dia da ocorrência da queimadura, houve uma queda de energia na casa, no período da noite. A irmã da criança ainda não havia tomado banho, e a mãe da criança

resolveu acender um lampião para iluminar o banheiro, já que a irmã estava com medo do escuro. A mãe nunca havia manipulado o lampião. Ela estava na cozinha e tentou encaixar o botijão de gás no lampião, mas acabou furando o botijão. Entretanto, havia uma vela, perto do lampião, que estava acesa para ajudar a iluminar o mesmo. Quando o gás encontrou o fogo da vela, houve uma explosão intensa e, conforme o gás vazava, o fogo se espalhava. A explosão atingiu a mãe que começou a gritar. Eduardo estava num corredor lateral à cozinha e entrou no ambiente para socorrer a mãe. Como ainda havia o vazamento do gás e o fogo, a criança também acabou se queimando. A queimadura atingiu 7% da SCQ, acometendo membros inferiores, abdome e face da criança. Mãe e filho ficaram internados por dez dias. A criança passou apenas por um curativo sob sedação e curativos diários, com analgesia via endovenosa.

A própria criança já havia se queimado aos dois anos de idade, quando encostou seu peito numa churrasqueira que estava quente. Não necessitou de internação, mas fazia curativos diários em posto de saúde. Mãe e filho relembram com detalhes o acidente:

Tinha acabado a energia. (...) Eu estava na sala levando uma lanterna para minha avó. Eu estava voltando [para a cozinha] porque eu queria ficar com a minha mamãe. Ai eu fui lá, fiquei do lado dela. Ela não queria ajuda, mas eu queria ajudar. (...) Eu vi o gás vazando e só na hora que pegou fogo. Aí não deu tempo de avisar. Pegou fogo em tudo, pegou fogo na parede. E eu saí gritando. (...) E ele ficou me seguindo, o fogo. Eu ia para um lugar e ele me seguia. (...) Era o inferno sim. (...) O inferno é o fogo e o fogo é o inferno! O inferno me seguiu. (...) De repente, eu estava correndo, só vi chama. Aí de repente, eu caí e desmaiei. Eu fiquei pensando que eu ia morrer. (...) Minha mãe tentou me puxar, mas não conseguia. Aí me pegou pelas costas e me puxou assim com tudo. Me puxou para o corredor (...) e eu acordei. (Eduardo, 9 anos)

Foi numa quarta-feira à noite. Eu nunca me esqueço. Estava todo mundo esperando chuva em Ribeirão Preto, estava todo mundo desesperado. Aí veio a bendita da chuva, só que com isso, acabou a luz aqui em casa. A gente estava lá na sala vendo televisão e eu queria encerrar o movimento na casa. Então, queria que a Julia fosse tomar banho para poder ir dormir. Eu falei: “se eu colocar uma vela, alguma coisa, lá no banheiro, você vai?”. Ela falou: “vou.” Aí, eu liguei para o meu marido, (...) ele falou para mim: “pega o lampião lá na dispensa!”. Só que o lampião estava com o gás vazio. Eu peguei a recarga e para eu enxergar tudo isso, eu acendi uma vela e deixei em cima da mesa da cozinha. E comecei a tentar encaixar o lampião. Eu não sabia encaixar, porque tinham duas alças de ferro. Então, eu falei: “Quer saber? Eu vou enfiar uma alça só”. Pensei: “Eu enfio um lado. No que enfiar, vai furar, vai entrar. Aí eu pego e já enfio a outra”. (...) No que entrou, fez o primeiro furo, o gás já saiu vazando. Eu já vi o

gás. No que saiu o gás, foi direto pra vela. Eu estava bem próxima. Aí começou a chama. Ficou parecendo um jato de chama, começou a ficar chicoteando para um lado e para o outro. Ficou ali dançando pela cozinha. E nisso, o Eduardo tinha ido levar uma lanterna para a avó na sala para ela não ficar sem luz nenhuma, e vinha voltando. (...) Acabou que ele veio me ajudar. No que ele veio, acabou pegando mais nele do que em qualquer um. E só sei que, de repente, eu me vi no corredor, caída. Eu não tinha força, eu não conseguia levantar. (...) O Eduardo estava caído no chão gritando e o fogo ficou mais próximo dele, perto da porta. Acho que por isso que queimou tanto o pé dele e as duas pernas. Eu tentava pegar o Eduardo e não conseguia. De repente, uma força sobrenatural veio de mim. Eu levantei, agarrei na roupa dele e fui arrastando. Uma coisa que é força de mãe que não se explica. Ai nossa, foi horrível! A gente levantou, aí eu não me lembro, se eu gritava, se eu não gritava. Não sei de nada... (Mãe de Eduardo, 35 anos)

As fotos, a seguir, e minha observação participante sobre o ambiente doméstico em que a família vive auxiliam a entender o contexto socioeconômico deles e um pouco do local onde aconteceu a queimadura:

Logo que cheguei a frente da casa, Eduardo me recebeu no portão. Como se tratava de um portão de grades vazadas, ele viu quando eu cheguei. Trata-se de uma casa de alvenaria, com laje, piso e acabamento. É parecida com as outras casas da vizinhança. O quintal na frente da casa é pequeno e tem espaço para uma vaga de garagem. Entramos pela porta da frente que dá acesso, à esquerda, a uma sala que possui um sofá de três e outro de dois lugares, duas poltronas, um rack, uma televisão tela plana de 32 polegadas, cortinas, ventilador de teto e ar condicionado; e à direita, a outra sala menor que possui uma mesa grande, a qual apoia dois computadores e uma impressora; e uma estante de porte médio. Saindo desta sala, há um corredor que dá acesso a um banheiro e a dois quartos, os quais são da irmã e da bisavó do Eduardo. Não entrei nesses cômodos. No fim do corredor, há uma passagem para a copa. A copa é espaçosa e tem uma mesa ao centro com seis cadeiras. Também há um armário grande, uma pia, e uma pequena porta que dá acesso a uma dispensa de alimentos. A janela deste cômodo é estreita e localiza-se a uns 2,5m de altura. A cozinha fica ao lado da copa e as duas se comunicam por meio de uma porta. A cozinha é pequena e estreita. Possui diversos armários de madeira dispostos na parede. Há outra pia, um fogão de seis bocas, um micro-ondas, uma geladeira e dois freezers, sendo um mais novo que o outro, ambos em funcionamento. A cozinha tem uma segunda porta que dá passagem para um pequeno quintal e de frente para ele, separado dos outros cômodos da casa, há uma edícula com mais cinco cômodos: uma saleta, uma lavanderia, um banheiro e dois quartos, sendo um da criança e o outro de seus pais. Eu apenas conheci a saleta e a lavanderia. A saleta possui um sofá de três lugares, um ventilador de chão, um aparelho de som e um pequeno móvel de madeira no qual se apoia uma televisão tela plana de 42 polegadas com função 3D, um videogame e o conversor da TV a cabo. Do lado direito da saleta, há uma porta que vai para a lavanderia. Esta possui um tanque, uma

máquina de lavar e outra de secar roupas. Do lado esquerdo, há um pequeno corredor que dá acesso a um e aos dois quartos. A maior parte das entrevistas aconteceu na sala, nesta saleta, e posteriormente, na copa. Quando fomos para a copa, a criança me mostrou com detalhes o local do acidente. Ainda havia marcas da explosão do botijão de gás que conectava ao lampião no teto da copa, e na cortina que cobre a janela, a qual era de plástico e estava com uma pequena parte derretida. Uma das cadeiras da mesa também teve o seu forro queimado, e havia algumas marcas de mão na parede do corredor que fica em frente à copa, na qual a criança e sua mãe se apoiaram no momento de uma queda, enquanto ainda tinham fogo em seus corpos. (Observação participante, 10.01.2013)



Figura 5 - Local do acidente. Detalhe do forro da cadeira queimado pelo fogo do lampião. Família do Eduardo. Autor: Eduardo



Figura 6 - Local acima do acidente. Detalhe das marcas da explosão do botijão de gás no teto da cozinha. Família do Eduardo. Autor: Eduardo

5. 1. 6. Família do Felipe

Felipe, quatro anos, é uma criança esperta, ativa, curiosa, observadora e falante. Tem pele clara e cabelos lisos pretos, bem cheios, corte de tamanho médio, arredondado. Atualmente, cursa a pré-escola numa escola pública, em período integral. Mas, na data da ocorrência da queimadura, ainda estudava numa escola de meio período. Sua brincadeira favorita é empinar pipa e jogar videogame.

Sua mãe tem 38 anos e seu pai, 37 anos. A mãe de Felipe não completou o ensino médio e trabalha administrando uma salgaderia. O pai de Felipe concluiu o ensino médio e trabalha como eletricista, além de ajudar na salgaderia da família. Os pais trabalham muito e costumam ficar o dia inteiro fora de casa. O casal tem uma renda variável, mas em média, chega a R\$ 4000,00 por mês. Constituem uma família de camada média. A família toda é evangélica, e eles frequentam a igreja semanalmente. O

casal tem mais uma filha, 19 anos, e outro filho, de 13 anos. A irmã de Felipe é estudante do 1º ano do ensino médio, e o irmão está no 9º ano do ensino fundamental.

A filha estava morando na casa do namorado, e era o irmão quem estava acostumado a cuidar do Felipe, quando os pais não estavam em casa. No dia do acidente, os pais não haviam deixado comida pronta para as crianças e também não conseguiram buscar os mesmos em casa para levá-los à salgaderia até o fim do expediente, como era de costume. Visto que Felipe estava com fome, o irmão decidiu fritar linguiça e deixou a panela em cima do fogão com o óleo quente. Felipe sentiu o cheiro e foi mexer na panela para ver o que tinha dentro. Ao mexer na panela, a mesma virou, derrubando óleo em cima do abdome, coxa e braço direito, totalizando 5,5% da SCQ. A criança ficou internada por 10 dias, fazendo curativos diários com analgesia via endovenosa e, posteriormente, seguimento ambulatorial.

A própria criança já teve dois outros episódios anteriores de queimadura. No primeiro, queimou as palmas das mãos ao se encostar em um ferro de passar roupas; e no outro, queimou a boca, ao se encostar num fio elétrico. Em ambas as situações, a criança não necessitou de internação, mas exigiram curativos diários que foram realizados em domicílio. A criança e sua mãe relatam como aconteceu a queimadura com o óleo quente:

Eu estava no fogão e tinha uma panela lá com linguiça, mas eu não enxergava. (...) Era uma panela igual a essa aqui ó [criança aponta para uma panela de pressão que estava no meio do fogão]. [O meu irmão] estava virando; ele ia pegar o ovo. Aí, eu peguei o óleo quente e joguei em mim. (Felipe, 4 anos)

Aquele dia, ele queria fritar linguiça. (...) Não é normal fritar linguiça naquele monte de óleo que ele [referindo-se ao irmão da criança] pôs, mas ele não tem noção. E ele [referindo-se ao Felipe] com muita fome, foi lá e falou: “que delícia!” e virou a panela que estava muito quente. (...) O fogão é baixo. É de cinco bocas. Então todas as bocas ele alcançava. Não tem como você falar assim: “coloca na boca de trás”. Na boca de trás ele alcança, na do meio ele alcança, na da frente ele também alcança. (...) O certo é o que eu falei: “vai fazer comida? Tem que ficar de olho na criança!”. Porque bobeeu um minuto, (...) ele faz a arte dele. (Mãe de Felipe, 38)

As fotos a seguir e minha observação participante sobre a casa da família, nos auxiliaram a entender o contexto socioeconômico e o local de ocorrência da queimadura:

O muro da frente da casa está no reboco, distorcendo um pouco das casas da vizinhança que possuem um acabamento um pouco melhor. Ao adentrar pelo portão, vejo um quintal amplo, cimentado, sem piso. Há dois corredores laterais a casa, e no corredor do lado direito, um cachorro de grande porte estava preso. A entrada da casa se dá pela sala. A sala e todos os outros cômodos possuem piso. A sala tem um melhor acabamento, paredes com pintura, sendo que uma delas possui uma textura laranja. Há um sofá de dois e outro de três lugares, dispostos em “L”. De frente para o sofá maior, há uma estante com uma televisão de tela plana, de 42 polegadas, e outros objetos de decoração. A sala também tem um ventilador de teto. Foi na sala que se deu a entrevista. Do lado direito da sala, há uma entrada, coberta por uma “cortina” improvisada com um lençol, que dá acesso ao quarto dos filhos. Do lado esquerdo da sala, há um corredor, pelo qual se tem acesso a um banheiro; ao quarto do casal; e há um quarto que fica fechado porque guarda diversas ferramentas de trabalho do pai, que é eletricista. Eu não adentrei em nenhum dos quartos, nem no banheiro. No final do corredor, segue a passagem para uma copa que possui apenas uma mesa de madeira com seis cadeiras, um banco longo de madeira e um ventilador apoiado na parede. A copa é dividida da cozinha por uma meia-parede. A cozinha é bem ampla, e possui apenas uma pia, duas prateleiras que ficam posicionadas em cima do fogão, um armário de porte médio e um fogão. O fogão me chamou muito a atenção, porque ele não tem pés de apoio e isso faz com que ele tenha uma altura mais baixa do que normalmente um fogão apresenta. E a criança, ao se posicionar ao lado do fogão, fica com os olhos aproximadamente 10 cm acima da chama do fogão. Dessa forma, numa panela pequena, é possível a criança conseguir ver o que tem dentro. O fogão tem cinco bocas, sendo que a boca do meio é uma boca maior, que faz uma chama mais forte. Facilmente a criança tem acesso às quatro outras bocas, e caso o cabo de uma panela posicionada na quinta boca do meio esteja virado para fora, ele também consegue alcançar. A boca em que estava a panela com óleo quente que Felipe virou em cima de si mesmo era a boca da frente, do lado esquerdo do fogão. Saindo da cozinha, há um quintal nos fundos da casa. Neste espaço se encontra uma máquina de lavar, um tanque, alguns banquinhos de plástico e outros materiais guardados. Também há uma churrasqueira de médio porte, mas que é alta, e contrariamente ao fogão, a criança não consegue enxergar o seu conteúdo. (Observação participante, 14.02.2013)



Figura 7 - Local do acidente. Detalhe do fogão baixo. Família do Felipe. Autor: Felipe



Figura 8 - Local do acidente. Detalhe da boca do fogão, a qual tinha a panela que a criança derrubou. Foto tirada da altura dos olhos da criança. Família do Felipe. Autor: Felipe

Dentre as seis famílias pertencentes ao estudo, três são provenientes de classe popular (com renda de R\$810,00 até R\$1.950,00) e três são de classe média (com renda de R\$2.300,00 a R\$4.000,00). A idade das crianças vítimas de queimaduras varia entre um e nove anos, e a idade dos familiares, entre dois e 60 anos. Com exceção de uma criança vítima de queimadura, todas as outras frequentam a escola, bem como dez dos seus irmãos. Dos pais, seis possuem o ensino fundamental incompleto, cinco, o ensino médio completo e dois deles, o ensino médio incompleto. Com relação à religião, quatro famílias são evangélicas, uma católica e uma cristã. Quanto às formas de lazer das famílias, quatro delas citaram a igreja, além de churrasco, passear em praças públicas, shopping e clubes, frequentar casa de amigos e família, ir ao cinema, brincar de pipa, bicicleta e futebol (Quadro 3).

FAMÍLIA DO ANDRÉ

Parentesco	Idade (em anos)	Escolaridade	Religião	Profissão/Ocupação	Renda familiar	Formas de lazer
Criança**	5	Cursando pré-escola	Evangélica universal, praticante	Estudante	-	Igreja
Mãe*	25	Ensino fundamental incompleto	Evangélica universal, praticante	Entregadora de panfleto	R\$680,00+ R\$130,00 (bolsa família) + cesta básica da igreja	Igreja
Irmã	8	Cursando 4º ano	Evangélica universal, praticante	Estudante	-	Igreja
Irmão	2	-	Evangélica universal, praticante	-	-	Igreja

FAMÍLIA DA BRUNA

Parentesco	Idade (em anos)	Escolaridade	Religião	Profissão/Ocupação	Renda familiar	Formas de lazer
Criança**	1	-	Católica, praticante	-	-	Parque de diversão, churrasco
Mãe*	25	Ensino médio completo	Católica, praticante	Comércio (faz serviço de banco)	R\$ 2300,00 (os dois juntos)	Parque de diversão, churrasco
Pai*	30	Ensino médio incompleto	Católica, praticante	Coordenador de motoqueiro		Parque de diversão, churrasco
Irmã*	4	Pré-escola	Católica, praticante	-	-	Parque de diversão, churrasco
Irmão	7	Cursando 2º ano	Católica, praticante	-	-	Parque de diversão, churrasco

FAMÍLIA DA CAMILA

Parentesco	Idade (em anos)	Escolaridade	Religião	Profissão/Ocupação	Renda	Formas de lazer
Criança**	8	Cursando 3º ano	Evangélica, praticante	Estudante	-	Praça, casa de amigos e de familiares, shopping
Mãe*	39	Ensino médio incompleto	Evangélica, praticante	Faxineira	R\$ 1500,00 (os dois juntos)	Igreja, clube
Pai*	38	6º ano completo	Evangélica, praticante	Mecânico		Clube
Irmão	20	Ensino médio completo	Evangélica, praticante	Aprendiz de montador de máquinas agrícolas	R\$ 450,00	Clube
Irmão	17	Ensino médio completo	Evangélica, praticante	Detido (Fundação Casa)	-	-
Irmão	11	Cursando 5º ano	Evangélica, praticante	Estudante	-	praça, casa de amigos e de familiares, shopping

FAMÍLIA DO DANIEL

Parentesco	Idade (em anos)	Escolaridade	Religião	Profissão/Ocupação	Renda	Formas de lazer
Criança**	9	Cursando 4º ano	Evangélica, praticante	Estudante	-	Pipa, bicicleta, futebol
Mãe*	60	Ensino médio incompleto	Evangélica, praticante	Do lar	R\$130,00 (bolsa família) + R\$150,00 (ajuda dos filhos)	Igreja, passeios, praça
Pai	60	Ensino médio incompleto	Evangélica, praticante	Ajudante geral	R\$ 1500,00	Futebol
Irmão*	8	Cursando 3º ano	Evangélica, praticante	Estudante	-	pipa, bicicleta, futebol

FAMÍLIA DO EDUARDO						
Parentesco	Idade (em anos)	Escolaridade	Religião	Profissão/Ocupação	Renda	Formas de lazer
Criança**	9	Cursando 4º ano	Cristã, praticante	Estudante	-	Cinema, passeios, shopping
Mãe*	35	Ensino médio incompleto	Cristã, praticante	Do lar	-	Cinema, passeios, shopping
Pai*	39	Ensino médio completo	Cristã, praticante	Taxista	R\$2500,00 a R\$3000,00	Não informada
Irmã	12	Cursando 8º ano	Cristã, praticante	Estudante	-	Cinema, passeios, shopping
FAMÍLIA DO FELIPE						
Parentesco	Idade (em anos)	Escolaridade	Religião	Profissão/Ocupação	Renda	Formas de lazer
Criança**	4	Pré-escola	Evangélica, praticante	Estudante	-	Pipa, videogame
Mãe*	38	Ensino médio incompleto	Evangélica, praticante	Proprietária de salgaderia	R\$4000,00 (os dois juntos)	Shopping, praça, igreja
Pai*	37	Ensino médio completo	Evangélica, praticante	Eletricista		Shopping, praça, igreja
Irmã*	19	Cursando 1º ano do ensino médio	Evangélica, praticante	Estudante	-	Shopping, igreja
Irmão*	13	Cursando 9º ano	Evangélica, praticante	Estudante	-	Pipa, videogame

Quadro 3 - Caracterização das famílias participantes do estudo

Legenda: * Familiares que participaram da coleta de dados; ** Criança vítima de queimadura.

Para explicar como a queimadura ocorreu, a organização dos dados por família nos permitiu conhecer melhor o contexto, tanto do ambiente doméstico em que vivem quanto da ocorrência da queimadura. Esta organização também nos auxiliou na identificação das semelhanças e particularidades que caracterizam a ocorrência das queimaduras, nas crianças participantes do estudo.

Dentre as semelhanças encontradas, foi possível perceber que o contexto das classes populares influenciou três famílias, sendo que duas crianças destas famílias estavam sozinhas em casa, porque os pais não tinham condições de delegar a supervisão delas a outro adulto. Quatro crianças se queimaram porque possuíam o costume de estar sempre próximas aos responsáveis, em diversas atividades que eles praticavam, independente se elas poderiam ou não trazer algum risco para queimadura à criança, como, por exemplo, cozinhar.

Três crianças estavam brincando, quando a queimadura aconteceu. O álcool líquido foi o agente causador de metade das queimaduras. Quatro crianças se queimaram por estar em situações que envolviam a alimentação (brincar de comidinha, churrasco e preparo do jantar).

Todas as famílias tiveram uma situação de inexperiência no manejo do agente causador da queimadura, como a inexperiência no uso do álcool (para aquecer comida, acender churrasqueira e esquentar a massa do cerol), do lampião e do óleo quente para fritura.

Com relação às particularidades apresentadas pelas famílias, que motivaram a ocorrência da queimadura, destacamos: o medo do escuro que a criança tinha fez a mãe utilizar um lampião como alternativa para iluminar o ambiente e o fácil acesso da criança a um fogão mais baixo que o convencional. Estas situações específicas aconteceram com alguns participantes deste estudo e influenciaram, de alguma forma, no desfecho das queimaduras.

5.2. APRESENTAÇÃO DOS SENTIDOS

O processo de coleta e de análise concomitante dos dados ofereceu-nos a oportunidade de produção dos textos de cada criança vítima de queimadura e sua família, em articulação com o contexto sociocultural, notas sobre as observações e

reflexões do diário de campo. Elaboramos quatro unidades de sentidos, a partir do modo consciente de como os participantes dão sentido e explicam a sua experiência com a queimadura no contexto domiciliar, inclusive, o modo de preveni-las. São elas: *Explicação para a ocorrência da queimadura*; *Identificação do perigo*; *Prevenção de queimaduras*; *Repercussões da queimadura*, que serão apresentadas a seguir.

5.2.1. Unidade de sentido 1: Explicação para a ocorrência da queimadura

As explicações dos familiares para os motivos que levaram à ocorrência da queimadura da criança no ambiente doméstico foram: a) contexto socioeconômico desfavorecido, b) questões dos mundos adulto e infantil e c) mau uso do álcool líquido.

a) Contexto socioeconômico desfavorecido

A maior parte das famílias pertencentes a este estudo é de classes populares, e o contexto socioeconômico em que vivem impõe a elas uma condição que favorece a vulnerabilidade dentro do ambiente doméstico:

Se eu pudesse ficar em casa, não teria acontecido isso com ela [referindo-se à Camila]. Eu queria estar lá, estar cuidando dela e não precisar trabalhar. Mas, por causa da desobediência dela, (...) vai essa menina abençoada mexer com álcool. Falta de orientação não foi, falta de avisar não foi. [Eu dizia]: “Camila, não vai lá que lá tem fogo. Não vai!”. “É que todo mundo está lá”. “Eu não quero saber de todo mundo, eu quero saber de você”. “Mas você não deixa eu brincar”. Não é que eu não deixo brincar. Com coisa perigosa eu não deixo, não adianta. Aí, eu cansei. Então, eu larguei mão de falar com ela. Ela foi ouvir os outros e não me ouviu. (...) Todos, eu acho, dão a mesma desculpa: “me chamaram, eu fui”. Eu falo pra você “quando a cabeça não pensa, o corpo padece”. Agora aprendeu a lição. Para o resto da vida. Espero, né? (...) A psicóloga perguntou ontem pra ela se ela se sentia culpada de estar aqui. Ela falou que sentia. Acho que ela teve a consciência que se tivesse me ouvido, não estaria aqui [referindo-se ao hospital]. (Mãe de Camila, 39 anos)

O dia todo foi muito corrido. O dia todo eu e ele [referindo-se ao marido] [trabalhando] de carro e [comentando:] “não está dando pra ir lá buscar as crianças”. O tempo todo, aquela correria. Nós fechamos as portas [da salgaderia] para [conseguir] entregar as encomendas. (...) Aí depois eu pensei, eu falei pra ele várias vezes que não vale a pena

isso. Dinheiro nenhum vale. Aí, ele falou: “eu sei amor, nós não estamos trabalhando para ficar rico; nós estamos trabalhando para poder sustentar eles [referindo-se aos filhos]”. (Mãe de Felipe, 38 anos)

Ter deixado sozinho, de não ter vindo buscar como a gente estava querendo. Com risco ou não, ele está com a gente. [Porque eu] acho que o maior fator causador desse tipo de situação seria a ausência nossa, de um adulto. Embora, também, quando a gente está aqui [referindo-se à própria casa], muitas vezes, a gente está ocupado com alguma coisa. Está e não está aqui. (Pai de Felipe, 37 anos)

Os discursos acima revelaram que alguns pais desta pesquisa necessitaram ausentar-se de casa para trabalhar, sem a possibilidade de deixar a criança sob os cuidados de outro adulto. Sem um responsável para impor limites, vigiar as atividades da criança, ou até mesmo, suprir suas necessidades básicas como a de alimentação, algumas crianças foram expostas a situações que culminaram na ocorrência de queimaduras. Tais situações são comuns em famílias de classes populares, nas quais seus integrantes procuram por novas estratégias de sobrevivência, a fim de superar as dificuldades (GUIMARÃES; ROMANELLI, 2002).

Ainda em busca de alternativas para amenizar a realidade socioeconômica desfavorecida, o uso do fogão a lenha serviu como uma forma de driblar o alto custo que um botijão de gás gera no orçamento familiar. Caso tal alternativa não fosse suficiente, outra solução, também de baixo custo, foi utilizar o álcool líquido para produzir chama e esquentar os alimentos. Esta foi a escolha “imposta” a uma das famílias pertencentes a este estudo, na qual a mãe se deparou com a necessidade de alimentar seus filhos, sem condições de usar a lenha como de costume:

Eu acendia com as madeiras e colocava a espuma e pegava fogo, de baixo pra cima. É espuma de colchão. Eu colocava as madeiras tudo uma em cima da outra, aí eu pegava a espuma, aí fazia a chama. [Acendia] só com o fósforo. (...) Naquela favela ali tem muita gente que cozinha na lenha, não é só eu. Então, tem muita gente que precisava financeiramente como eu precisei, [porque] não tem botijão. (...) Eu pego 166 reais de bolsa-família. O que eu pego de bolsa-família vai tudo para eles [filhos]. É arroz, é feijão, é leite, é óleo, é sal, é fralda para o meu outro [filho] pequeno, entendeu? Eu nunca tive condição de comprar um botijão. [No dia da queimadura], estava um tempo chuvoso e não tinha como acender as madeiras, porque elas estavam molhadas. Aí, eu falei: “não vou deixar os meus filhos com fome!”. Aí, eu comprei um pouquinho de álcool. (Mãe de André, 25 anos)

A espuma [do colchão], ela [referindo-se à sua mãe] acendia com o fósforo. Ela acendia o fogão de lenha com o fósforo. Ela pegava a espuma [do colchão], pegava da cama velha da minha irmã. Ela pega o fogão de lenha, o palito, acende a espuma e faz fogo, põe a panela e faz comida. (André, 5 anos)

b) Questões dos mundos adulto e infantil

Estudo de caso etnográfico sobre acidentes domésticos revelou que estes estão ligados ao comportamento da família e rede social, estilo de vida, fatores educacionais, econômicos, sociais e culturais. Muitas vezes também, os acidentes estão relacionados às fases específicas do crescimento e desenvolvimento infantil, caracterizadas pela curiosidade aguçada e contínuo aprendizado (SOUZA; RODRIGUES; BARROSO, 2000). Entretanto, nem sempre as famílias reconhecem as questões relativas a estas fases:

Não digo que ele é teimoso, mas toda a criança não tem noção. Eu tinha noção, mas eu nunca tinha visto aquilo na minha vida. Hoje eu sei do perigo. A gente sabe do risco, porque a gente não é criança. Mas a gente acha que nunca vai acontecer com a gente. (Mãe de André, 25 anos)

Da queimadura em si, eu nunca imaginei. Mas outros tipos de acidentes, eu já sabia que poderia acontecer. (Pai do Felipe, 37 anos)

Não [imaginava que a queimadura pudesse acontecer]. No máximo, o que podia ter passado [pela cabeça] era quando o Eduardo era menor, [acontecer] essas coisas assim de fogão, de cair alguma coisa quente. Mas nessa proporção aí, não. (Pai do Eduardo, 39 anos)

Comumente, os pais também não enxergam situações potencialmente previsíveis de vulnerabilidade para si e para as crianças, revelando não imaginar que a queimadura fosse algo que pudesse acontecer:

A gente faz as coisas, mas nunca acha que vai acontecer com você. Você lamenta, às vezes, por uma reportagem. Às vezes, até se emociona, chora. Você vê, mas você nunca acha que ali dentro da sua casa vai acontecer aquilo. “Aqui dentro, não”, entendeu? Às vezes, você pode até ver alguma coisa com o vizinho. Mas, você nunca acha que vai acontecer com você. (Mãe da Bruna, 25 anos)

A gente nunca imagina. Acha que pode acontecer com qualquer um, menos com a gente. Estava tão consciente do que eu estava fazendo, que eu não pedi nem pra minha mulher tirar as crianças de perto de mim. Achei que era tão fácil, que com um pouquinho de álcool e um

fósforo ia pegar fogo de novo e ia ser festa. Nossa festa particular. Mas, acabou sendo esta tragédia. (Pai da Bruna, 30 anos)

Acho que ela [referindo-se à Camila] nem imaginava que ela ia pegar fogo também. Nem eu. Nem em sonho, não imaginava [que o acidente pudesse acontecer]. Nunca pensei. Porque na minha casa não tem álcool, não deixo mexer em lugar nenhum. Ela é muito pequenininha; eu mesmo evito. Até comida eu ponho pra eles por causa de medo, para não queimar. Mesmo quando estou fazendo bolo, alguma coisa, [eu falo]: “Sai de perto do fogão que está quente e vocês podem se queimar”. (...) Nunca pensei na vida que ia se queimar com isso aí, nem ela [referindo-se à criança vítima de queimadura], nem meus outros filhos. (Mãe de Camila, 39 anos)

Eu jamais ia imaginar que isso ia acontecer com ele [criança vítima de queimadura]. No momento daquela correria, eu pensei que ele tinha sido atropelado. Nunca ia imaginar que era fogo, inclusive, eu nunca tinha visto também menino brincar com fogo. Então, a gente não sabia o que ia acontecer realmente. Eu fiquei desesperada. A minha preocupação era de nunca acontecer nada com ele, e aconteceu. Então, eu falei: “meu Deus do céu, eu não pensava que eu não cuidasse dele o tanto [que precisava], a ponto de poder deixar acontecer as coisas”. (...) De maneira nenhuma [imaginava que o acidente poderia acontecer], porque em casa eu ensino que não pode. Então, eles não tinham esse perigo de acontecer isso em casa, nunca. Nunca tinha acontecido acidente. Eu achava que isso nunca ia acontecer, nunca. Mas na casa dos outros, a gente nunca vai saber. E a mãe do garoto falou pra mim que ela jamais poderia imaginar também que o menino ia pegar o álcool, porque o álcool estava num armário, na última parte, e acho que o menino pegou uma escada, tirou [o álcool] e escondeu. (Avó de Daniel, 60 anos)

Eu não tinha noção da proporção do acidente que tinha acontecido. Ninguém espera que aconteça isso com a gente. Pode acontecer tanta coisa, mas é incrível como o acidente de queimado não é uma coisa que entra muito na nossa mente. Jamais, jamais, nunca, nunca tinha imaginado que isso podia acontecer. Tanto é que eu ficava muito inconformada mesmo, muito! “Como é que eu pude deixar isso acontecer?... Como?”. E eu ficava lembrando de como aconteceu todo o processo ali de mexer com o gás, eu ficava lembrando do que eu fiz. “Porque que eu fui fazer aquilo?” Com a vela do lado! (...) [Eu tinha uma] instrução normal: gás e fogo explode. [Mas,] eu não pensei nisso. A gente ouve [histórias sobre queimaduras], mas não leva isso muito a fundo. Parece que você está isento de tudo, entendeu? Eu tenho mais medo de entrar alguém na minha casa, de ser assaltado, de entrar ladrão, do que de pensar nisso daí, num curto [circuito], em pegar fogo, em deixar cair uma água [quente]. [Mas,] hoje não. Hoje eu tenho os dois medos iguais. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

A gente nunca acha que ia escapar o negócio, porque o manuseio daquele lampião era fácil. Ela [referindo-se à esposa] simplesmente vacilou de fazer perto de vela. Eu acho que foi falta de experiência, falta manuseio. (...) Nunca [tinha passado pela cabeça a possibilidade de ocorrer a queimadura]. O máximo que podia ter passado, quando

ele [referindo-se ao Eduardo] era menor, era do fogão, de cair alguma coisa quente. Mas, nessa proporção, não. (Pai do Eduardo, 39 anos)

A gente [referindo-se a ela e seu marido] sempre chega mais tarde e eu nunca imaginei que ele [referindo-se ao Felipe] ia se queimar porque eu deixo a comida pronta. Eu sempre deixo e eu falo pra ele [referindo-se ao irmão do Felipe]: “põe no prato e põe no microondas”. Mas aquele dia, ele queria fritar linguiça. (...) E ele [referindo-se ao Felipe] com muita fome, foi lá e falou: “Oh, que delícia!” e virou a panela que estava muito quente. E ele faz isso comigo. Só que eu, no fogão, não deixo ele por a mão. (Mãe do Felipe, 38 anos)

Eu não gosto que eles [referindo-se a Daniel e seu irmão] mexam no microondas. Eu quero estar por perto quando eles põem alguma coisa pra esquentar. O pai deles sempre fala pra eles não mexerem, que tem que tomar muito cuidado, não pode por alumínio. (...) O vizinho do pai deles, de 20 e poucos anos, sempre gostava de fuçar em tudo, desmonta para montar de novo. E ele foi mexer [num microondas], mas tomou um choque. Morreu nos braços do meu filho. Foi um desespero total. A pessoa não acredita, porque sabe mexer. (Avó do Daniel, 60 anos)

A falta de imaginar que poderia acontecer uma queimadura com seus filhos apareceu como algo distante da sua casa, sendo passível de acontecer apenas numa realidade remota da que as famílias viviam. Essa característica pareceu ser desencadeante de uma série de outras, tais como ter uma confiança demasiada nas ações praticadas dentro do ambiente doméstico e não exercer uma maior supervisão das crianças. Além disso, também foi comum encontrar situações que demonstravam a inexperiência no manejo dos agentes causadores da queimadura, como o álcool e o lampião a gás. Estudos revelam que nem sempre os familiares imaginam que os acidentes possam acontecer e, por isso, percebe-se que a adoção de comportamentos preventivos não faz parte da realidade cotidiana de diversas famílias (VARELA et al., 2005; SOUZA; RODRIGUES; BARROSO, 2000).

As explicações para o desfecho da queimadura também perpassaram pelo sistema de crenças:

[Ao contar sobre uma reportagem sobre uma menina que queimou mais de 60% do corpo e ficou desfigurada, a mãe da criança vítima de queimadura comentou] Eu falo: “Deus me perdoe. Tudo tem um propósito na vida, uma missão. A gente não sabe o quanto essa menina deve sofrer. [Mas] era melhor ter morrido”. O sofrimento dela é muito grande. Ela fala que ela sentia muita dor. É difícil! A pessoa jamais volta a levar uma vida normal, é muito triste. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Às vezes, eu acho que podia ter evitado. Eu falo que não sei por que eu deixei ter acontecido isso, pra quê, entendeu? Não sei se foi para prestar atenção, para algo que a gente faz, no que a gente fala. Eu penso que poderia ter acontecido comigo. Mas, já que aconteceu com ela, Deus tem um propósito para cada um de nós. O que você tem que passar, eu não vou passar. O que ela tem que passar, você não vai passar, eu não vou passar. (Mãe da Bruna, 25 anos)

As crenças reveladas pelas participantes relacionaram-se a um propósito para a vida como um destino ou algo que deveria ser aprendido como uma lição para adquirir experiência. Tais explicações faziam sentido para elas. A produção de sentido é uma atividade criativa, própria do ser humano, e que compõe as culturas. É por meio da cultura que concebemos o mundo e, por isso, não há apenas uma realidade, mas sim diversas representações culturais que formam o mundo em que vivemos (SILVA; ALVES, 2011). Nessa perspectiva, para explicar o motivo da ocorrência das queimaduras, algumas mães exercitaram sua “racionalidade leiga” (SILVA; ALVES, 2011), ao sair das causas do mundo físico e se voltar para aspectos relacionados às suas crenças espirituais. As crenças e as práticas espirituais vão ao encontro das necessidades psicológicas e sociais, tais como a diminuição da ansiedade, por meio de uma visão organizada do universo e de respostas para perguntas existenciais, inclusive aquelas ligadas ao sofrimento (HAVILAND et al., 2011).

Com relação às questões advindas do mundo infantil, percebemos que as crianças também possuem características de personalidade e comportamento que podem propiciar maior vulnerabilidade para queimaduras, e são típicas do seu desenvolvimento:

Eu acho que ele se impressiona com a chama. Porque toda criança se impressiona com a chama, com essas coisas perigosas. (Mãe do André, 25 anos)

Porque ela não tem defesa de nada! É uma criança de um aninho. (Mãe da Bruna, 25 anos)

O Eduardo vive correndo risco. Ele tem uma coisa pra mexer com fogo que você não acredita! Não só com fogo. Tudo que você puder imaginar, que o Eduardo venha a correr risco, o Eduardo faz. Porque eu faço tratamento com o Eduardo por TDAH (referindo-se ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade). Então, o Eduardo já tem a hiperatividade. Já é do perfil de um TDAH correr risco. Eles não têm filtro, não medem consequências, eles querem fazer. Então, tudo que você puder imaginar aqui na casa ele já fez. O Eduardo corre muito risco, é muito intenso. Acho que a característica

do TDAH associada acaba até provocando um pouco mais. A curiosidade é grande, o risco é muito grande que eles correm. Ele [também] quer proteger a gente, tudo ele quer socorrer, tudo ele quer dar jeito, tudo ele tem solução, tudo ele quer consertar, ele quer mexer em tudo. No caso dele ser uma criança que já apresenta risco, ele está mais consciente. Ele se preocupa comigo, se preocupa com a gente, no geral. Ele é bem preocupado nesse sentido, porque apesar do temperamento dele, ele também é bastante maduro pra idade dele. Eu acho que vai muito do jeito que a gente vive, da criação. Mas o temperamento dele ajuda a intensificar mais os riscos que ele corre. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Criança é muito inocente das coisas. Ele é muito hiperativo. Você fala e ele faz mais ainda, de propósito, para provocar. (Mãe do Felipe, 38 anos)

Ele observa tudo, todo mundo. Ele é muito... eu não sei se é corajoso ou burro demais, não sei. Moral da história: parece que ele não tem medo, sabe? É porque ele desconhece o risco que tem. Os adultos, de certa forma, para falar o português claro, se tornam negligentes. E ele continua causando acidente. Mesmo depois desse choque [referindo-se ao acidente anterior que a criança teve], mesmo assim, ele vai lá. É muito curioso. Ele vai, quer pôr o dedo. (Pai do Felipe, 37 anos)

Tudo na cabeça de criança é fantasia. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Os discursos acima enfatizaram que as queimaduras ocorreram porque as crianças não têm noção de perigo e são indefesas, principalmente para as mais novas. Além disso, segundo relatos dos pais, a curiosidade, inocência, teimosia e a desobediência também complementam esse contexto do mundo infantil. Assim como revelado na presente pesquisa, um estudo etnográfico realizado com famílias de crianças vítimas de queimadura de Fortaleza/CE demonstrou que os pais associaram a ocorrência das queimaduras ao fato de seus filhos serem “muito danados”, ou seja, de as crianças demonstrarem atitudes destoantes às regras da família, por se tratarem de crianças curiosas, frequentemente susceptíveis a acidentes (BRITO et al., 2010).

A família é o primeiro contexto de socialização, na qual seus membros compartilham questões importantes, tal como experiências psicológicas, sociais, orientações éticas e culturais. Na família, a criança é acolhida em várias fases do seu desenvolvimento. Ela experimenta a positividade de pertencer a pai e mãe como pessoa, em contexto afetivo (PETRINI, 2003), criando vínculos, tal como revela a mãe do André, que diz que “*ele não sai de perto de mim pra nada. É um tipo de criança muito apegada*”. Entretanto, este vínculo, em algumas vezes, na realidade deste estudo, fez com que seus pais se tornassem interlocutores do perigo para a criança. A proximidade

da criança aos pais quando eles estavam realizando atividades próprias do mundo adulto, tal como cozinhar ou trabalhar, tanto os colocou em situação de vulnerabilidade para queimaduras quanto gerou curiosidade e uma vontade natural, típica da infância, de imitar os papéis realizados pelos pais, como mostram os trechos dos discursos a seguir:

Eu falei para a minha mãe: “não pega o álcool, é perigoso!”. [Eu] sabia [que era perigoso]. Mas, ela pegou e teimou. Ela foi fazer comida. (...) [Eu estava perto do fogo] porque eu gostava de ver. Eu queria ficar perto da minha mãe. Porque eu queria ver para aprender a fazer comida. (André, 5 anos)

Ela sempre brincou [de fazer comidinha], mas não com álcool. Primeira vez foi essa aqui. (...) Punha fogo lá, mas não sei como. (...) Nem eu sabia que tinha esse álcool lá na casa da minha irmã. Se eu soubesse, tinha jogado fora. (Mãe da Camila, 39 anos)

Não é que ele não tem medo [de mexer nas coisas]. Eu acredito que ele vê muito o pai trabalhar aqui. Todos os ventiladores da casa é ele que instala, as caixinhas elétricas, todo o serviço é ele quem faz. Ele [referindo-se ao Felipe] sabe o que é um alicate, uma chave de fenda, uma chave *philips*, ele sabe tudo. Ele acha que ele pode fazer igual o pai dele. (Mãe do Felipe, 38 anos)

Estudo que analisou a evolução histórica da brincadeira sinalizou que nem sempre o “mundo adulto” e o “mundo infantil” foram separados da maneira como conhecemos hoje (TUNES; TUNES, 2001). Levando em consideração tal fato, a forma cultural da atividade do brincar surgiu porque a criança desejava estar próxima ao adulto, como se não houvesse uma linha demarcatória que separasse esses dois mundos. Em seu interesse demasiado pelo adulto, a criança tenta apropriar-se de seus objetos, além de imitar suas ações. Esta dinâmica também os auxilia para o futuro. A análise da atividade de brincar possibilita conhecer a criança, seu desenvolvimento e o contexto do ambiente social em que ela vive. O que os adultos fazem reflete-se nas brincadeiras da criança e, por isso, pode-se dizer que essa atividade é um microcosmos da cultura (TUNES; TUNES, 2001).

Ainda com relação ao desenvolvimento e aprendizagem da criança, uma das mães do estudo sinalizou que o modo de criação dos filhos também pode influenciar na vulnerabilidade, não só para queimaduras, mas para qualquer outro tipo de acidente:

Eu acho que sempre esse menino [referindo-se ao amigo de Daniel] deve ter brincado com perigo, e a mãe achava normal e ainda dava dinheiro pra ele comprar mais. Agora me cai a ficha de tudo isso.

Então, é uma criação totalmente diferente. Lá pode tudo, com os meus não pode. Os meus tem ordem. O jeito que eu fui criada é o jeito que eu criei, o pai deles e os irmãos dele, os tios. É a mesma coisa que eu faço com eles dois [referindo-se a Daniel e seu irmão]. Eles são umas crianças que têm medo do perigo. Então, o meu modo de criar é bem diferente da mãe do outro [referindo-se ao amigo de Daniel]. (Avó do Daniel, 60 anos)

Para a avó do Daniel - criança pertencente a este estudo e que se queimou na casa de um vizinho - as crianças que são criadas de forma mais independente, sem restrição de limites para suas atividades diárias, tal como o amigo de seu filho, não tem medo do perigo. Mas em sua casa, na qual suas crianças são constantemente orientadas sobre riscos do ambiente doméstico, são menos propensas a acidentes. A família transmite à criança padrões de comportamento, hábitos, costumes, valores, atitudes, padrão de linguagem e ainda serve de base para construção da subjetividade, personalidade e identidade (GOMES, 1994). Entretanto, os modos de educação modificam-se a depender da história, e de grupos e classes dentro de uma mesma, ou outra, sociedade (CARVALHO, 2004). Assim, por exemplo, mesmo com famílias de uma mesma camada popular, como foi o caso da família do Daniel e de seu amigo, que vivem num contexto socioeconômico semelhante, podemos encontrar divergências no modo de criação das crianças. Outro trecho de seu discurso também demonstra essa afirmação:

Igualmente eu falei pra ela [vizinha]: “Você deixa ele brincar com bombinha? Nunca comprei para as minhas crianças”. [A vizinha me respondeu:] “Mas é criança. Tenho só ele. O que é que tem [de mal nesta atitude]?” (Avó do Daniel, 60 anos)

A avó do Daniel, inclusive, revela que a educação de seus filhos e netos é a mesma que ela recebeu. Cabe ressaltar que ela vem de uma família com muitos membros e teve sete filhos e, no momento, cria dois netos como se fossem seus filhos. Já a vizinha tem apenas um único filho. Essa diversidade cultural entre as duas famílias pode produzir um modo de criação diferente. Nesse sentido, nas famílias contemporâneas, em que as crianças são o centro das mesmas, a individualização encontra-se em maior evidência e revela-se nos hábitos da família (PEIXOTO; SINGLY; CICCHELLI, 2000), demonstrando que os pais atendem mais às vontades da criança, como mostrou o complemento do depoimento da avó de Daniel a respeito dos hábitos de sua vizinha.

c) Mau uso do álcool líquido

O mau uso do álcool líquido, como, por exemplo, utilizá-lo por cima de uma chama, é um dos principais motivos do desfecho das queimaduras. Alguns participantes revelaram este uso ao cozinhar:

Tinha uma hora que secou o álcool. Tinha dois palitos acesos. Ela foi por o álcool e o fogo foi lá para o alto. Aí, pegou em mim. (André, 5 anos)

Já tinha uma bracinha pequenininha e ele não conseguia fazer ela pegar. Aí, ele foi e jogou mais um pouco [de álcool]. Só que eu acho que ele jogou muito pouquinho, porque ele tinha colocado numa latinha no meio, lá no fundo, e eu acho que deve ter sido muito pouco, entendeu? Ele foi jogar mais para poder acender mais o fogo, foi a hora que veio [a chama] e pulou em cima dela. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Era uma jarriinha rosinha [referindo-se ao objeto que estava com o álcool em seu interior]. Eu fui no posto (...) [que] é perto de casa e pus só um real de álcool. E fui jogando assim bem perto. Não tive nenhum tipo de cuidado. Pra mim, estava apagado totalmente, não teria problema nenhum. Eu pensei que eu ia jogar [o álcool], e eu ia ter que por fósforo de novo pra acender, porque ele só tinha molhado o carvão, tinha só absorvido o álcool. Depois, eu ia botar fogo e ele iria pegar. Não que ia ter explosão, já de início. (Pai da Bruna, 30 anos)

E alguns participantes verbalizaram sobre o mau uso, ao brincar com o álcool líquido:

[Eu já tinha brincado de comidinha] sem álcool. Nós só colocávamos fogo na lenha, sem álcool. Nós colocávamos fogo, um monte de coisa. [Acendia o fogo com] um isqueiro, da minha amiga, que ela pega na casa da avó dela. (Camila, 8 anos)

Eles são acostumados a brincar lá [referindo-se à casa do amigo do Daniel]. Mas o menino [referindo-se a um amigo do Daniel] já tinha preparado, tirado o álcool da prateleira, e tinha levado para o fundo do quintal. E aí convidou ele [referindo-se ao Daniel]: “Vamos fazer um cerol?”. E a avó desse garoto e a mãe dele estavam preparando almoço. No momento que o menino tacou o álcool e acendeu o fósforo, o menino achou que não tinha pegado fogo. Aí, tacou mais álcool e foi aonde o álcool pegou na roupa do Daniel. Já na hora pegou fogo. (...) Ninguém teve culpa. Todo mundo na beira do fogão, cozinhando, ia imaginar que eles iam fazer uma coisa dessas? Só que o Daniel mesmo, ele nunca tinha brincado com fogo. (Avó do Daniel, 60 anos)

Diversos agentes podem causar uma queimadura, mas, no presente estudo, houve a necessidade de destacar o álcool líquido, porque quatro das seis famílias participantes tiveram a criança vítima de queimadura pelo mesmo fator desencadeante. O Brasil possui uma alta proporção de queimaduras com álcool, sejam adultos ou crianças, e tal fato não foi verificado em dados de pesquisas internacionais (ARRUNÁTEGUI, 2011; PÍCOLO, 2003).

O álcool é um produto nacional, produzido há mais de 200 anos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PRODUTORES E ENVASADORES DE ÁLCOOL, 2006). Historicamente, não foi introduzido no mercado com uma finalidade clara (ARRUNÁTEGUI, 2011) e, até hoje, possui diversos usos, sendo a maioria doméstico: combustível; eliminação de germes e bactérias; produto de limpeza; base para remédios ou cura de sintomas, tais como febre e tosse; para espantar mosquitos; para cozinhar, acender churrasqueiras, fornos a lenha e fogareiros; queimar lixo, entre outros (ARRUNÁTEGUI, 2011; OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PRODUTORES E ENVASADORES DE ÁLCOOL, 2006; PÍCOLO, 2003). É muito comum, também, observar crianças que brincam com álcool (OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009; PÍCOLO, 2003). Diversos usos destes citados pela literatura foram verificados no contexto das famílias pertencentes a este estudo. Tais situações são frequentes nos ambientes domésticos, porque o Brasil produz e vende álcool em grande escala, o que facilita sua obtenção por pessoas de qualquer camada social, revelando que sua utilização no contexto brasileiro se propaga culturalmente (PÍCOLO, 2003).

5.2.2. Unidade de sentido 2: Identificação do perigo

As crianças e as famílias pertencentes ao estudo identificaram perigos potenciais à ocorrência de queimaduras: a) do fogo e do álcool; e b) dentro de casa.

a) Do fogo e do álcool:

O perigo que o fogo representa para a ocorrência de queimaduras foi identificado, tanto por crianças quanto pelos pais participantes do estudo:

Eu vi que o fogo era perigoso porque eu vi a reportagem do bombeiro.
(Daniel, 9 anos)

Sim, sim [referindo-se ao fato de que sabia que a vela e o gás poderiam pegar fogo]. Instrução normal: gás e fogo explode. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Os discursos revelam que os participantes do estudo tinham noção de que o fogo é capaz de causar uma queimadura. Estudo quantitativo que avaliou a percepção e comportamento das mães de cinco capitais brasileiras acerca de acidentes com crianças verificou que a queimadura foi o risco que as mães julgavam que crianças em geral, e também seus próprios filhos, poderiam estar mais expostos no dia a dia, dentro de casa (CRIANÇA SEGURA, 2010). Portanto, não faltou informação. Porém, apenas ter este tipo de conhecimento não foi suficiente para não colocá-los em situação de vulnerabilidade para a ocorrência de queimaduras.

O fogo, por si só, oferece perigo quando utilizado inadequadamente. Quando usado em conjunto com o álcool, o fogo fica potencialmente mais ameaçador. Novamente, os participantes do estudo também verbalizaram que sabiam que o álcool se tratava de uma substância perigosa:

Eu falei pra minha mãe: “Não pega o álcool. É perigoso!” [Eu] sabia [que o álcool era perigoso]. (André, 5 anos)

Tem [álcool dentro de casa]. [Usa-se álcool] para por na mão, para por na perna. Também eu acho que para por no dodói. (...) Álcool não pega fogo [sozinho]. (...) Meu pai me falou que o álcool não queima. [Mas, se jogar o fósforo no álcool], queima. Já [vi acontecer isso]. (Felipe, 4 anos)

Já [tinha noção de que álcool poderia explodir ao acender a churrasqueira]. Já aconteceu na época de adolescência. Quando estava com uns amigos, bêbados, fomos acender churrasqueira, jogar [álcool] e já veio fogo junto. Juntou na garrafa e explodiu. Não chegou a causar nenhum dano; só dar aquela tostada no cabelo. (Pai do Eduardo, 39 anos)

Num dos discursos, a mãe de André revelou que deixou o álcool em lugar alto:

O álcool estava em cima da geladeira. [Costumo deixar] em cima da geladeira, em cima do armário, em cima de qualquer lugar alto. (...) Com medo deles [referindo-se aos filhos] pegarem e fazer arte. O álcool é muito perigoso. (Mãe do André, 25 anos)

Deixar o álcool, ou qualquer objeto perigoso fora do alcance das crianças, é um hábito cultural muito comum praticado pelos pais (CRIANÇA SEGURA, 2010), e que denota que os mesmos entendem que isso é um tipo de proteção e prevenção ao perigo que o álcool pode ocasionar. E mesmo assim, nem sempre, essa atitude pode ser suficiente para reduzir a vulnerabilidade da criança para a ocorrência de queimadura, como exemplificou seu filho André, ao ouvir o que a mãe havia mencionado:

Mas, quando ela põe [o álcool] em cima do guarda-roupa, a gente [referindo-se a ele e aos irmãos] vai lá, sobe e pega. [Criança fala rindo, demonstrando que sabe que está fazendo coisa errada]. A gente é macaco. A gente sobe até na árvore. (André, 5 anos)

b) Dentro de casa:

Apenas uma mãe participante do estudo identificou o momento anterior à queimadura como uma situação vulnerável às suas filhas:

A hora que eu vi que meu marido jogou o fogo, eu vi que ela [referindo-se à Bruna] estava ali no chão, que ela tinha sentado para pegar a bola. Eu acho que daria tempo de eu ter tirado ela dali. Mas, eu estava colocando roupa na máquina. Aí continuei olhando pra ela. Eu estava olhando, ele acendendo, a gente ali conversando. (Mãe da Bruna, 25 anos)

O discurso da mãe apontou que, apesar de ela ter identificado uma possível situação de vulnerabilidade à queimadura, ela não deu a devida importância ao fato e continuou a fazer suas atividades de costume, acreditando que apenas a vigilância do seu olhar era suficiente para proteger suas filhas. Ampla pesquisa nacional sobre acidentes revelou que, apesar de as mães identificarem as queimaduras como um grande risco de exposição aos seus filhos, elas não provocam tanta preocupação (CRIANÇA SEGURA, 2010). Além disso, as mães creem que supervisionar a criança já é uma forma de prevenção, entretanto, muitos dos acidentes infantis ocorrem com crianças que estão acompanhadas da própria mãe (CRIANÇA SEGURA, 2010).

Ao questionarmos sobre outras possibilidades de vulnerabilidade para a ocorrência de queimaduras dentro do ambiente doméstico, os participantes do estudo relataram, nas entrevistas em profundidade, diversos exemplos de produtos e situações que podem vir a gerar uma queimadura:

Eu tenho um fogão que não tem uma boca, ele não tem aquela rodelinha de cima, tem uma chama bem forte. Foi quebrada. (...) [Também] eu não uso produto de limpeza que tem álcool. (...) Eu falei [para os meus filhos]: “A gente não pode ficar perto de churrasqueira. Nem a gente que é adulto pode, muito menos criança”. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Não tenho gasolina, álcool, thinner, nada dentro de casa. Têm tantos outros meios de se fazer uma situação que você não precisa por em risco a família, a casa. (...) [Em casa, outra coisa que traz risco é] o fogão. O fogão eu acho que é muito perigoso, ainda mais quando a mãe está fazendo o jantar, porque a maioria das crianças quer aprender, quer ficar perto e, numa dessa, um descuido, pode acontecer um acidente gravíssimo. (Pai da Bruna, 30 anos)

A soda cáustica também ficava no fundo [do quintal]. Eu compro e, no outro dia, eu já faço o sabão. E também eu já jogo o vasilhame fora. (...) Eu sou medrosa. Eu desligo a geladeira para poder limpá-la. (...) Eu tenho medo de ligar o ferro, (...) ligar tanquinho. (...) Se eu não tirar o cabo da tomada, eu não estou feliz. (Avó do Daniel, 60 anos)

Por causa de fiação. O Eduardo acha que encostar no fio é normal. Então, eu falei pra ele ficar esperto, para não ficar pondo a mão em qualquer lugar, em qualquer fio, para não ter perigo de levar uma descarga elétrica. (Pai do Eduardo, 39 anos)

[Meu irmão] solta pipa no quintal. Tem um fio ali [perto]. (...) [Quando eu soltei pipa, ela] não enrolou no fio. (...) O meu irmão sempre me ajuda para não prender no fio. (...) Mas, lá do outro lado da rua, ela enrolou em um fio. [Se enrolar no fio] dá choque. Eu acho que morre já ali. Morre de choque. (...) [Nas tomadas dentro de casa], quando está [ligado] errado, dá choque. [Neste caso,] não sei se morre, mas eu acho que não. (Felipe, 4 anos)

Como técnica complementar à coleta de dados, já descrita, também utilizamos entrevistas baseadas em eliciação de fotografia (PEI - Photo Elicitation Interviews). Essa técnica propiciou às crianças maiores oportunidades de revelar seus conhecimentos acerca das vulnerabilidades para queimaduras, dentro do ambiente doméstico. Pedi a elas que fizessem o exercício de fotografar o que identificavam como potencialmente perigoso para queimar dentro de casa e, depois, conversei sobre o conteúdo e a motivação do registro das imagens. As fotografias auxiliaram e motivaram os participantes nas entrevistas.

Apenas uma família do estudo não participou desta atividade (Família do André). A seguir, apresentamos o Quadro 4 que resume as principais informações referentes às imagens fotografadas, na perspectiva da criança entrevistada:

Principal elemento da fotografia	Nº de vezes em que o elemento se repetiu	Nº de famílias que identificou o elemento	Tipo de queimadura provocada pelo elemento, na perspectiva da criança
Fio	25	04	Elétrica, chama direta
Tomada	20	03	Elétrica, chama direta
Televisão, antena	12	04	Elétrica, chama direta
Fogão	09	05	Escaldadura, chama direta
Panela, leiteira	07	03	Escaldadura
Tecido	07	01	Chama direta
Botijão de gás	06	04	Explosão
Ventilador	05	02	Elétrica, chama direta
Lâmpada	04	03	Elétrica, chama direta
Microondas	04	03	Elétrica, escaldadura, explosão
Caderno, papel	04	02	Chama direta
Eletrônicos (brinquedo, computador, impressora, câmera)	04	02	Elétrica, chama direta
Plástico, garrafa de vidro e plástico	04	1	Térmica
Ferro de passar roupas	03	03	Térmica
Churrasqueira, grelha	03	03	Térmica
Óleo	03	02	Escaldadura
Colchão, travesseiro	03	02	Chama direta
Moveis, porta	03	01	Chama direta
Chuveiro	02	02	Elétrica, chama direta
Nebulizador, vaporizador	02	01	Chama direta, vapor
Planta	02	01	Chama direta
Acetona	01	01	Líquido inflamável
Isopor	01	01	Chama direta
Isqueiro	01	01	Chama direta
Esponja de banho	01	01	Chama direta
Compressor	01	01	Explosão
Escapamento de moto	01	01	Térmica
Máquina de cortar cabelo	1	1	Elétrica
Disjuntor de eletricidade	1	1	Elétrica, chama direta

Quadro 4 - Identificação e caracterização dos elementos das imagens fotografadas pelas crianças participantes da pesquisa

No total, as crianças identificaram 30 potencialmente capazes de causar uma queimadura. Dentre estes, destacaram-se os fios e as tomadas. Também se verificou que o fogão foi o único item comum a todas as famílias pertencentes ao estudo. Além do fogão, a televisão, as panelas e o botijão de gás foram bastante citados:



Figura 9 - Elemento: fios expostos.
Autor: Eduardo



Figura 10 - Elemento: tomada.
Autor: Eduardo



Figura 11 - Elementos: botijão de gás, fogão e panela. Autor: Camila



Figura 12 - Elemento: televisão. Autor: Daniel

As crianças demonstraram conhecimento acerca da possibilidade de queimadura, a partir desses elementos:

Alguém pode estar acendendo a churrasqueira perto do [botijão de] gás, com um isqueiro. Aí, o isqueiro escapa da mão e explode a casa. Isso aqui pode explodir a casa, não é? (...) Tudo isso de fio pode dar um curto, fazendo tudo pegar fogo. E também pode causar uma explosão, por causa da TV. (Eduardo, 9 anos)

[O botijão de gás] pode pegar fogo e estourar toda a casa. (...) Água quente pode queimar. (...) A tomada pode dar choque. (...) Fio pode

pegar fogo, nós também podemos pegar fogo. (...) A televisão pode pegar fogo. (Camila, 8 anos)

Se estiver com cheiro de gás, aí está vazando gás [do botijão]. (...) E também se nós ligamos o fogo, depois desligamos o fogo, mas deixamos o gás ligado, aí fica o cheiro de gás, fica vazando gás. [Se chegar em casa, e tiver com cheiro de gás,] eu não posso acender a luz. Porque a luz vai reproduzir uma energia que vai pegar fogo, por causa do botijão de gás. (...) [Aprendi isso, quando fiquei internado] no hospital. A mulher foi fazer comida, ela e o filho dela se queimaram porque o botijão explodiu. (...) Pode cair água quente ou óleo quente ou a criancinha pequena pode passar e querer saber o que é, e puxar a panela. Cai na criancinha, pode queimar, pode matar, [pode causar queimadura de] terceiro grau. (...) Eu aprendi que se a televisão cair no chão, ela explode. Aí ela é capaz de pegar fogo, ou se não, matar a pessoa. (Daniel, 9 anos)

Chamou a atenção o fato de que o elemento “tecido” foi identificado diversas vezes, entretanto, apenas pela família do Daniel. Nesta família, Daniel e seu irmão tiraram fotos de colchas, toalhas e varal com roupas:



Figura 13 - Elemento: colcha.
Autor: Daniel



Figura 14 - Elemento: roupas.
Autor: irmão do Daniel

E ao serem questionados sobre o motivo pelo qual tiraram as fotografias, verbalizaram:

Se tacar álcool e fogo na roupa, pega bastante fogo. (Irmão do Daniel, 8 anos)

E eu tirei essa foto da cama. Sabe por quê, tia? Esse pano é fininho e minha avó falou que se pegar uma faisquinha de fogo nos panos fininhos, pega fogo na hora, rapidinho. (...) Uma amiga dela [referindo-se a avó, que o cria como mãe] tinha um vestido fininho. Aí, pegou uma faisquinha de fogo, do fogão de lenha. Pegou fogo nela toda. Grudou nela e matou. Minha avó era criancinha ainda [quando isso aconteceu]. Minha avó contou essa história depois de eu ter me queimado. (Daniel, 9 anos)

Os discursos das crianças e a quantidade expressiva de vezes que a foto de tecido se repetiu nessa demonstrou como a estória que a avó contou a eles marcou suas lembranças e como adquiriram um novo conhecimento acerca das possibilidades de ocorrência de queimaduras. O irmão de Daniel ainda fez menção à potencialidade do álcool em causar fogo na roupa. Tal situação foi a mesma que aconteceu com Daniel no dia do acidente, a qual foi presenciada pelo irmão.

Dentre as possibilidades que os elementos mais identificados podem ocasionar queimaduras, destaca-se que as crianças mencionaram a queimadura elétrica, a chama direta, a explosão e a escaldadura. Como já foi explicitado na introdução desta tese, o levantamento do perfil epidemiológico do CTQ do HCFMRP-USP, no qual essas crianças foram atendidas, mostrou que apenas a escaldadura se enquadra dentre os agentes mais frequentes causadores de queimaduras em crianças. A literatura nacional e internacional também aponta a chama direta (PARBHOO; LOUW; GRIMMER-SOMERS, 2010; MARTINS; ANDRADE, 2007). Entretanto, queimadura elétrica e explosões são causas pouco verificadas na clientela pediátrica, e mesmo assim, foram amplamente identificadas pelas crianças participantes do estudo.

Em um estudo qualitativo que investigou as atitudes e percepções dos pais e responsáveis por crianças frente a dispositivos de segurança destacou que os protetores de tomadas foram os dispositivos mais usados, e que os pais justificaram a adesão ao mesmo porque tinham medo de que o acidente por choque elétrico acometesse seus filhos (CABRAL, 2005). Os autores concluíram que os pais percebem os riscos popularmente mais temidos, entretanto, nem sempre se posicionam do mesmo jeito com relação a outros perigos maiores (CABRAL, 2005). Tal achado pode indicar a necessidade de informar sobre outros tipos de queimaduras mais frequentes para as crianças, como forma de prevenção, a fim de reduzir a vulnerabilidade às queimaduras.

Nessa mesma pesquisa, assim como também verbalizaram os participantes do presente estudo, o fogão foi citado pelos participantes como um elemento de grande risco para queimaduras, mas apenas um pai mencionou utilizar um fogão com mecanismo de contenção para cabo de panelas como medida preventiva (CABRAL, 2005). As pessoas costumam identificar mais o risco pertinente aos objetos e não aos comportamentos, e por isso, a mudança de atitude fica prejudicada (CABRAL, 2005).

Outro achado interessante foi o fato de que, em minhas observações participantes, eu apenas notei a presença de álcool líquido na casa da família do Felipe, e nenhuma criança tirou foto de frasco de álcool. Tal fato pode confirmar o discurso dos

participantes de que não tinham este produto em suas casas, mesmo anteriormente ao acidente, ou que tiraram o produto do ambiente doméstico após a queimadura. A única foto referente a um produto inflamável foi tirada pela Camila:



Figura 15 - Elemento: acetona. Autor: Camila

Seu discurso e minha observação participante complementam a fotografia:

O álcool pode pegar fogo. (...) Uso [acetona] pra tirar o esmalte.
(Camila, 8 anos)

Camila vê um vidro de acetona apoiado em cima de um armário, na cozinha. Ela pega a embalagem, coloca em cima de uma mureta que divide a sala da cozinha e tira a foto. Quando questiono o que pode acontecer com o produto, ela se refere a ele como sendo álcool e não acetona. A mãe, que estava ao seu lado, corrige a criança dizendo que aquilo não era álcool. A criança responde que “é tudo a mesma coisa”, revelando que possui a compreensão de que a acetona se trata de um produto inflamável, assim como o álcool. (Observação participante e nota de campo, 18.03.2013).

Um achado contrastante encontrado, na família do Eduardo, foi a discrepância entre a opinião do pai e a da criança sobre a segurança do ambiente doméstico. O pai verbalizou:

[Com relação às queimaduras, acho] minha casa segura. Não tem um que motiva para ter queimadura. No máximo que pode ter risco é o problema de fazer churrasco e o churrasqueiro usar álcool. Quando usa. E só. (Pai do Eduardo, 39 anos)

Entretanto, seu filho pensava o inverso, como demonstrado no discurso abaixo. Além disso, das 24 fotos de elementos perigosos para queimadura que ele identificou, 11 fotos eram de fios e tomadas, muitos dos quais necessitavam de manutenção:

Depois do acidente, [eu passei a achar minha casa] perigosa, porque tem muitos fios fora. Aqui, ali [criança mostra a figura 18]. Pode dar curto. E também aqui [refere-se à figura 11] tem um buraco e se alguém for colocar a mão na tomada, pode tomar um choque e morrer eletrocutado. Ia melhorar [a segurança da casa se] colocar as tomadas direitinho, arrumar tudo, meu pai emendar os fios, cortar tudo. (Eduardo, 9 anos)



Figura 16 - Elemento: fios interligados por um “T”. Autor: Eduardo



Figura 17 - Elemento: tomada e fio exposto. Autor: Eduardo

Minha observação participante também complementa os motivos pelos quais as tomadas se encontram danificadas:

Enquanto eu estava conversando sobre as fotos tiradas pelo Eduardo, o número expressivo de imagens de tomadas danificadas chamou a minha atenção. Perguntei à criança se fazia tempo que as tomadas estavam daquele jeito e ele me respondeu que fazia dois anos. Quis saber o motivo. Criança ficou em silêncio e, posteriormente, gaguejou como se quisesse me dizer alguma coisa. Neste momento, o pai do Eduardo entrou na sala onde conversávamos. Criança falou firmemente: “não sei”. Percebi que a presença do pai intimidou a criança e passei a conversar das outras fotografias. Eduardo ainda disse ao pai: “sai para lá, por favor”, e o mesmo deixou o ambiente. No fim da entrevista, voltei a tocar no assunto. Eduardo, sussurrando, me respondeu que as tomadas estavam daquele jeito porque o pai “não tem tempo de colocar da forma certa. Meu pai não arruma”. O pai da criança é taxista, mas fez curso de eletricista e faz alguns serviços

gerais no domicílio. Foi ele quem fez todas as tomadas. (Observação participante, 02.02.2013).

Dois meses após o exercício das fotografias, voltei à casa da família do Eduardo. Ao conversar com o pai da criança, disse que eu havia feito a atividade com seu filho e que ele tinha tirado foto de diversas tomadas que necessitavam de conserto. Quando perguntei ao pai há quanto tempo elas estavam daquele jeito, ele riu e me surpreendeu com a sua resposta:

Faz bastante [tempo que as tomadas estavam com defeito]. Não estão mais [risos]. Mas, eu, com essa correria de táxi, de ficar trabalhando quase 24 horas todo dia, chega final de semana, eu não estou a fim de mexer. Então, eu só vou mexer quando chega ao extremo, quando quase acontece acidente, aí eu vou lá e mexo. Caso contrário, eu estava levando meio enrolado. Só que o Eduardo e a minha esposa [ficaram] falando na orelha. Vixe!!! (...) Que nem na [tomada] da lavanderia [referindo-se à figura 12], eu arrumei onde estava a luz [referindo-se à figura 20], que era onde todo mundo tinha que ficar pondo a mão. Aquela parte eu arrumei. Mas as tomadas que ficam perto da máquina [de lavar], os fios ainda estão lá [referindo-se à figura 11], só que ninguém põe a mão. Então, eu solucionei onde pode ter o risco maior, entendeu? (Pai do Eduardo, 39 anos)



Figura 18 - Detalhe da tomada arrumada. Autor: Eduardo

A minha surpresa em relação à resposta dada a mim pelo pai de Eduardo foi em virtude de ter sido informada pela criança que aquelas tomadas estavam danificadas há anos e, em dois meses, o pai tomou iniciativa para reparar, mesmo que em parte, algumas delas. Eduardo tirou novas fotos que puderam comprovar que algumas tomadas foram arrumadas e outras inutilizadas, diminuindo, pelo menos, um pouco da vulnerabilidade para queimaduras no ambiente doméstico. As fotos a seguir ilustram

uma tomada que possuía as duas voltagens, 110 (branca) e 220 (vermelha), e em que foram retirados os fios, não permitindo mais o seu uso:

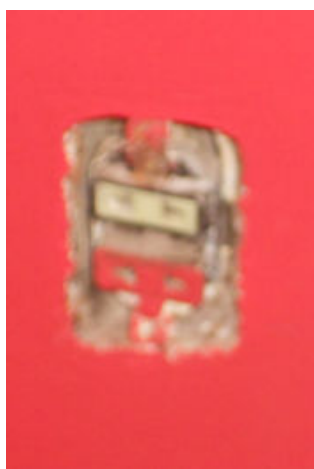


Figura 19 - Detalhe da tomada danificada. Autor: Eduardo

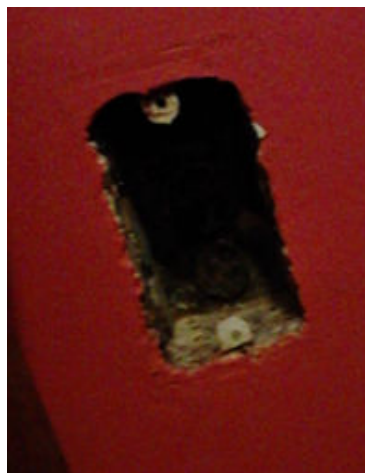


Figura 20 - Detalhe da mesma tomada, agora inutilizada. Autor: Eduardo

A coleta de dados, a partir de múltiplas estratégias, mesclando entrevista, observação participante e o recurso visual da fotografia, neste caso, permitiu uma compreensão mais ampla da possibilidade de queimadura elétrica no contexto desta família. É importante coletar dados com diferentes técnicas e com diversos membros da família, porque nem sempre a opinião de um membro é compartilhada pelo restante dos familiares.

Outro achado interessante que a entrevista baseada em eliciação de fotografia proporcionou foi explorar a imaginação da criança e o envolvimento da mesma na atividade. Daniel e seu irmão tiraram muitas fotografias, e se atentaram para diversos elementos que poderiam ser perigosos para queimadura. Dentre as imagens, por duas vezes, apareceram plantas:



Figura 21 - Elemento: planta. Autor: irmão do Daniel

Inicialmente, se eu não houvesse feito a entrevista para saber a motivação das fotos, provavelmente pensaria que a criança tirou a foto sem razão, pois não enxergava como uma planta poderia ser perigosa para ocorrência de uma queimadura. Ao questionar sobre isso, a criança me respondeu:

Se tacar álcool e fogo [na planta] também pega fogo. (...) Por causa do galho. (Irmão do Daniel, 8 anos)

Chamou a minha atenção ver que as crianças tinham tirado foto de plantas. Perguntei ao irmão da criança se ele já havia visto alguma planta pegar fogo e qual seria. Quando ele me respondeu que viu uma árvore e que ela pegava bastante fogo, percebi que a criança estava demonstrando conhecimento acerca de que a madeira é inflamável (Nota de campo, 23.01.2013).

As fotos e discursos da família do Eduardo acerca das tomadas e da família do Daniel sobre a planta mostraram que a racionalidade do adulto é diferente da lógica infantil. A técnica da entrevista baseada em eliciação de fotografia permitiu explorar melhor essas diferenças e forneceu elementos para compreendermos as particularidades do mundo infantil e da pesquisa com crianças. Verificou-se que a técnica facilitou a narrativa, favorecendo a coleta de dados para o pesquisador. Outros estudos que utilizaram a entrevista baseada em eliciação de fotografia com adolescentes e com pais (não mães) também revelaram este achado e demonstraram que a tarefa diretiva da fotografia realizada pelo participante, somada à técnica da entrevista, produz um material valioso para o pesquisador e auxilia no acesso a informantes que demonstram dificuldades para verbalizar sobre suas perspectivas e emoções (BRUSSONI et al., LACHAL et al., 2012). Além disso, também notamos que a técnica propiciou um envolvimento mais explícito das crianças com o objeto de estudo, principalmente aquelas em idade escolar; além da mudança de comportamento, tal como foi visto pelo pai do Eduardo.

Talvez, se a pesquisadora tivesse imprimido as fotos, disponibilizado para a família e, posteriormente, feito a entrevista baseada em eliciação de fotografia, houvesse a possibilidade de mais discussão entre os familiares acerca dos potenciais agentes para queimaduras no ambiente doméstico e, assim, provocar um envolvimento de toda a família com a atividade, e não apenas da criança. Futuras pesquisas que utilizem essa técnica podem adequar essa sugestão para alcançar resultados mais amplos da família

como um todo. Tal ideia não foi colocada em prática, no presente estudo, devido às limitações decorrentes da pesquisa relativas aos recursos disponíveis.

Outra limitação da pesquisa foi não disponibilizar a máquina fotográfica para a criança ou familiares e deixar que eles tirassem as fotos no momento em que desejassem. A liberdade de fotografar sem a presença da pesquisadora, e com maior tempo disponível para avaliar o ambiente doméstico, poderia produzir outras fotografias com elementos diferentes. Entretanto, a máquina fotográfica poderia ser extraviada ou danificada, onerando os custos da pesquisa, além de gerar um maior volume de material produzido, o qual requereria mais tempo para análise. Apesar das limitações citadas, a entrevista baseada em eliciação de fotografia foi uma técnica que acrescentou positivamente elementos à coleta de dados e se adequou muito bem às crianças. A construção de narrativas por meio da fotografia enriquece e soma complexidade aos esforços de interpretação de universos sociais densos e complexos, nos quais as imagens se configuram, progressivamente, como mais um item da própria sociabilidade (ACHUTTI, 1997).

5.2.3. Unidade de sentido 3: Prevenção de queimaduras

A prevenção de queimaduras de crianças no ambiente doméstico englobou a visão dos participantes com relação a: a) o que poderia ser diferente para evitar as queimaduras dentro da sua própria família; b) o que precisa ser feito no âmbito coletivo; e c) os aspectos relacionados à maneira de agir no momento da ocorrência da queimadura para amenizar a gravidade da mesma.

a) Prevenção da queimadura: o que poderia ter sido diferente na minha família

Reconhecer o que poderia ter sido diferente na ocasião do acidente é o primeiro passo para se pensar sobre como prevenir as queimaduras. Os discursos que se seguem, mostram as ideias das crianças e dos pais acerca do que as crianças deveriam ter feito para evitar a queimadura:

Podia [ter evitado a queimadura] se ela [referindo-se à Camila] não fosse muito teimosinha, mexido aonde não deve. E a outra [menina] não ter pedido pra pegar o álcool. [Também evitaria se] não tivesse o álcool. Não só o álcool. Tem muitas outras coisas que pega fogo: isqueiro, fogão. Ela poderia ter posto fogo e pegado fogo também. É que em casa, ela não mexe. Ela tem que obedecer. (Mãe da Camila, 39 anos)

Mesmo sendo criança, ele chorando, falou para mim “Mãe, eu não quero que você sinta que foi você a culpada. Você não queria deixar eu ir; eu que teimei pra visitar a [minha amiga]. (...) Se eu tivesse te obedecido, isso não teria acontecido”. Como eu falei pra ele: “Quando eu falo não, é não. Não insiste pra ir num canto quando eu te falar não”. Porque eu já não deixo, com medo de acontecer as coisas. (Avô do Daniel, 60 anos)

Podia não ter acontecido. O óleo quente queima mais e aí, a queimadura dói mais. Meu pai me ensinou que não é pra mexer mais na panela. Antes [da queimadura], quando eu fui na salgaderia, meu pai me avisou. Não pode mexer no óleo quente. (Felipe, 4 anos)

Porque eu gostava de brincar de comidinha. (...) Eu acendia [o fogão a lenha]. Eu peguei uma cadeira igual a essa e fui lá perto do fogão e subi. Aí, eu peguei a panelinha em cima do fogão e pus folhinha, água. (...) [Mas] é melhor não fazer [brincadeira de comidinha]. (...) Eu vou falar para todo mundo não ficar perto do fogão, para que eles saibam que o fogo é perigoso. Na hora que eu sair daqui [referindo-se ao hospital], que eu for pra escola, eu vou falar tudo para minha tia que eu me queimei. (André, 5 anos)

Não ter feito a comidinha. Não ter ido pegar o álcool. Porque álcool não é coisa de criança brincar. Mexer com álcool e com fogo é muito perigoso. (Camila, 8 anos)

Tinha vezes que eu imaginava que eu ficava com medo de me queimar com o fogo. Eu tinha medo de morrer queimado. Eu tive medo quando eu vi que o fogo era perigoso porque eu vi a reportagem do bombeiro [quando] eu tinha, eu acho, uns sete anos. (...) Eu tinha visto na televisão uma mulher que tinha se queimado com álcool também. Aí ela pulou na piscina antes de queimar ela toda. Ela ficou cheia de cicatriz. (...) [Mas,] eu nem pensei que ia acontecer. Não [sabia que o álcool era perigoso, mas] sabia [que álcool pegava fogo]. (...) Eu achei que o que ele [referindo-se ao amigo] pegou era água. Quando ele pegou o frasco do álcool do chão que estava fechado, antes de ele colocar o fogo, eu perguntei se era água. Ele nem falou se era água ou se era álcool. Eu nem tinha imaginado que aquilo era álcool. Se eu soubesse, eu saía de lá. (Daniel, 9 anos)

Depois eu fiquei pensando: “Eu podia ter evitado, podia ter posto a panela em algum lugar”. Eu penso várias possibilidades. Por exemplo, se ele [referindo-se ao Felipe] tivesse assistindo alguma coisa que ele gosta na televisão, aí eu ia parar para assistir televisão [junto com ele, em vez de cozinhar] ou eu iria brincar com ele, ou nós iríamos deitar, ou dormir. (Irmão do Felipe, 13 anos)

Estudo brasileiro realizado com pacientes e familiares acerca da percepção sobre a prevenção de queimaduras mostrou que 81% dos participantes disseram que poderiam ter contribuído para evitar o acidente que provocou a queimadura (ROSSI et al., 2003). Já no presente estudo, todos os pais e as crianças repensaram as questões envolvidas com a queimadura e verbalizaram o que poderia ter sido feito de modo diferente para que ela não acontecesse. Por parte da criança, as principais atitudes seriam: obedecer às orientações dos pais; ficar longe do fogo e do álcool; e não permanecer na cozinha nem realizar atividades nesse local.

Por parte dos pais, encontramos um maior número de recomendações do que eles deveriam ter feito para proteger a criança e evitar a ocorrência da queimadura:

Eu penso hoje que, se eu pudesse ficar em casa, não teria acontecido isso com ela. Eu não deixaria ela brincar lá [de comidinha], como eu não deixo, nunca deixei. (Mãe da Camila, 39 anos)

Primeiramente, se eles não estivessem sozinhos, talvez [poderia ter evitado o acidente], (...) que eu acho que é o fator fundamental, porque foi o que aconteceu no dia. (Pai do Felipe, 37 anos)

Poderia [ter sido evitado a queimadura] se nós tivéssemos buscado eles. [Mas,] nós ficamos o tempo todo de ir buscar e nunca deu certo. Eu falei para o [meu outro filho, irmão do Felipe]: “Não foi sua culpa. Se tem culpado nessa história, sou eu e seu pai. Você não tem culpa nenhuma porque vocês não deveriam estar sozinhos lá. A gente ficou de buscar vocês o tempo todo e não fomos buscar. Então, se nós tivéssemos ido buscar vocês, não teria acontecido o que aconteceu”. (Mãe do Felipe, 38 anos)

Afastar as crianças [da churrasqueira], porque você acaba tomando como uma experiência, muita experiência. Tanto para nós adultos, que vai acender a churrasqueira, de um jeito normal, de um jeito certo, como para as crianças lá de casa. (...) Porque eu vi que ela estava ali no chão, na hora que ela veio, eu vi que ela tinha sentado para pegar bola. Da minha parte, eu acho que daria tempo de eu ter tirado ela e minha outra filha dali. Porque a hora que eu vi que ele jogou o fogo, ela [referindo-se à Bruna] já estava ali. Só que ele [referindo-se ao marido] não viu porque ele estava de costas. Acho que eu podia ter tirado ela. Mas, colocando roupa na máquina eu estava e aí continuei olhando pra ela. Eu estava olhando, ele acendendo, a gente ali conversando. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Aquele dia eu estava muito preocupada. Eu falei para o meu esposo: “Eu estou sentindo que alguma coisa vai acontecer com o Daniel”. Um dia antes de acontecer. E, naquele domingo, ele foi pra Escola Dominical e eu sempre preocupada com ele. Aí eu pensei: “se eu não tivesse deixado ele ir, se eu tivesse sido dura com ele, não tinha acontecido, mas eu amoleci o coração”. E no sábado de manhã, me acontece uma coisa dessas. (Avó do Daniel, 60 anos)

Como observado pelos discursos acima, uma das questões mais citadas foi a necessidade de supervisão da criança por um adulto, achado também encontrado em outros estudos (MALTA et al., 2009; OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009; PEDEN et al., 2008; MARTINS; ANDRADE, 2007), seja para não deixar a criança sozinha em casa, seja para observar as atitudes da criança, antevendo os possíveis riscos a fim de evitá-los.

Os pais também revelaram que é importante dar orientações às crianças acerca da vulnerabilidade para queimaduras:

Eu penso que se ele [referindo-se ao amigo da criança vítima de queimadura] tivesse as mesmas instruções que eu falo para o meu Daniel, isso não teria acontecido. E eu acho que a mãe dele deixava ele muito à vontade, porque é filho único, e ela faz todos os gostos dele. (Avó do Daniel, 60 anos)

Eu acho que uma das coisas mesmo fundamental para se tomar é a orientação. (...) Eu tenho uma memória muito curta. Eu esqueço muito das coisas. Então, para mim, se o lugar do álcool é ali, vai ser ali até eu tirar ele de lá. Se eu tirar ele dali, eu vou esquecer onde eu vou pôr. Então, é difícil eu mudar as coisas. (...) Para ele [referindo-se ao Felipe], e até para o irmão dele, eu acho que o melhor é uma coisa que a gente não sabe fazer, [que é] orientar e conversar. Talvez, se a gente tivesse a iniciativa de orientar mais, explicar mais, mostrar o risco, talvez teria ajudado a evitar. Esse tempo que nós estamos aqui [referindo-se a estar todos juntos dentro de casa], para nós é raríssimo. Não paramos para conversar jamais. A gente vai vivendo e muita coisa passa despercebida. É muito corrido e vai juntando os problemas, os afazeres externos da gente, que a gente não pode trazer, mas acaba trazendo para dentro de casa. A gente fica nervoso, entendeu? Às vezes, [a gente fica] estressado e sem jeito para conversar, para estar melhor educando. Eu acho que um dos melhores caminhos seria esse aí. E depois, observar o que deve ser feito dentro de uma cozinha, principalmente, que é o lugar mais perigoso. (Pai do Felipe, 37 anos)

O modo de criação das crianças, por meio do estabelecimento de limites e orientação acerca da vulnerabilidade para queimaduras, ou outros acidentes, proporciona a eles uma maior consciência de como agir no dia a dia, dentro do ambiente doméstico. Estudo qualitativo sobre prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza/CE revelou que, por meio de conversas, é possível orientar as crianças cotidianamente e, aos poucos, formar potenciais multiplicadores do cuidado e de atitudes preventivas junto à sua família (VIEIRA et al., 2009).

Para praticar a prevenção é preciso repensar as atitudes com relação ao uso do álcool, um hábito muito comum no contexto das famílias brasileiras, como já exposto anteriormente. Alguns pais refletiram sobre essa questão:

[Eu também poderia] não ter feito [churrasco] do jeito que eu fiz, com álcool. Poderia ter comprado um acendedor. Vem no próprio carvão. Pedir para as crianças não ficar perto, até eu mesmo ter saído ali de perto, ter voltado apenas quando já tivesse formado a brasa. Não ter ficado ali em cima esperando, ansioso pra começar. (Pai da Bruna, 30 anos)

Se eu tivesse um botijão, não tinha acontecido isso. Aí, [a panela] ia estar em cima do fogão, bonitinho, não ia ter o problema de ser com álcool. O álcool é muito perigoso. Nunca mais nós vamos chegar perto de álcool. Isso aí é uma coisa que você [referindo-se ao André] vai contar para os seus filhos, os filhos dos seus filhos, dos seus filhos e dos seus outros filhos, pra nunca mais chegar perto de fogo. (Mãe de André, 25 anos)

Os pais perceberam como o mau uso do álcool potencializou a vulnerabilidade para a queimadura. Eles verbalizaram que poderiam ter escolhido outras alternativas diferentes do álcool. Apesar de tratarem o assunto com racionalidade, nem sempre esta via é a que comanda as suas ações. Em geral, as pessoas, mesmo quando possuem conhecimento acerca dos riscos, em seu cotidiano, têm suas escolhas orientadas por uma irracionalidade estrutural do ser humano, sendo mais guiadas por ideias e padrões pré-definidos (CASTIEL, 1996).

Outros comportamentos diretamente ligados à forma como a queimadura aconteceu foram citados pelos pais. Tais comportamentos não são aplicáveis às outras famílias, mas revelam que, talvez, uma reflexão poderia ter evitado a queimadura. Os depoimentos a seguir ilustram tais afirmações:

Poderia não ter feito o churrasco. Porque já tinha dado errado do meu sogro não querer fazer, então, sou meio supersticioso com essas coisas. [Mas] eu peguei e fui fazer por conta própria. Eu não costumo fazer quando eu vejo que não é pra fazer. Acabei fazendo na inocência, pensando que ia dar certo, aí acabou que não. (Pai da Bruna, 30 anos)

Outros meios [de evitar a queimadura] também seria deixar a comida já pronta pra eles, ou encomendasse, ao invés de ter que ir lá no fogão fazer a comida. (Pai do Felipe, 37 anos)

Acho que a única forma seria eu ter ficado quieta, no escuro, esperando a luz voltar e não ter tentado solucionar uma luz para colocar pela casa. [Mas,] eu já tenho medo de escuro naturalmente e o

Dom também. Se eu estiver em um lugar e apagar a luz, eu travo, eu não consigo fazer nada. E ele também fica meio desesperado. (...) Se pudesse não ter acontecido era melhor. Se eu pudesse esquecer hoje, seria bem melhor, mas infelizmente aconteceu. (...) Evitar, deixar de fazer besteira. Deixar de ter essas coisas que corre risco em casa. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Pra não ter acontecido, o certo era ter lanterna. Ainda mais hoje que lanterna é fácil e barato. Não haveria necessidade nem de usar lampião. (Pai do Eduardo, 39 anos)

b) Prevenção de queimaduras: o que precisa ser feito no âmbito coletivo

Os participantes da pesquisa refletiram, não apenas sobre como poderiam ter evitado a queimadura em seu ambiente doméstico, mas também a respeito de como prevenir este tipo de acidente na sociedade como um todo. A principal recomendação foi pautada em campanhas de conscientização:

Eu acho que precisa mesmo de uma campanha de conscientização, mas algo que venha a chocar, que leve a pessoa a refletir que aquilo pode acontecer com qualquer um e a qualquer momento. (...) Na véspera do ano novo, eu procurei um monte de vídeo de conscientização sobre a bebida, acidente de trânsito. Eu postei até o vídeo daquela menina que se queimou toda em um acidente, em que o cara tinha bebido e bateu [com o carro] neles. E ela teve 60% do corpo queimado e ela está toda deformada, toda! Não sobrou nada inteiro dela. Ela tem só os toquinhos das mãos. (...) Seria uma ótima se todo mundo e a lei também viessem a valer de verdade. (...) Porque só a hora que isso virar uma massa, um grande acontecimento, é que isso aí pode vir a mudar alguma coisa. Enquanto isso aí ficar só nos pingadinhos, isso não vai mover a população com relação a isso. Porque eu falo: “Você bebeu, bateu, morreu. Beleza! Você se vira, foi você que fez, você que errou”. Mas, o duro é quando você compromete a vida de outras pessoas, pessoas que ficam sem andar, ficam vegetando, enfim, ficam iguais a essa menina vítima de queimadura. (...) Então, as campanhas precisavam ser mais fortes em cima de tudo isso. Eu acho [que as campanhas de prevenção de queimaduras são] excelentes, necessárias, fundamentais. (Risos). E precisam existir! (...) De momento agora, eu não lembro de ter visto. [Mas, acho que] primeiro tinha que mostrar casos. Mostrar crianças que impacta demais. Fazer simulação da situação como acontece. (...) Eu estava muito indignada com a quantidade de mortos [referindo-se à notícia dos jovens mortos na boate Kiss, em Santa Maria] porque eu acho um absurdo as pessoas não conseguirem sair daquele lugar e morrer tanta gente assim. Mas, é porque a gente não tem ideia do desespero que é na hora. Apesar de já ter passado por uma situação, mas é uma coisa bem diferente e numa proporção bem menor. Então, eu não tinha ideia do porque as pessoas morriam, porque queima por dentro. Então, as pessoas precisam ser chocadas. Tem que ser choque.

Tem que primeiro ser falado na quantidade [de casos de queimadura] que acontece. Realmente, é um absurdo o tanto de queimadura que tem. Precisava ser falado isso, divulgado, impactado com os casos, depoimentos de pessoas, de família, da pessoa mesmo porque ela passa por um período no deserto. Eu fiquei ouvindo as histórias que vocês contaram lá [no CTQ] e é muito triste. História de crianças e tantas outras situações. Precisava ter uma campanha, mostrar, simular como acontece. Falar que é coisa mais simples, no dia a dia, que isso vem a ocorrer. Acho que tinha que ter campanha na televisão mesmo, fazer um trabalho bem, bem forte. Aproveitar a internet que está no auge. Fazer trabalho de instrução mesmo para a casa, porque acontece muita coisa em casa. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Que nem essa campanha da dengue, que mostra casos e casos, eu acho que para a queimadura tem que ser a mesma coisa. Teria que mostrar uma pessoa com ferimento. (...) Quando eu estava lá [no hospital, acompanhando a internação da filha], tinha casos e casos, uns piores do que os outros. Você sempre acha que o seu é o pior até a hora que você olha do lado. Se mostrasse [os casos], falasse de como é que veio o acidente, o que acontece. (...) O brasileiro é teimoso, ele é curioso. (...) É bem coisa de ver pra crer. (...) Eu acho que tem jeito de se prevenir, de você fazer as coisas. E [tem que] mostrar porque a realidade esta aí. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Não precisa mostrar o rosto da pessoa, mas acho que tem que mostrar o que a queimadura causa. A marca que ela deixa. Não só psicologicamente, mas fisicamente, no corpo da pessoa. Porque eu nunca imaginava que essa menina [referindo-se à Camila] ia ficar assim como ficou. (...) O que eu pensava, quando eu via aquelas bolhas desse tamanho, eu fiquei horrorizada. Isso que tem que ser mostrado. Porque aí o povo ia ver. Meus patrões só de ver a situação que ela ficou, minha patroa chorava. Ela ficou horrorizada de ver. Aí, ela pôs todos para cima [referindo-se a colocar os materiais inflamáveis em lugares altos]. O álcool que ela tinha, ela não tem mais nada. O filho da minha patroa não põe a mão. Ninguém pega [o álcool]. Só o meu patrão. Para churrasco. Então, também pode queimar. Mas, é raro eles fazerem churrasco. Eu acho que tinha que mostrar do jeito que fica. (...) Eu acho que seria [importante também ter campanhas de prevenção de queimaduras nas escolas]. Sabe por quê? Porque lá tem comida quente, comida que eles comem. Pode cair e queimar também. Pode não ser uma queimadura gravíssima, mas pode queimar. A roupa que eles vêm da escola pode queimar. Aquele short gruda na pele. Até tirar aquele short, já queimou. Igual, quando minha patroa queimou, ela estava de calça jeans. Se você vir o rombo que fez na perna dela! (Mãe da Camila, 39 anos)

Fazer que nem eu já vi na internet, coisa impactante. Mostrar mesmo o real. Mostrar que nem o pessoal que fuma. Acho que tem que ser mais ou menos por aí. Mesmo mostrando você vê que tem pessoas que não param de fumar. Então, teria que ser uns negócios mais chocantes mesmo. [E também] eu acho que uma coisa que parece que sumiu muito de escola é aqueles negócios que tinham antigamente, quando moleque, de bombeiro. Bombeiro ia lá, mostrava o gás, o fogo, apagando, o básico de prevenção, principalmente nessa parte elétrica. Fogão, virar o cabo [da panela] para dentro, para a criança não por a

mão, essas coisas. Antigamente, eles ensinavam isso; hoje, você não vê mais esses negócios na escola. (...) O bombeiro ia dentro da sala de aula, fazia aquela palestrinha básica. Hoje não tem mais isso não. Lembro [de ter aprendido]. Deve fazer uns 25 a 30 anos. (...) O negócio é legal. Além de ser interessante, a pessoa guarda. Sempre fica. Você vê aquele botijão pegando fogo, aquela chama enorme. Fica gravado na memória. É uma coisa que chama bastante atenção. E tudo que chama atenção, a gente sempre guarda. (Pai do Eduardo, 39 anos)

Como evidenciado pelos discursos, os participantes recomendaram a utilização de campanhas de conscientização, que tragam em seu conteúdo informação, mas que também choquem as pessoas para que a população enxergue a realidade e entenda a dor e o sofrimento de ter uma pessoa vítima de queimadura em sua família. Mesmo não tendo consciência sobre publicidade, essa sugestão dos participantes pode ser considerada como “horror”, que é uma técnica de comunicação mercadológica comumente utilizada. Esta técnica tenta driblar a percepção seletiva dos indivíduos, a qual é uma capacidade da mente de filtrar apenas estímulos que são interessantes (ZAIDAN, 2009). Na forma “horror”, são utilizadas imagens chocantes que exploram questões trágicas da realidade para chamar a atenção das pessoas (ZAIDAN, 2009).

Entretanto, este tipo de abordagem apenas surte efeito em sociedades nas quais a cultura da dor e do sofrimento é reconhecida simbolicamente. A manifestação da dor precisa fazer sentido para o outro, pois quando ela é vivida e expressa de forma coletiva, todo grupo social a compreende (SARTI, 2001). Dessa forma, os participantes da pesquisa, ao se colocarem no lugar do outro, “sentiram” a dor da queimadura, e acreditaram que, por essa razão, as pessoas possam vir a refletir mais sobre o assunto, e buscar uma possível mudança de comportamento.

Na visão das crianças, as campanhas de prevenção são importantes e possuem caráter mais informativo:

Ensinar [sobre queimadura na escola]. A professora fala que não pode mexer com álcool, e com as coisas muito graves. Ela ensina bastante coisa. Acho [importante ensinar na escola] pra não ter queimadura, pra não acontecer mais o que aconteceu comigo. Seria muito [importante se tivesse campanhas de prevenção de queimaduras]. (...) [Para não acontecer uma queimadura nos meus amigos, eu falaria] para eles não mexerem com álcool, não mexerem com água quente, gordura, panela, nem com ferro, fio de força, nada que pode pegar fogo. (Camila, 8 anos)

[Para não acontecer uma queimadura, eu diria] que quando está fazendo comida, não pode passar beirando o fogão, que é perigoso o óleo quente. Não pode também passar perto da água quente, porque senão também queima. Não pode [mexer com álcool]. Não pode ficar perto da pessoa quando vai acender a churrasqueira que pode queimar. (...) Fogão ligado é perigoso, papel [também é perigoso] quando tem alguém pegando e colocando fogo. (Daniel, 9 anos)

Campanhas de saúde, desenvolvidas apenas como modelo informacional, não fazem distinção às práticas simbólicas, discursivas e contextos situacionais; condições cognitivas e culturais da população; e não ponderam sobre as diversas atribuições possíveis de sentidos dadas às questões da saúde e às micro dimensões cotidianas; e por isso, podem não surtir efeito com relação às mudanças de ordem comportamental (NEVES, 2001). Por outro lado, visando ao público infantil, que ainda carece de informações para condensar seu conhecimento acerca das queimaduras e está em fase de aprendizagem e de desenvolvimento, instituir campanhas de prevenção apenas de caráter informativo, no cotidiano escolar, tal como revelou uma das crianças, pode produzir resultados positivos, principalmente por introduzir hábitos que possam fazer parte da sua educação. Assim, é preciso diferenciar a modalidade das campanhas educativas e planejá-las de acordo com seu público-alvo, levando em consideração não apenas a idade, mas também as questões culturais que influenciam os diferentes grupos que compõem a população.

As famílias verbalizaram que não tinham muita lembrança de ver campanhas de prevenção de queimaduras, apenas notícias ou reportagens, mas que tinham apenas caráter informativo e não de prevenção. Por essa razão, foi comum a comparação com outros tipos de campanha de prevenção mais presentes em suas memórias, tal como da dengue, do cigarro, de trânsito e de câncer:

Não [lembra de ter visto campanha sobre queimadura]. Ou se já passou, eu nunca prestei atenção. [Mas, lembro] da dengue. Eu tenho quintal aqui, sempre dou uma olhada. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Sinceramente, já posso até ter escutado sim, mas eu não me lembro [de ter visto alguma campanha de prevenção de queimadura]. Ontem mesmo nós vimos a reportagem daquele casal que estava em um carro, e um cara que estava de bicicleta jogou uma bomba dentro do carro. Não sei em que cidade, se foi São Paulo, Belo Horizonte. E a moça teve alta. Ela teve que raspar a cabeça. Mas o namorado dela está muito ruim ainda internado no hospital. Parece que ele teve 70% do corpo queimado. Eu vejo reportagem de acidentes de queimaduras, essas coisas, [mas], prevenção eu não me lembro de ter visto não. [Se tivesse], ajudaria bastante. Porque a gente só para pra ver essas coisas

depois que acontece com a gente. A verdade é essa. Porque a realidade é essa. Quando aconteceu a notícia com esse casal, ele [referindo-se ao seu filho] não tinha queimado ainda. Eu lembro que eu vi essa reportagem quando aconteceu e não dei tanta importância. Hoje, eu vejo a queimadura que ele teve. Perto daquela queimadura [referindo-se à queimadura da reportagem], não foi nada. Mas, eu imagino o sofrimento daquelas pessoas e como poderia prevenir. Muita coisa pode ser prevenida ainda. Antes eu não pensava nisso aí. Na verdade, eu acho que falta mais o que você está fazendo [referindo-se ao meu trabalho como pesquisadora, que visita as casas das famílias]. Vamos supor que hoje existam 10 pessoas que fazem isso. Mas, por quê não 100 [pessoas] como têm no combate à dengue? Porque existe também muita gente queimada. E nem todas as pessoas que tem dengue são internadas; não tem a necessidade de ficar internada, porque o internamento em si já é caro também. Já quem queima, tem a precisão de estar lá internada, sem tempo determinado. Muito gasto. No caso dele [referindo-se ao filho], o gasto é também do acompanhante que também está lá. E eu vou ser sincera em te falar que eu não pensava como eu penso hoje, porque não tinha acontecido comigo. Por quê precisou acontecer comigo pra eu ver? Não poderia ter um programa ou alguma coisa que me informava isso antes de me acontecer? [Se tivesse uma campanha de queimadura, seria efetivo] com certeza! Porque a dengue está sempre falando para não ter pneu em casa, tem que virar as garrafas, eu tenho que, pelo menos uma vez por semana, limpar o quintal, para evitar a dengue. Não é assim que eles informam? Se eles informassem da queimadura, seria a mesma coisa também. A gente não faz uma vez por semana como pedem, mas nós fazemos sim. Eu passo um pouco de água sanitária porque eles me informaram que eu tenho que fazer assim. Mas ninguém me informou nada sobre a queimadura. Eu jamais imaginei. Quando eu vi aquilo ali, pra mim era o fim do mundo. E talvez, se tivesse uma prevenção igual nós estamos falando, tinha sido tudo diferente. “Mas, não resolve”. Resolve! Então, não está resolvendo o negócio da dengue? Está resolvendo muito. Então, que nem o câncer. “Coma mais tomate, coma mais pimenta, coma mais isso, não é?”. Mas pra queimadura não tem nada que falar. Não tem nem como você cuidar, porque não fala nada! (Mãe do Felipe, 38 anos)

Como eu já te falei que a minha memória é curta e eu não sei de nenhuma [campanha de prevenção de queimadura]. Já vimos [campanha de prevenção à dengue]. Eu acho que em nenhum momento se vê. Quando tem, é uma notícia fatal, [como] morrer queimado com um acidente em casa. [É preciso promover uma] mudança de hábito. Que nem o cinto de segurança, por exemplo. Quando houve aquela lei de ser obrigado [a usar o cinto de segurança], foi meio difícil de a gente se acostumar. Hoje não. Hoje você entra num carro, você sai sem cinto, você: “opa, tá faltando alguma coisa”. Eu acho que é coisa de ficar em cima, cobrando, porque você vai tentando mudar o hábito. (Pai do Felipe, 37 anos)

A maioria dos entrevistados julgou que as campanhas são eficientes porque trazem a realidade à tona, relembram frequentemente o que deve ser feito para evitar um possível risco e, por isso, promovem mudanças de comportamentos. Apesar de alguns

participantes acreditarem nesse discurso, é difícil avaliar se as mudanças de comportamento fazem parte apenas de um conjunto de ideias, ou se as ideias realmente se concretizam em suas ações. Pesquisa etnográfica que estudou as mudanças de comportamento após campanhas de prevenção e controle da dengue em Montes Claros/MG revelou que há uma certa distância entre o dizer e o fazer, ou seja, a população estudada demonstra conhecimento sobre diversas questões referentes à dengue, mas na prática, nem sempre faz a prevenção (SAMPAIO; SANTOS, 2007). Pesquisa sobre acidentes infantis no contexto brasileiro revelou que 49% das mães entrevistadas são consideradas “super mães da boca pra fora”. Elas verbalizaram ser a melhor pessoa para cuidar de seus filhos, entretanto, na prática, não tomavam nenhuma atitude de prevenção. Desse grupo, 17% das mães tinham filhos que já haviam sofrido queimaduras (CRIANÇA SEGURA, 2010).

Na opinião de uma das mães participantes deste presente estudo, as campanhas, e outros hábitos saudáveis de vida, dependem da conscientização da população:

[As campanhas seriam eficientes] só se as pessoas se conscientizassem. Porque é difícil por na cabeça do ser humano. Não sei o que esse povo arruma pra vida. Acho que o povo não tem mente. Menina! É uma coisa! Você fala: “Gente, não usa droga!”, “Você está se matando; pare de fumar!”. Esses dias mesmo, [meu filho] bebe uma coca [cola] do cão. A coca [cola] faz mal pros rins, paralisa o rim, faz mal pros ossos. Mas, está bebendo. Parece uma coisa que não tem noção! (Mãe da Camila, 39 anos)

Mas, conscientizar-se não é uma tarefa simples, assim como a própria participante do estudo ressalta. A conscientização consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência (FREIRE, 2001). O homem, normalmente, assume uma posição ingênua, pois costuma apenas relacionar-se com a realidade em que está inserido, assimilando a causalidade imediata que pode ser intuída, sem maior problematização (FREIRE, 2001). A conscientização é o processo de superação da esfera espontânea de apreensão da realidade, levando o homem a assumir uma consciência crítica, a qual revela um desejo de compreender e apoderar-se da realidade que o circunda, atuando na sua transformação (FREIRE, 2001). Entretanto, para que as pessoas possam participar ativamente da construção da sociedade, é preciso haver um auxílio para a tomada de consciência da realidade de forma crítica e de suas próprias capacidades para transformá-la, e isso deve ser feito, por meio da educação (FEITOSA, 2011). No contexto desta pesquisa, a lógica é a mesma: para que a população possa se

conscientizar sobre a prevenção de queimaduras e passe a transformar a realidade em que vive, transformando, principalmente, o ambiente doméstico, faz-se necessário um trabalho amplo, mas que, inicialmente, deve começar pela educação.

c) Prevenção de queimaduras: ações imediatas para amenizar a gravidade da lesão

A prevenção de queimaduras também abrange os aspectos relacionados aos primeiros socorros, aqueles imediatos, visando a amenizar a gravidade da lesão. Os discursos das crianças e seus pais revelam seus conhecimentos sobre como agir neste momento. Alguns abafaram o fogo, por primeira opção ou porque não conseguiram utilizar água:

Minha camisa estava pegando fogo. O avô do menino tirou a camisa com o fogo. Aí, o menino pegou a camisa do primo dele e começou a bater [para abafar o fogo]. (Daniel, 9 anos)

Minha mãe abriu a torneira, [mas não saiu] água. A água estava acabando porque estava usando para beber água, encher o balde, lavar roupa. Aí apagou com pano, com travesseiro. Jogou o travesseiro na minha cabeça para apagar. (André, 5 anos)

[Meu marido] pegou ela [referindo-se à Bruna], já pôs debaixo da torneira do tanque. Eu abri, não veio água. Minha torneira estava com defeito. Se você não apertar, ela não sai água. Eu catei ela no colo dele, ele saiu e viu que tinha uma toalha pendurada entre a porta da cozinha e a varanda. Ele pegou a toalha [e abafou o fogo]. Eu peguei ela, a gente montou no carro, e levei no posto de saúde. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Uma criança do estudo optou por rolar no chão e usar água conjuntamente para cessar o fogo; e o irmão de outra criança vítima de queimadura, mesmo não tendo sido queimada com fogo, achou melhor colocá-la sob o chuveiro após a queimadura:

Eu caí [rolei] no chão e segurei a camisa pra não grudar, e fui apagando com a mão. Cheguei perto da água e joguei em mim. [Eu já sabia que podia apagar o fogo] com a água ou com o pano. (Camila, 8 anos)

Ela [referindo-se à Camila] abriu a torneira e os [amigos dela] começaram a jogar água nela também. Ela estava puro barro [quando] chegou ao hospital. Porque ela estava jogando água na lama pra jogar nela mesma. (Mãe da Camila, 39 anos).

O [meu irmão] me pôs na água do chuveiro. (Felipe 4 anos)

Abafar com um pano, rolar no chão e utilizar água, como revelaram os participantes do estudo, foram escolhas corretas para cessar os danos da queimadura. As ações adequadas tomadas imediatamente após a ocorrência da queimadura podem ser muito benéficas para amenizar a sua gravidade, melhorar o prognóstico do tratamento e ainda, prevenir sequelas futuras. Estudo quantitativo realizado no mesmo CTQ desta presente pesquisa demonstrou que 64% dos participantes receberam ou realizaram alguma atitude para diminuir o contato do agente causador da queimadura, sendo que retirar a roupa (44%) e jogar água (26,7%) foram as ações mais citadas (GONÇALVES et al., 2012). Estes achados também são condizentes com a literatura internacional (HARVEY et al., 2011; KARAOZ; TURKEY, 2010).

Entretanto, alguns discursos revelaram que nem sempre os participantes do estudo tinham certeza de qual seria a maneira correta de agir, principalmente com relação à água:

Pra te falar a verdade, eu não sabia [como apagar o fogo]. Eu sei que tem aqueles extintores que apaga tudo. Mas, em casa, que nem aconteceu, não tinha nem ideia do que fazer. Portanto, eu fiquei parada, eu não sabia nem o que eu deveria fazer. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Liguei o chuveiro e coloquei ele [referindo-se ao Felipe] lá. O que veio na cabeça foi por ele na água. Eu pensava que pondo ele na água, ia passar até um pouco a dor. [Mas], eu não sabia de nada, [se] ia piorar ou sarar. Eu não estava pensando nada. Só coloquei ele na água. (...) Eles [referindo-se aos vizinhos] falaram pra mim: “Você não podia ter posto ele na água. Não pode por na água!”. [Mas,] hoje eu acho que não deu problema porque os médicos falaram que fez bem por ele na água. (Irmão do Felipe, 13 anos)

[Antes do acidente], eu tinha visto na televisão que tinha uma mulher que tinha se queimado com álcool também. Ela pulou na piscina antes de se queimar toda. [No momento que aconteceu a queimadura], eu queria que apagasse com água. Eu estava pedindo para jogar água quando eu entrei dentro da casa do meu amigo pra apagar o fogo, mas eles [referindo-se aos familiares do amigo] não sabiam o que ia acontecer se apagasse com água. Eu [também] nem sabia. Aí eles apagaram com a roupa. Se eu soubesse que rolar no chão apagava [o fogo também], eu rolava. (Daniel, 9 anos)

Mesmo após ter passado meses do acidente, alguns participantes do estudo ainda demonstraram que não estavam seguros quanto ao conhecimento sobre poder ou não utilizar a água no momento de ocorrência da queimadura:

Não sei se pode ou não pode [jogar água para apagar o fogo]. Mas, eu acho que se fosse em casa [que tivesse acontecido a queimadura], o que a gente ia fazer era pegar a mangueira e jogar água em cima pra apagar o fogo. (Avó do Daniel, 60 anos)

E dentro da mesma família, as opiniões e condutas também divergiram. Na Família do Eduardo, a criança tomou a atitude correta, mas sua mãe ainda duvidava disso. Já o pai, refere um conhecimento equivocado e que nem se lembrava de como ele se originou:

Você acredita que o Eduardo chegou a entrar no banheiro e a passar água? Ele é louco! Eu não faria isso jamais! Por mais que fosse a melhor solução, eu não faria porque dói demais. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Que eu saiba, não pode entrar na água [após a ocorrência de queimadura]. [Mas], eu não lembro [porque não pode]. Eu fiquei na cabeça que quando se queima, não vai [na água], porque cria bolha, por causa de um monte de coisa mesmo. Não sei como que eu aprendi isso. Eu sei que quando se queima, não pode ficar jogando água na pessoa. (Pai do Eduardo, 39 anos)

Na família do Felipe, apenas o irmão da criança vítima de queimadura, o qual foi quem prestou os primeiros socorros, estava certo em sua conduta. A própria criança e seus pais revelaram, no momento da entrevista, ainda não saber o que fazer:

Pode? No lugar da queimadura, pode por na água? (Felipe, 4 anos)

Meu filho, o de 13 anos, na hora que aconteceu, ele não sabia o que fazer pra amenizar a dor do Felipe. Ele ligou o chuveiro, enfiou o moleque dentro. Não imaginava se isso era bom ou ruim. E isso é ruim. Porque na queimadura, dizem que não pode por. Depois eu passei a ficar sabendo que nem toda queimadura, você tem que por gelo ou não pode por gelo, tem que por água, não pode por água. Depende da queimadura e de como ele queimou. Mas eu não sei o que faz. Então, eu teria medo de fazer qualquer coisa. (Mãe do Felipe, 38 anos)

Eu não tenho certeza. Se eu não me engano, eu ouvi dizer que não pode por na água. Eu não sei [de quem eu ouvi]. Coisa de vovó, de gente antiga. Mas a recomendação que eu tenho é de que não se põe

debaixo da água, não se passa uma pasta de dente, não se faz nada. A gente socorre. Se eu tivesse na hora [da queimadura], a minha reação seria colocar no carro e levar pra UBS, pronto socorro. Não seria essa de colocar ele debaixo da água. (Pai do Felipe, 37 anos)

Os depoimentos acima revelaram que há uma lacuna de informação sobre a possibilidade de utilizar água ou não na ocorrência da queimadura. Os discursos sobre abafar o local com um pano revelam a certeza de como agir, mas a própria cultura difundida – “*coisa de vovó, de gente antiga*” – demonstra que o conhecimento sobre a utilização de água na queimadura ainda necessita ser mais solidificado na comunidade. Estudos também demonstram que outros hábitos culturais inadequados, tais como utilizar creme dental, clara de ovo, óleo de cozinha, manteiga, leite, etc, ainda são praticados nos dias de hoje (GONÇALVES et al., 2012; GRAHAM et al., 2012; HSIAO et al., 2007). Além disso, um fator preocupante é que muitas pessoas, estando corretas ou não, agem de maneira instintiva, relatando nunca ter recebido orientações específicas sobre o assunto (GONÇALVES et al., 2012).

Entretanto, nem sempre quando a orientação é fornecida adequadamente, o conhecimento é assimilado. Alguns participantes do estudo ainda verbalizaram que não estavam certos sobre a conduta de utilizar água para apagar o fogo e resfriar a lesão, mesmo após passar pela experiência da queimadura e ter tido a oportunidade de conversar sobre o assunto com profissionais ligados à área. Tal comportamento revelou que a cultura internalizada ainda prevalecia sobre o conhecimento recém-adquirido prestado pelos profissionais. Além disso, dentro da mesma família, percebemos que alguns familiares apreenderam a informação e outros não, demonstrando que esse processo não ocorre de forma homogênea entre os membros, e alertando-nos para a necessidade de atentarmos para as particularidades de cada um. A experiência de uma queimadura na família não garante a aquisição do conhecimento, o qual poderia mobilizar novas atitudes para a prevenção de queimaduras. Os profissionais da saúde devem ter em mente essas questões para oferecer as informações de uma forma didática, procurando explicar os motivos das condutas adequadas e das errôneas, para os diferentes membros da família e em diversas oportunidades de interção, a fim de difundir melhor este conhecimento sobre os primeiros socorros e as atitudes preventivas dos agravos das queimaduras.

Até mesmo os profissionais ligados à educação podem se equivocar nos ensinamentos das condutas adequadas:

Mas um dia, antes [do acidente], a minha professora falou que para queimadura leve, era para passar pomada, passar soro. Ela falou essas coisas básicas. Mas, ela falou que se queimar o corpo inteiro, não pode molhar, não pode jogar nada, porque se não piora. (Eduardo, 9 anos)

Estudo qualitativo realizado com cuidadoras de uma instituição de educação infantil revelou que a maioria delas não recebeu nenhuma formação para a prevenção de acidentes na infância nem possuía um planejamento de educação continuada oficial na instituição, contando apenas com os conhecimentos populares e aqueles adquiridos por meio de suas próprias experiências. Informaram, ainda, que tinham dúvidas de como agir frente aos acidentes, dentre eles, a queimadura. Tal fato evidencia a necessidade de uma capacitação das cuidadoras para a prevenção de acidentes e atendimento de primeiros socorros, a fim de garantir um cuidado seguro das crianças (SILVANI et al., 2008), além da propagação de informações apropriadas para a própria clientela infantil.

Outra conduta inadequada vivida por uma criança do estudo foi a decisão de correr, enquanto pegava fogo:

O álcool caiu e veio um negócio branco pra cima de mim. Não deu tempo para eu correr. Então, eu fechei o olho e caiu em mim. Depois que caí, eu saí correndo, aí acendeu o fogo em mim. Começou a pegar fogo em mim e na minha roupa. Eu nem estava pegando fogo antes; na hora que eu saí correndo foi que começou a pegar o fogo. (Daniel, 9 anos)

O discurso da criança é muito esclarecedor. Ele mesmo pondera dizendo que só passou a pegar fogo quando resolveu correr. Isso porque aumentou sua exposição ao oxigênio, que gera a combustão. Estudo revelou que “correr” é a terceira atitude mais tomada após a queimadura (GONÇALVES et al., 2012). Realizar as condutas corretas na ocorrência da queimadura é tão importante quanto procurar maneiras de preveni-las, pois este ponto pode ser o marco entre uma queimadura leve ou grave. É preciso difundir e garantir a assimilação cultural do conhecimento correto sobre as formas de agir na ocorrência de uma queimadura, para realizar a prevenção de queimaduras em um segundo estágio: o da prevenção de sequelas.

5.2.4. Unidade de sentido 4: Repercussões da queimadura

As repercussões da queimadura na vida da família da criança vítima de queimadura se manifestaram de duas formas principais: a) consequências da queimadura; e b) ações após o evento da queimadura.

a) Consequências da queimadura

As crianças das famílias, incluindo os irmãos das crianças vítimas de queimadura, descreveram manifestar emoções negativas, indicando que a experiência da queimadura foi geradora de um trauma:

Tenho [medo de fogo hoje]. Quando minha mãe [referindo-se à avó que considera como mãe] está fazendo comida com óleo quente ou está fazendo alguma coisa com a panela quente, eu tenho medo de passar ali na beira do fogão. Não [tinha esse medo antes do acidente]. (Daniel, 9 anos)

Não [tinha medo de fogo antes do acidente]. Eu pensava que a minha mãe não iria pegar o álcool, mas ela pegou. Eu nunca tinha visto aquilo [referindo-se ao fogo produzido pelo álcool], mas agora eu sei. (Pergunto para criança se depois da queimadura, ela tem medo de fogo e de álcool, e ela me responde balançando a cabeça com um sinal afirmativo). (André, 5 anos)

Quando eu me queimei, eu fiquei com medo de eu ficar queimado para sempre. Eu fiquei com medo de ir para o médico, [porque] eu não sabia o que ia fazer comigo. (Daniel, 9 anos)

Ele [referindo-se ao Daniel] agora pegou medo. Se eu estou fritando mistura, ele não chega nem perto. Ele passa e volta. Nós assamos carne no natal, ele nem chegou perto da churrasqueira. [Antes da queimadura], ele gostava de ficar em pé bem pertinho da churrasqueira, pedindo pros tios aquele pedaço de gordurinha [da carne]. Hoje, ele espera sentado, ele espera servir, porque ele não chega perto mais não. (Pergunto para criança vítima de queimadura sobre ficar perto da churrasqueira, e ele confirma as falas da avó). (Avó do Daniel, 60 anos)

Toda vez que eu subo no telhado pra fazer algum tipo de reforma, mexer na instalação elétrica, ele [referindo-se ao Eduardo] fica com medo agora. Não pode fazer nada que ele ainda sente isso. Por mais que já passou aquele trauma dele do começo, que não podia fazer nada que ele achava que ia acontecer algum acidente. Ele ficou mais cauteloso [também]. Que nem agora, eu fui trocar o gás, ele já fica meio afastado, escondido. Ele já está meio esperto. Ele fica com receio desse tipo de coisa. Acabei de instalar, ele já foi lá pegar a bucha com sabão para ver se estava vazando. Que nem questão de álcool, ele sumiu com o álcool daqui, na época do acidente. (Pai do Eduardo, 39 anos)

[Depois da queimadura,] a Camila ficou mais com medo. [Agora, ela brinca de comidinha] só com brinquedinho, aqui dentro de casa. (...) O [meu filho] menor, de 11 anos [também] está morrendo de medo. Ele falou que ficou impressionado, horrorizado de ver a situação. Ele achou que ela ia estar bem diferente. Porque ele viu ela lá [em casa, no dia da queimadura]. Estava com cabelo, estava com os olhos meio fechados. Achou que não era tão grave. Ninguém achou que era grave, achou que era uma queimadurinha de nada. O [meu filho mais novo também] tem [medo] e até o meu [filho] mais velho também tem medo. (Mãe da Camila, 39 anos)

Depois que ela [referindo-se à Bruna] veio [para casa], eles [referindo-se aos outros filhos] ficaram com medo de tocar nela. E ela brincava, toda contente com eles. E ela queria brincar e eles ficavam com medo. [Além disso], toda vez que ela tinha retorno, eles [perguntavam]: “Mamãe vai levar ela no médico? Ela vai ficar internada?”. Eles sempre perguntam. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Dentre as emoções verbalizadas, a principal foi o medo, o qual se manifestava como medo de agentes causadores de queimaduras, mas não necessariamente o agente do seu próprio acidente; medo também de que outro acidente pudesse acontecer novamente, da necessidade de uma nova internação e de como agir com a criança vítima de queimadura.

Além do medo, outras repercussões também foram reveladas, tais como dificuldade para dormir, isolamento e diminuição da comunicação das crianças, principalmente para aquelas que já tinham características mais introvertidas. Tais repercussões foram evidenciadas na própria criança vítima de queimadura, em quem convivia mais de perto com ela e também naquelas pessoas que presenciaram o evento:

Ele [referindo-se ao Daniel] não estava dormindo; ele se assustava sonhando que estava se queimando. A preocupação dele, [ele falava]: “Avisa pro meu irmão pra não se queimar também”. O menino [referindo-se ao amigo da criança] também ficou sem dormir, vendo aquela imagem do Daniel pegando fogo. (Avó do Daniel, 60 anos)

[Na época do acidente], ela [referindo-se à irmã de Bruna] ficou mais muda, isolada. Hoje, ela fala mais. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Naquela época [do acidente], ela [referindo-se à irmã do Eduardo] não quis ir [visitar] no hospital. Quando ela foi, estava parecendo que eu era uma estranha, foi muito esquisito. Ela não queria que falasse sobre o assunto. Ela já é uma pessoa fechada, introvertida, que carrega as coisas. Ela não gosta quando alguém começa a comentar alguma coisa. Ela sai de perto. (...) [Depois nós tivemos alta,] ela ficou ainda bem fechada, em casa, [durante] uma semana. Eu não conseguia me aproximar muito dela, ainda mais que eu estava com curativo, que eu

estava com todas aquelas peles. Ela tinha nojo, ela tinha pavor. Eu acho que era um reflexo do que ela estava sentindo por dentro. [Hoje ela] está bem, mas não fala sobre o assunto. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Todos os sentimentos verbalizados pelos participantes do estudo estão condizentes com a literatura. Crianças que sofreram uma queimadura e seus pais podem desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (LANDOLT et al., 2009; HALL et al., 2006). Estudo de revisão de literatura, sobre estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras, demonstrou que, quando um membro da família é afetado por este transtorno, tanto os pacientes quanto os seus familiares podem sentir abalos, raiva, dor, sentimentos de alienação, dificuldades de conversar, distúrbios do sono e medos, inclusive medo em torno da vítima (LAPORTE; LEONARDI, 2010).

Outra emoção muito comum, verbalizada mais pelos pais, foi a culpa pela queimadura ter acontecido:

Eu me senti muito culpado de ter deixado sozinho, de não ter vindo buscar ele como a gente estava querendo. Eu não sei dizer muito bem. (Pai do Felipe, 37 anos)

Na terça feira, aconteceu [a queimadura]. Na quarta, ele [referindo-se ao marido] queria abrir um buraco e entrar dentro, e tampar aquele buraco com ele dentro. Ele falou que ele tem certeza de que foi ele quem fez isso, que ele é culpado, que ele jamais [gostaria de] prejudicar ela [referindo-se à Bruna] em alguma coisa, que ele ama muito ela, tanto ela quanto os outros [filhos]. Mas, aí quando foi na quarta feira à noite, que a gente foi transferido pra cá, o enfermeiro conversou bastante com ele. Depois que o enfermeiro conversou com ele, ele ficou outra pessoa. A cabeça dele já virou, e a cada dia que ele vê a melhora dela, ele se supera, agradece todo dia a Deus pelo que está acontecendo com ela, da recuperação dela. (Mãe da Bruna, 25 anos)

No primeiro dia, na hora que eu vi ela [referindo-se à Bruna] no postinho, eu me senti muito culpado. Liguei até para o meu psicólogo, falei o que tinha acontecido e que eu estava me sentindo muito culpado. Ele falou pra mim que eu não tinha culpa, que foi um acidente e que jamais eu ia querer por fogo num filho meu, que era para eu não pensar isso, que primeiramente eu deveria pensar na vida dela e esquecer isso porque eu não fiz por querer. Mas, eu me senti culpado sim, pela imprudência. [Hoje eu estou] bem melhor. Depois que ela chegou aqui neste setor [especializado em queimaduras], que eu conversei com os enfermeiros, deu bastante conforto. (Pai da Bruna, 30 anos)

Ele [referindo-se ao Daniel] foi tomar banho e elas [referindo-se à equipe de enfermagem] foram fazer o curativo nele. Quando eu vi o

rosto dele daquele jeito, eu me desesperei. Eu olhei no braço dele, aquelas bolhonas, aquela coisa horrível. Na minha cabeça, conforme ia tirando a gaze e ele gritando no chuveiro, eu achei que a carne do braço estava caindo junto. (Avó começa a chorar). Aí eu me senti culpada. Fiquei naquele desespero. Ele é vaidoso. Eu falei: “Meu Deus, o braço do meu filho ficou horrível. Acabou!”. (Para de chorar). E a mãe do garotinho [referindo-se à mãe do amigo da criança vítima de queimadura, o qual convidou a criança para esquentar a massa do cerol com álcool e fogo] estava tentando me acalmar também. Mas, quando ela me viu, ela entrou em desespero, começou a chorar também. Ela se sentiu culpada. Até o momento, ela está se sentindo culpada. Ontem ela me ligou, e ela falou que a mãe dela não está bem de saúde, está com pressão alta. A mãe dela disse que, na hora, ela entrou em desespero e essa imagem está na mente dela. (...) No outro dia, quando meu filho falou pra ele [referindo-se ao pai biológico do Daniel] o que tinha acontecido, ele ficou muito bravo. Me culpou. No momento, eu fiquei nervosa também. [Porque] quando ele ficou sabendo que o Daniel se queimou, ele falou que ia tomar o Daniel de mim, que eu fui culpada. Mas, no dia que ele veio [visitar o Daniel], foi só alegria. No fim de tudo, ele ainda me elogiou, falou pra mim que eu era uma mãe de verdade. (Avó do Daniel, 60 anos)

Os pais se sentiram culpados, principalmente, porque se julgavam responsáveis pelo cuidado da criança. Ao ver a melhora progressiva da saúde de seus filhos, a culpa foi se dissipando. Entretanto, um estudo longitudinal sobre estresse pós-traumático em mães de crianças vítimas de queimadura demonstrou que um episódio de queimadura de um filho pode ser estressante para os pais durante um longo período (BAKKER et al., 2010). Apesar do nível de estresse pós-traumático ter se reduzido ao longo do tempo, algumas mães ainda apresentavam sentimentos de culpa, mesmo após ter passado 11 anos da data do acidente. Isso ocorreu, principalmente, com mães que se sentiam culpadas pela queimadura ter acontecido e com aquelas cujos filhos ficaram com cicatrizes mais extensas (BAKKER et al., 2010).

A preocupação com as possíveis cicatrizes ou sequelas que a queimadura deixou também foi alvo de reflexões, por parte dos pais, acerca do futuro da criança:

Ele [referindo-se ao Daniel] pedia um espelho pra ver. Só que ninguém levou espelho pra ele ver. Só que essa semana aqui, ele olhou no celular e falou: “Meu rosto também queimou?”. Eu falei: “Queimou um pouco, mas não vai acontecer nada não”. Aí ele está mais animado e mais confiante de que não vai ter nada no rosto. (...) Quando eu vi a orelha do Daniel, eu pensei assim “Meu Deus, meu neto vai ficar sem orelha”. E, no momento, você não imagina que pode haver uma cirurgia plástica, qualquer coisa que coloca no lugar. Na minha mente, a orelha dele estava perdida. (Avó do Daniel, 60 anos)

Eu guardo a saúde dela [referindo-se à Camila]. Estética é fora de cogitação. Pra mim, eu não ligo. Mas, e ela, depois, quando ela crescer? (Mãe da Camila, 39 anos)

Não sei, mas dói olhar. Você ver aquela marca no rosto dela, não saber se vai sair ou se vai ficar. Se quando ela tiver maior, se ela vai julgar a gente, vai perguntar por quê. [Mas] eu acho que hoje não, hoje ela nem [se incomoda com as marcas]. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Os pais pensaram sobre as questões estéticas, funcionais e também sobre o julgamento que a própria criança poderia fazer deles, um dia, caso passassem a se incomodar com as suas marcas. As cicatrizes deixadas na pele se configuram como um símbolo marcante na vida dessas famílias. Simbólica e culturalmente, a cicatriz indesejável marca a infâmia, estigmatiza a impureza e a falta da pessoa, permitindo que todos vejam esse “erro” por meio da lesão (MAGNE, 2002).

Para o paciente e seus familiares, a cicatriz pode ser encarada como uma “cruz que deve ser carregada” pela culpa de ter tido a queimadura, como se fosse um castigo que se origina das “faltas” passadas, sejam elas reais e irreais (MAGNE, 2002). Em uma cultura que valoriza demais a aparência física, o desfiguramento visível pode contribuir negativamente para as reações das pessoas em relação àquele que possui alterações da sua imagem corporal (PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2010). Por essas razões, que cabem ao contexto brasileiro, os profissionais de saúde devem ser alertados e sensibilizados para a necessidade de oferecer o apoio necessário às crianças vítimas de queimadura e seus familiares, a fim de evitar outros transtornos psicológicos no futuro.

b) Ações após o evento da queimadura

As consequências que a queimadura trouxe para a família, nos aspectos sociais, físicos e psicológicos, geraram algumas reflexões e mudanças de comportamento que ocorreram tanto por parte da criança vítimas de queimadura quanto dos familiares. Algumas dessas mudanças foram mais pontuais, relacionadas diretamente com os fatos, as quais remetiam ao acidente recente, como revelam os depoimentos a seguir:

A gente parou de mexer com vela. Eu mexia bastante com vela. Eu punha vela na mesa, só pra ficar bonito. Na hora que eu cheguei do hospital, eu peguei todas as velas, coloquei num saquinho, mas minha mãe não deixou eu jogar fora. Estão lá na dispensa. [E] parei de mexer muito com fogo. Porque eu mexia bastante. Mas agora eu não estou mexendo tanto. Eu ia no banheiro escondido, pegava papel, colocava

fogo no papel e colocava dentro da privada. Não sei [pra quê]. Eu fazia essas maluquices mesmo. [Eu punha fogo no papel] com palito de fósforo. (Eduardo, 9 anos, queimou-se por causa de uma vela acesa ao lado de um lampião à gás)

Não [mudou mais nada em casa além do fogão] porque era a única coisa que tinha de mais risco era o fogão à lenha, o mais perigoso que tinha ali. (Mãe de André, 25 anos, que teve seu filho queimado quando cozinhava numa latinha com álcool, porque a lenha de seu fogão estava molhada)

Na família de Bruna, criança que se queimou quando o pai acendia uma churrasqueira com álcool, era frequente realizar churrascos. Três dias após o acidente, a mãe verbalizou que este hábito familiar não seria mais o mesmo:

Meu marido falou que churrasco em casa e ele fazendo, nunca mais. Sabe por quê? Às vezes, pela experiência de não saber nem como acender [a churrasqueira], acho que não tem mais isso dentro da minha casa. No momento, eu acho que é isso. Por ser recente, é isso que a gente fala. No dia que for fazer, a gente vai na casa dos outros, ou na casa do meu pai, como a gente sempre fez. Ou compra uma churrasqueira pequena e se for acender, [que seja] a pessoa própria que saiba fazer isso. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Dez meses após a queimadura, o discurso da mãe de Bruna permanecia o mesmo, demonstrando que a ideia da primeira entrevista continuava condizente com as ações atuais da família:

A gente fez poucos [churrascos depois da alta da criança]. Não era mais do jeito que era. [Antes do acidente] uma vez por semana, a gente tinha que fazer. Hoje não. A gente fez semana passada. Mas, não é mais aquela coisa de toda semana. O que acabou acontecendo é que a gente ficou um bom tempo sem fazer. Sabe quando você come que não é o mesmo gosto? No primeiro churrasco, o meu marido não comeu carne. Ele falou que não tinha gosto pra comer. Eu comi uns pedacinhos, mas... [silêncio]. Ele participou, bebeu refrigerante, comeu arroz, mas o churrasco ele não comeu. (...) No primeiro churrasco, deu vontade de chorar, na hora que foi acender [a churrasqueira]. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Nos discursos acima, percebemos que a experiência do acidente recente resultou em mudança de comportamento para estas famílias, principalmente aqueles ligados diretamente ao mecanismo que deflagrou a queimadura. As famílias procuraram evitar algumas situações para que outro acidente não viesse a acontecer. Assim, como já explorado anteriormente na Unidade de Sentido 3, pode-se considerar que o evento da

queimadura trouxe uma “consciência crítica” (FREIRE, 2001) para estes participantes. A partir dessas experiências, tais famílias refletiram sobre o que aconteceu e transformaram uma parte do contexto em que viviam, contribuindo para a prevenção de queimaduras em seus ambientes domésticos. Essa transformação é importante para evitar novos acidentes nestas famílias, mas o ideal é que a conscientização sobre a prevenção ocorra antes de a queimadura acontecer. Tal conscientização em famílias de classes populares pode ser mais prejudicada. Neste contexto social, as interações entre pais e filhos comumente são direcionadas à resolução de problemas, e não à prevenção dos mesmos (MARTIN; ANGELO, 1999). A iniciativa de tentar solucionar um problema ocorre somente após a sua concretização, pois não há um costume de realizar um planejamento anterior (MARTIN; ANGELO, 1999).

Nessa mesma perspectiva, na família do Felipe, criança que se queimou ao puxar o cabo de uma panela com óleo quente que estava em cima do fogão, observou-se que a avó da criança agiu pontualmente, direto na origem do problema, a fim de solucioná-lo e prevenir que não mais acontecesse uma queimadura como aquela:

Minha sogra teve aqui e as panelinhas que ficavam no fogo, de fritar ovo, a frigideira, panelinha que fritava um salgado, ela jogou tudo fora. Não tem mais panelinha com óleo no forno. E fritura também eu estou evitando muito de fazer por esse motivo, por causa do óleo, da panela no forno, porque se a panela tiver com óleo lá, ele usa. Não adianta, se ele acha uma linguiça lá, se ele acha uma linguiça, ele fritar. Não adianta, por que é a alegria dele [referindo-se ao seu filho de 13 anos, que fritava linguiça quando Felipe se queimou] (Mãe do Felipe, 38 anos)

Entretanto, percebe-se que, nesta família, o evento da queimadura não agiu como elemento para despertar a “consciência crítica” necessária para uma efetiva mudança de comportamento e transformação ampla do contexto de vulnerabilidade em que viviam. Felipe, uma criança que tinha quatro anos na época da coleta de dados, já havia tido outras duas queimaduras graves anteriormente. Sua mãe verbalizou apenas uma mudança pontual de comportamento, após o segundo acidente, o qual foi uma queimadura elétrica, e o pai, confirmou as atitudes da família, reafirmando a falta de mudança de comportamento, como mostram os discursos a seguir:

A gente mudou [os hábitos após a queimadura elétrica]. Fio não fica mais pra fora. Eu acho que, na questão de energia, a gente toma mais cuidado. Se bem que ele [referindo-se ao Felipe] gosta muito de fio.

Esse quartinho que fica aqui trancado tem muitas peças dele [referindo-se ao marido] muita coisa de eletricidade, muita ferramenta. A gente tranca. [Mas, com relação à última queimadura, com óleo quente] eu acho que continua a mesma coisa. (Mãe do Felipe, 38 anos)

Mesmo depois desse choque [elétrico], mesmo assim, ele vai lá. É muito curioso. Ele vai, quer pôr o dedo. (...) [E] o comportamento de nós mesmos [dos pais], que é um erro, acho que não mudou mesmo. De repente, a gente [pensa]: “Vamos tomar mais cuidado”. Nós não tivemos essa iniciativa, ainda não. (Pai do Felipe, 37 anos)

Também não houve a “consciência crítica” na família de Bruna, mesmo após o acidente. O avô da criança manteve seus hábitos com relação a acender a churrasqueira com álcool e, após 10 meses da ocorrência da queimadura grave, houve uma nova queimadura na criança, mas em menores proporções:

Meu pai continua [fazendo churrasco com álcool]. [Ele usa álcool] do posto. Às vezes, ele tira da moto. [A mãe da criança ri, demonstrando saber que o pai não deveria ter tal atitude]. (...) O caldo do frango [quente] caiu nela essa semana de novo. Minha mãe foi fazer um frango com caldo. Ela foi atravessar [a cozinha] e a Bruna viu minha mãe passando com a forma [que continha o frango]. A Bruna veio para o corredor, foi entrando na cozinha e agarrou as pernas da minha mãe. Minha mãe desequilibrou. Ela estava com a forma, e o caldo caiu no bracinho dela [referindo-se à Bruna]. Ficou vermelhinho [a marca na pele da criança]. Eu lavei, passei a pomada que eu tenho anti-queimadura. Foi só superficial. Foi mais o susto na hora. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Três das seis crianças participantes deste estudo tiveram reincidência de queimadura, e uma tia e um pai de uma criança vítima de queimadura já haviam sido acometidos por queimaduras graves anteriormente, necessitando de hospitalização. A reincidência de queimaduras em alguns núcleos familiares é preocupante e também já foi sinalizada na literatura (MACEDO; LAIGNIER; MACEDO, 2010). Tal fato merece atenção porque, mesmo tendo passado pela experiência, as famílias não buscaram meios de prevenir novos acidentes, demonstrando que situações de vulnerabilidade tendem a se perpetuar nos domicílios (MACEDO; LAIGNIER; MACEDO, 2010). É preciso assegurar a atenção integral ao indivíduo preconizada pelo SUS e introduzir profissionais de saúde na dinâmica social e familiar dos usuários para ajudá-los na identificação das fragilidades e riscos dentro do ambiente doméstico. Além disso, o enfermeiro pode contribuir com ações de orientação, em visitas domiciliares e também nas consultas de pré-natal ou puericultura, buscando sempre explicar como e para que o

acidente deva ser evitado, a fim de garantir melhor compreensão e assimilação das informações (MACEDO; LAIGNIER; MACEDO, 2010).

Entretanto, em uma família participante deste estudo, a mudança de comportamento, mesmo que pontual, conseguiu atingir limites além do ambiente doméstico familiar, e foi incorporada também pelas crianças da vizinhança e por pessoas que souberam da história da queimadura:

[Com fogo] nem ela [referindo-se à Camila], ninguém mais [brincou]. Sabe o que é ninguém? Ninguém! Mudou tanto! Até a rotina da rua. Porque as crianças viviam brincando de comidinha. [E agora] não brincam mais. Nem com álcool, nem sem álcool, nada. Serviu pra alguma coisa. (...) Porque a mãe dessa menina que mandou ela pegar o álcool, a mãe dela, cuidou dela [referindo-se à Camila] pra eu poder trabalhar. O dia que ela foi olhar ela pra mim [no hospital], foi dois dias antes da operação, ela viu ela sofrendo. Ela chorava junto. Então, na casa dela também ninguém mexe mais. A mãe dela larga a comida pronta e ela [referindo-se a criança que estimulou Camila a pegar o álcool] esquenta. Os dois irmãozinhos [da menina] ficam na escola o dia inteiro, entram às 7h e saem só 5h da tarde. Eles comem na avó agora, por causa da Camila, porque viu o jeito que é [a queimadura]. (...) A minha outra patroa que eu trabalho, que faz só seis meses que eu trabalho com ela, ela veio aqui em casa ver ela [referindo-se à Camila] e ficou horrorizada. Os meninos dela, ela não deixa os meninos pegar [referindo-se ao álcool]. (Mãe da Camila, 39 anos)

Outras mudanças de comportamento não foram tão pontuais e englobaram um pouco mais de visão sobre a vulnerabilidade que a criança tem para a queimadura ou outros tipos de lesão no ambiente doméstico. Assim, alguns pais promoveram, por exemplo, modificações físicas dentro de casa e mudanças de hábitos:

A cozinha e a lavanderia eu consegui terminar [de reformar]. Na área [externa], eu não tenho nem churrasqueira. Porque era um dos meus sonhos comprar. (...) [A casa] ainda está em reforma. Antes do acidente, eu já tinha mexido em alguma coisa. Mas, aí como aconteceu, eu já não vou mais fazer. Vou esperar certinho pra ver o que eu posso fazer de melhoria e segurança pra eles mesmos. (Pai da Bruna, 30 anos)

O que eu estou fazendo é o fogão, que eu estou fazendo mais alto [referindo-se à reforma]. O gás vai ficar aqui fora. [Hoje], o meu é lá dentro [da cozinha]. (...) É esse [o fogão] que eu uso, só que eu não estou usando mais. Eu não estou cozinhando mais. A gente achou melhor eu comprar a marmiteira. Esse fogão é muito perigoso, porque ele é primeira boca. É uma chama muito alta. Ele está inútil [hoje]. (...) [A tampa do fogão] vive mais fechada do que aberta e aceso. A gente coloca a louça em cima. (...) Até essa cozinha inaugurar, eu espero, mesmo assim, que a gente não pretende ficar mexendo muito

[no fogão]. Acho que [não usar mais este fogão] foi uma das primeiras [mudanças que fiz na casa após a queimadura]. De fogo, de queimadura, eu acho que é isso. (...) Eu acho que essas coisas de álcool, produto em gel, eu já não usava. Nunca fui de usar [álcool], principalmente agora que aconteceu [a queimadura]. (...) A única coisa que eu acho que pega fogo, no caso, que seria ligado, é o carro, porque é gasolina. Se acontecer alguma coisa assim, eu acho que seria o carro. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Eu até tenho soda [para fazer sabão], mas já posso dizer que está no fundo do baú. Quando eu vou fazer sabão, eu nem faço mais durante o dia. Eu espero eles [referindo-se aos filhos] saírem de casa, ou estarem dormindo, pra eu poder fazer. Porque a soda, quando a gente coloca dentro da gordura, ela borbulha. Eu tenho muito cuidado. Eu morro de medo de acontecer acidente com eles também. (...) Eu desligo a geladeira pra poder limpar. Se eu não tirar o cabo da tomada, eu não estou feliz, porque eu tenho medo. Pra ligar o ferro, eu tenho medo. Eu tenho medo de ligar tanquinho. Tudo eu tenho medo. Principalmente se eu for acender a luz e faiscar. Eu já saio fora. E eu falo pra eles que não pode [mexer] porque é perigoso. Outro dia o irmão do Daniel me viu passando roupa e ele queria também. Não tem nem condições de deixar ele colocar a mão no ferro. (...) Eu só deixo aparente produto de limpeza, detergente, veja, essas coisas. Mas do resto, eu não deixo não. (...) Coisa de eletricidade, eu não gosto não. (...) Fogãozinho de álcool, eu não quero nem ver. (Avó do Daniel, 60 anos)

Todo mundo ficou mais cuidadoso em tudo [porque] o Eduardo está pegando no pé. Se tem um fio solto, se tem uma tomada mal instalada, ele já fala. Ele já entende um pouco de eletricidade que eu já ensinei. Por exemplo, eu fui mexer num negócio, ele viu que eu vou mexer, ele já começa a chorar pra eu não mexer. Todo mundo agora está muito mais cuidadoso com as coisas. (Pai do Eduardo, 39 anos)

A gente começa a fazer o balanço de tudo, a respeito de relacionamento, de família, de hábitos diários, coisa que você faz no dia a dia, que deveria ter evitado, que deve evitar. Você procura ser melhor, a nível tanto de hábito quanto de convivência, porque afinal de contas, você correu um risco. Mas a questão do cuidado, ele permanece, da prevenção. Nesse sentido, fica um pouco mais neurótica com as coisas. Na verdade, não acho que isso é uma coisa ruim. Tem gente que acha, às vezes, que é exagero. Então, é mais na questão da prevenção mesmo que ficou. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Em resumo, os familiares participantes deste estudo revelaram diversas mudanças de atitude, após a queimadura da criança: não permitir mais que as crianças mexam com vela, fogo e brincadeiras com álcool; inutilizar fogão a lenha e fogão a gás, que produzia chama muito alta; não fazer mais churrascos em casa; não deixar mais panelas com óleo guardadas dentro do forno; evitar fazer frituras; reformar a casa, pensando na segurança dos filhos; não utilizar produtos que contenham álcool; fazer

sabão caseiro longe das crianças; ter mais cuidado no manuseio de eletrodomésticos, fios e eletricidade; e não deixar as crianças utilizarem ferro de passar roupas.

A esse respeito, estudo quantitativo, prospectivo e descritivo realizado em Vitória/ES investigou mudanças de atitudes dos familiares e responsáveis por 73 crianças com relação à prevenção. Os resultados indicaram que os participantes disseram ter tomado/pensado em tomar atitudes para prevenir novas queimaduras (90,4%); proibiram as crianças de usar o fogão (26,0%); forneceram orientações de prevenção de acidentes para a criança (9,6%); e providenciaram mudança de móveis de lugar (5,5%), troca do local de armazenamento de substâncias químicas (5,5%) e proteção de tomadas elétricas (5,5%) (MACEDO; LAIGNIER; MACEDO, 2010).

Outra questão muito citada pelos pais da nossa pesquisa foi a mudança de comportamento relacionada à maior vigilância e atenção às atividades realizadas pela criança. Até mesmo os irmãos mais velhos ficaram mais atentos com relação às atitudes dos mais novos:

Mudou [a rotina da família após a queimadura], porque tem que estar mais em cima, mais vigilante. Tem que estar sempre atrás. Antes não. [O André] ficava mais livre. Agora tem que ficar com a atenção mais dobrada. (Mãe de André, 25 anos)

Ficamos mais atentos. Eu acho que me despertou mais. Ficar mais atenta com eles, principalmente com o irmão do Daniel. Atenção dobrada, sempre conversando com eles. (Avó do Daniel, 60 anos)

Mudou os meus cuidados, atenção. Triplicado. Porque além dela, eu tenho mais os dois [filhos]. Então, mais atenção ainda, ficar mais de cima pra ver onde está, o que está fazendo, o que eles pegam. Mas, hoje, às vezes, quando ela [referindo-se à Bruna] vai pegar alguma coisa, [os outros filhos] avisam o que ela está na mão. Ela tem muito [hábito] de mexer no meu armário. Às vezes, quando ela pega um garfo, [minha outra filha fala]: “Mãe, a Bruna está com o garfo na mão! Vem tirar.” Aí, eu vou e tiro. Tudo eles me avisam, tudo, tudo que ela pega, eles avisam. Não [eram assim antes]. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Os pais também consideraram importante fornecer mais orientações acerca da vulnerabilidade da queimadura para seus próprios filhos, bem como para outras pessoas não ligadas à família, a fim de tentar prevenir que a experiência da queimadura se repetisse:

Falei pra eles [referindo-se aos outros filhos] não pegar essas coisas que o pai e a mãe não deixam pegar. Coisa que for perigosa, [eles

devem] chamar a gente para a gente olhar. [Se] ver fogo, chama a gente. Porque meu moleque, que tem sete anos, tem mania de brincar com fósforo. Então, já falei com ele que não é para ele pegar. Não tem nem isso mais em casa. (Pai da Bruna, 30 anos)

[E nós] conversamos [com os outros filhos] depois que ela [referindo-se à Bruna] veio pra casa. A gente falou: “Foi sério, a gente tem que tomar cuidado, tem que prestar atenção, foi erro da gente. Mas foi um acidente que aconteceu”. Foi tudo bem explicado pra eles [referindo-se aos outros filhos]. A gente sempre toma como exemplo, a gente acaba falando. Acho que só de eles olharem pra ela [Bruna], eles veem a marca, acho que eles já sabem. [E] não é só dentro da minha casa não, é pra qualquer lugar que eu vou, que tiver, e que eu ver alguém fazendo [churrasco]. Pode ter certeza que eu vou chegar e falar (...) Mudou não só em casa, como em qualquer lugar que a gente vá. Todo mundo pergunta. A pessoa fala: “Nossa, mas o álcool, assim” e eu falo: “É, o álcool. Pra você ver”. Às vezes, a gente acha que não é nada, que é só jogar e acender. E realmente, ele é uma coisa bem perigosa. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Ontem, eu estava fervendo água pra fazer café. Eu estava com a caneca na boca da frente do fogão e minha sobrinha de um aninho estava aqui. Ela começou a andar agora e estava andando atrás de mim. O que eu fiz? Na hora, eu já passei a caneca pro fogo de trás e já tirei ela daqui. Porque num instante, eu imaginei aquela água caindo em cima dela, e ela toda sem pele. Porque eu vi os bebês lá [na unidade de queimados] e a gente sabe que isso é comum demais acontecer. Ai, já dá aquela sensação estranha. Eu já levei pra lá pra ela não ficar na cozinha porque eu acho que criança não tem que ficar na cozinha. Esse é o meu conceito hoje. [Antes] não. Antes [era] normal. Então, acho que, hoje, realmente criança não combina com cozinha. Fiquei até preocupada com a minha cunhada porque a casa dela é pequena e a menina já fica rodando pros lados. Às vezes, ela não tem tanto o cuidado necessário e eu já pensei: “Preciso conversar com ela pra ela tomar mais cuidado”. Porque pele é super sensível e ela é branquinha. Ai meu Deus! Então, eu fico com essa sensação, às vezes. (Mãe do Eduardo, 35 anos)

Eu tratei o Eduardo agora de uma forma diferente. Porque o Eduardo em específico, ele é mais audacioso. Ele não tem muito medo de fazer as coisas e de perigo. Se tem ferramenta, se tem alguma coisa, mesmo que não seja pra idade dele, ele vai, fuça e faz. Então, eu comecei a explicar mais as coisas pra ele, ensinar mais as coisas, principalmente nessa parte de eletricidade e essas coisas mais perigosa. Se for ver uma criança na idade dele, acho que uns 80% dos acidentes, eles não sabem o que fazem. Então, eu ensinei bastante coisa pra ele, esse negócio de risco, de tudo. Não [era assim antes da queimadura]. Ensinava um pouco, mas não com tanta frequência. Ensinava o básico. Muita coisa agora veio depois do acidente mesmo. Esses dias, eu mostrei um vídeo do “you tube” pro Eduardo pra ele se impressionar [com] esse negócio de fio. Antes ele gostava de ficar subindo no telhado, ficava me acompanhando. [O vídeo] mostrava um cara subindo na árvore, e ele encostou no fio e caiu eletrocutado. O cara que foi ajudar ele, encostou as costas no fio e o fio grudou nas costas dele e torrou o cara. Esse vídeo me impressionou e eu mostrei pra ele

ficar esperto mesmo. Ele não gostou. Depois do acidente, eu procurei muita coisa na internet pra saber e pra mostrar pra ele também, pra evitar esse tipo de problema. [Escolhi este vídeo para mostrar] por causa de fiação porque ele acha que encostar no fio é normal. Ele não sabe diferenciar o que é um positivo, o que é um negativo, o que é um neutro. Então, eu falei pra ele ficar esperto mesmo, pra não ficar pondo a mão em qualquer lugar, em qualquer fio, pra não ter perigo de levar uma descarga elétrica. (Pai do Eduardo, 39 anos)

As atitudes de prevenção de novos acidentes foram verificadas no presente estudo e pela literatura. Macedo, Leigner & Macedo (2010) indicaram em sua pesquisa que, dos entrevistados que nunca haviam alertado outras pessoas sobre o risco de acidentes, 95,7% mudaram de atitude para prevenir novas queimaduras; e dentre os familiares que já procuravam alertar outras pessoas, 88,0% mantiveram esta conduta de prevenção.

Mas, nem sempre aqueles que são alertados, são sensibilizados para uma mudança de atitude, tal como os funcionários do posto de gasolina que venderam álcool para a família de Bruna, mesmo sendo proibido:

O pessoal do posto ficou sabendo [da queimadura ocorrida por causa do álcool]. Hoje não vende mais, está proibido. Já não podia [antes], mas hoje eles não vendem de jeito nenhum. Mas, como aqui a gente conhece bastante os meninos [que trabalham no posto de gasolina], eles acabam vendendo um pouquinho para o meu pai, em garrafa pet. (Mãe da Bruna, 25 anos)

Vender combustíveis em garrafas pet ou sacos plásticos é proibido desde 2008, quando foi publicada uma norma que permitia a venda e o transporte de combustíveis apenas em recipientes certificados pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). De acordo com a norma, estes recipientes devem ser rígidos, metálicos ou não metálicos, devidamente certificados e fabricados para este fim (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2008), o que não foi o caso da família de Bruna. Infelizmente, apesar de ser lei, muitos ainda a desconhecem, e mesmo aqueles que têm conhecimento, não a praticam. É preciso que tanto a família quanto a comunidade se conscientizem de que a prevenção de acidentes é dever de todos, e cumprir as leis faz parte deste papel.

5.3. APRESENTAÇÃO DOS SIGNIFICADOS: UM OLHAR A PARTIR DA VULNERABILIDADE

Após a análise dos dados coletados e produção das unidades de sentidos, advindas do senso comum dos participantes da pesquisa ou do modo consciente de como eles dão sentido às suas experiências relacionadas ao foco deste estudo, somados à interpretação do pesquisador e interlocução com a literatura, foram construídos três núcleos temáticos para fornecer os significados, ou seja, uma explicação compreensiva ao fenômeno do processo de prevenção de queimaduras em crianças no ambiente doméstico: “*Abrir o olho de verdade*”: enxergando a possibilidade da queimadura; “*Aqui dentro, não!*”: o exercício do controle dentro de casa; e “*Uma questão de cultura do jeitinho brasileiro*”: partindo do “*acidente que aconteceu*” para a “*mudança de hábito*”.

Os significados do processo de prevenção de queimaduras em crianças no ambiente doméstico foram permeados pelo conceito antropológico da vulnerabilidade. A temática das queimaduras está muito ligada à noção de perigo e risco, entretanto, esta visão é limitada para explorar o fenômeno que nos propusemos a interpretar, compreensivamente.

Diferentemente dos estudos de risco, as pesquisas dirigidas por meio do conceito de vulnerabilidade procuram a universalidade e não a reprodução ampliada do fenômeno e suas inferências (BERTOLOZZI et al., 2009). O risco está ligado às probabilidades, enquanto a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social e, neste sentido, a vulnerabilidade antecede o risco (AYRES, 1997).

Na literatura internacional, o termo vulnerabilidade é utilizado por diferentes disciplinas, tais como economia, sociologia e antropologia, gestão de desastres, ciência ambiental, saúde e nutrição (ALWANG; SIEGEL; JORGENSEN, 2001). No Brasil, o termo teve origem na área da advocacia internacional pelos direitos humanos. No campo da saúde, a vulnerabilidade tem sido usada com diversos significados, mas ganhou maior visibilidade como um marco conceitual, a partir de 1980, com o advento da AIDS, pois a epidemia gerou reflexões acerca do conceito de risco, por parte dos pesquisadores e profissionais da saúde (NICHATA et al., 2008).

Estudo de revisão acerca da vulnerabilidade no cenário brasileiro, no período de 1996 a 2006 (NICHATA et al., 2008), indicou que muitos dos estudos em

enfermagem abordam grupos considerados vulneráveis, tais como mulheres, adolescentes, pessoas com deficiências e excluídas socialmente. Além desses, também se verificam pesquisas que englobam situações de violência, sejam elas vividas por enfermeiras, pacientes e populações; questões relativas ao risco ocupacional; e mais recentemente, há trabalhos na perspectiva do *advocacy* (em defesa de) e da ética (NICHATA et al., 2008). Neste sentido, percebemos que a vulnerabilidade tem crescido no campo científico como conceito e aplicabilidade.

O conceito de vulnerabilidade amplia a compreensão dos fenômenos da saúde, pois abrange o entrecruzamento de comportamento e vivências individuais, subjetivas, condições sociais, políticas e culturais, além de conferir maior integralidade às ações de saúde, prevenção e controle dos agravos (NICHATA et al., 2008). Na temática das queimaduras, que é amplamente abordada por estudos epidemiológicos de risco, a vulnerabilidade vem, então, acrescentar outras dimensões ao objeto de estudo e, particularmente por isso, pode auxiliar a compreender melhor os aspectos que influenciam nas atitudes de prevenção. Cada núcleo temático aqui desenvolvido explora uma vertente da vulnerabilidade e sua relação com os aspectos advindos da prevenção de queimaduras de crianças no ambiente doméstico.

Ressaltamos, ainda, que alguns trechos, no meio do corpo do texto, estão destacados com letras em itálico e entre aspas. Eles representam destaques dos discursos dos participantes para ilustrar os significados, mas estes trechos não estão identificados individualmente. Neste momento, isso não se faz necessário, visto que os significados são oriundos da fusão de horizontes dos participantes e do pesquisador, e a interpretação destes discursos foi arquitetada por meio de uma concepção dialógica, resultando na produção de um novo texto.

5.3.1. Núcleo temático 1: “Abrir o olho de verdade”: enxergando a possibilidade da queimadura

A vulnerabilidade é um atributo antropológico decorrente do simples fato de o homem estar vivo (KOTTOW, 2005). Assim, partindo do pressuposto que ser vulnerável é estar suscetível a sofrer danos (MORAIS, 2010), o ser humano necessita de proteção para garantir sua existência. A prevenção de danos é uma das formas de

proteção que pode fortalecer o homem para que ele se torne um pouco menos vulnerável. Mas, para tanto, é necessário que isso faça parte da sua cultura, a fim de que a prevenção se torne uma prática.

Na perspectiva de Ayres (2003), o conceito de vulnerabilidade possui três eixos interligados: o componente individual ou pessoal, o componente social e componente programático ou institucional. Em suma, os estudos de vulnerabilidade procuram compreender como as pessoas se expõem a um agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: os aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos), que levam à exposição e à suscetibilidade ao agravo em questão; as características próprias a contextos e relações socialmente configurados; e o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem na situação (AYRES, 2009). Cada uma das três dimensões - pessoal, social e programática - é apenas uma perspectiva de uma realidade que é única, e deve ser observada sempre remetendo às outras duas (AYRES, 2009).

Neste presente núcleo temático, o eixo norteador observado acerca da vulnerabilidade foi o pessoal. A vulnerabilidade pessoal depende do grau e da qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre o problema, da capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao cotidiano, e das possibilidades efetivas de transformar suas práticas (AYRES, 2003). Com os participantes do estudo, percebemos que a vulnerabilidade pessoal à ocorrência de uma queimadura estava presente em todas as famílias, e elas, nem ao menos, tinham a plena noção disso. Ao revelarem que *“nunca achava que podia acontecer”*, *“nem em sonho, não imaginava, nunca pensei”* e que *“não tinha noção da proporção do acidente que tinha acontecido”* porque *“ninguém espera que acontece isso com a gente”*, os familiares das crianças vítimas de queimadura demonstraram que, às vezes, eles até se enxergam vulneráveis, pois *“pode acontecer tanta coisa”*, entretanto, a vulnerabilidade à queimadura parece estar mais distante do que outros tipos de acidente. O discurso *“é incrível como o acidente de queimado não é uma coisa que entra muito na nossa mente”* denota a necessidade de revelar aos pais e às crianças essa realidade tão próxima e tão distante ao mesmo tempo, a fim de que pensar na possibilidade da ocorrência da queimadura comece a fazer parte do cotidiano das famílias.

Para as crianças, em especial, esta realidade pode estar ainda mais distante devido às próprias características do desenvolvimento infantil, quando *“tudo na cabeça*

de criança é fantasia”. No pensamento inocente da criança, por exemplo, o fogo se configura apenas como algo “bonito” e uma fonte de “alegria”. O fogo gera um encantamento natural para elas, fazendo com que “*toda criança se impressiona(e) com a chama, com essas coisas perigosas*”. E assim, como frequentemente se verifica que “*a criança não tem noção*”, “*desconhece o risco que tem*”, “*é muito inocente das coisas*” e “*não tem defesa de nada*”, ela se torna ainda mais vulnerável frente à possibilidade da ocorrência de queimaduras. Além disso, “*a curiosidade é grande*” e, por esta razão, criança “*sobe até na árvore*”, ou seja, se aventura ao explorar o ambiente em que vive, colaborando para o aumento de sua vulnerabilidade individual.

A criança nasce em um mundo em construção, o qual tem características locais que se modificam em função da sua história e por meio das relações sociais particulares em que a criança é prontamente envolvida (TOREN, 2010). Como cada criança tem uma autonomia, por ser um sistema vivo que é humano, ela passa a dar sentido àquilo que encontra. Ao criar um significado intersubjetivamente a partir de significados que outros criaram e estão criando, cada ideia na cabeça da criança possui ligação com a realidade vivida, ou seja, as ideias de uma criança – por mais que sejam unicamente dela – não saem do nada; elas têm tudo a ver com o envolvimento intersubjetivo dessa mesma criança no mundo (TOREN, 2010). Nesta perspectiva, se os pais das crianças não percebem sua vulnerabilidade individual e a de seus filhos perante a possibilidade de queimadura no ambiente doméstico, estas crianças muito provavelmente também não desenvolverão nenhum significado para esta questão e continuarão vivendo uma realidade permeada pelo perigo, sem desenvolverem atitudes de prevenção, afinal não possuem relações com este tipo de comportamento.

Percebemos que, como a possibilidade da ocorrência da queimadura não fazia parte da cultura das famílias participantes do estudo anteriormente ao acidente, foi ela mesma quem despertou a consciência das crianças e de seus familiares. Apenas após a queimadura, eles realmente se sentiram vulneráveis e passaram a “enxergar” a possibilidade de ela acontecer:

Você tem que passar para você poder abrir o olho de verdade. Porque até então, está aberto, só que aí você vai ter que abrir o olho de verdade pra você tomar como experiência. Infelizmente, é assim.

“*Infelizmente*”, como a própria mãe participante da pesquisa nos sinalizou, esta ainda é a realidade atualmente vivida. Enquanto as pessoas não se enxergarem como

seres vulneráveis e abrirem “*seus olhos de verdade*”, a prática da prevenção de queimaduras continuará a fazer parte de um horizonte distante da vida das famílias, favorecendo a vulnerabilidade pessoal. O ideal não é ser acometido por uma queimadura para “*tomar como experiência*” e passar a praticar as medidas de prevenção. É preciso “*abrir o olho de verdade*” antes de a queimadura acontecer. Continuar com este tipo de comportamento seria apenas “*dar valor quando se perde*”, frase popular comentada por um dos pais participantes do estudo. Mas, neste caso, a perda pode se tornar grande demais, fazendo com que a queimadura deixe de ser apenas um evento agudo e pontual, e passe a se tornar uma doença crônica, devido às sequelas estéticas e funcionais que acompanham a vida da pessoa vítima de queimadura e que requerem intervenções constantes.

Para “*abrir os olhos de verdade*” antes da experiência traumática, faz-se necessário, inicialmente, interpretar os diferentes olhares que as famílias têm acerca do contexto em que vivem, para, a partir de então, oferecer informação e planejar as atitudes de prevenção, a fim de que, aos poucos, isso possa ser incorporado ao cotidiano e fazer parte da cultura das famílias, fortalecendo os vulneráveis. Portanto, é importante contextualizar a noção de prevenção.

Na área da saúde, prevenção está relacionada a um conjunto de procedimentos realizados com o intuito de impedir a aparição de agravos nas pessoas ou a promover a saúde (JEOLÁS, 2004). Já no campo da antropologia, a prevenção é um conceito que só pode ser manejado levando-se em consideração os conteúdos e significados dos grupos e culturas em foco. Assim, ainda para este autor, a noção de prevenção é uma construção cultural e as atitudes de prevenção só podem ser interpretadas a partir do conjunto das representações culturais que envolvem o contexto do indivíduo. A forma como as pessoas pensam e praticam a prevenção em determinada sociedade também reflete o modo como se pensa a responsabilidade pessoal no aparecimento da doença ou do dano e como o sujeito gerencia suas relações com o outro (JEOLÁS, 2004). Os riscos, perigos e vulnerabilidades são entendidos dentro de um quadro de referências culturais de cada sociedade, e não apenas como uma probabilidade de um evento negativo ocorrer (JEOLÁS, 2004). Para estas famílias abrirem “*seus olhos de verdade*” antes de a queimadura acontecer, os pais precisam ser alertados sobre suas responsabilidades consigo mesmos e com seus filhos, para poderem construir comportamentos preventivos adequados ao seu contexto e gerenciar melhor o ambiente em que vivem.

Sob esta ótica, passamos a discernir a articulação entre a vulnerabilidade pessoal e a social. Como mencionamos no início deste núcleo temático, a realidade da vulnerabilidade é uma só, mas cada núcleo temático aqui desenvolvido se associa com seus outros eixos. A seguir, nossa perspectiva sobre os aspectos relacionados à dimensão social da vulnerabilidade à queimadura no ambiente doméstico.

5.3.2. Núcleo temático 2: “Aqui dentro, não!”: o exercício do controle dentro de casa

Além do componente pessoal, Ayres (2003) também conceitua a vulnerabilidade social. Esta reflete as condições de bem-estar social, que abrangem a moradia, o acesso a bens de consumo e a questão da liberdade de pensamento e expressão, sendo que, quanto maior a vulnerabilidade, menor a possibilidade de interferir nas tomadas de decisão (AYRES, 2003).

A vulnerabilidade social também interferiu nas questões de prevenção das queimaduras das famílias participantes do estudo. As crianças e seus familiares tinham um contexto socioeconômico desfavorecido por advirem de camadas populares, e este, por algumas vezes, contribuiu para a ocorrência das queimaduras. Discursos como “*eu queria estar lá cuidando dela e não precisar trabalhar*” e “*não vou deixar os meus filhos com fome. Eu comprei um pouquinho de álcool [para cozinhar]*” revelam que as condições sociais – necessidade de se ausentar de casa para trabalhar e deixar os filhos sozinhos, e a busca de alternativas acessíveis para conseguir manter a subsistência alimentar dos filhos - impuseram uma fragilidade maior a essas famílias, elevando o grau de vulnerabilidade social. Tais pontos não favorecem a prática da prevenção de queimaduras no ambiente doméstico porque as famílias se colocam em situação de vulnerabilidade por uma questão de necessidade maior, que foge de seus controles. Ou seja, melhorar as condições de bem-estar social é primordial no processo de prevenção de queimaduras.

Analogicamente, pode-se dizer que existe uma equação que exemplifica parte desta realidade vivida por alguns dos participantes da pesquisa: infância + pobreza = vulnerabilidade = risco = perigo (HILLESHEIM; CRUZ, 2008). Não se pode entender aqui os três conceitos – vulnerabilidade, risco e perigo – como intercambiáveis, mas tal

equação demonstra uma relação direta entre eles, bem como entre as questões relacionadas ao contexto, tais como infância e pobreza. Perigo faz alusão ao imponderável, ao acaso; enquanto que, o risco remete à probabilidade de um acontecimento ocorrer em virtude de um comportamento adotado pelo indivíduo, relacionando-se diretamente com as suas decisões (WEBER, 2006). Já a noção de vulnerabilidade permite a possibilidade de intervenção, ou seja, reduzindo a vulnerabilidade mediante certas ações, pode-se diminuir o risco e, conseqüentemente, o perigo (HILLESHEIM; CRUZ, 2008). Quanto mais fatores de risco se fizerem presentes nas famílias, maior a vulnerabilidade desta população e a possibilidade da ocorrência de algum dano. Assim, faz-se necessário uma intervenção sobre o perigo, deslocando-o do nível do imponderável para fazê-lo passível de previsão e controle (HILLESHEIM; CRUZ, 2008).

Nem sempre é possível ter o domínio de todos os fatores que favorecem a vulnerabilidade pessoal e social para a ocorrência das queimaduras. Entretanto, tentar exercitar o controle de algumas situações que ocorrem dentro do ambiente doméstico pode favorecer a redução da vulnerabilidade das famílias e, conseqüentemente, os danos causados pela queimadura. Para poder exercitar o controle, não se pode perder de vista a questão abordada no primeiro núcleo temático: todo ser humano é vulnerável. Com esse pressuposto em mente, as pessoas perceberão que não podem controlar tudo. Talvez pareça contraditório, mas quanto mais o indivíduo acreditar que pode sempre no controle da situação, mais vulnerável ele se torna, porque tal comportamento gera uma falsa sensação de segurança. É como diz o ditado popular lembrado em um dos discursos da mãe da Camila: *“Quando a cabeça não pensa, o corpo padece”*. Lembrar sempre a condição de vulnerabilidade faz com que as pessoas estejam mais atentas para as situações de danos e, assim, possam praticar o maior controle sobre as atitudes corriqueiras. Mas, novamente, isso tem que fazer parte da cultura, pois assim, as ações repetitivas do cotidiano com vistas à prevenção farão parte de uma vigilância constante exercida pelos pais.

O processo de vigilância tem sido descrito em situações de doença (DUDLEY; CARR, 2004; MAHONEY, 2003; SULLIVAN-BOLYAI et al., 2003), mas seu conceito é também adequado às crianças saudáveis, as quais exigem de seus pais a necessidade constante de atenção devido às fases de seu crescimento e desenvolvimento, em permanente transformação. A vigilância pode ser uma estratégia de comportamento

primário utilizada pelas mães para gestão do dia a dia da criança (SULLIVAN-BOLYAI et al., 2003), sejam estas saudáveis ou com qualquer condição crônica.

Ser vigilante significa fazer uma avaliação contínua das necessidades diárias da criança (SULLIVAN-BOLYAI et al., 2003) e, neste sentido, cabe também a avaliação da vulnerabilidade pessoal e social nas quais as crianças e seus pais estão envolvidos. Ao praticar uma vigilância constante, tentando controlar alguns aspectos do ambiente em que vivem para promover a prevenção de queimaduras ou outros acidentes dentro de casa, a família promove a redução das vulnerabilidades. A gestão do dia a dia das crianças, por meio da vigilância constante, pode reduzir significativamente as preocupações com complicações futuras, de longo prazo (SULLIVAN-BOLYAI et al., 2003), tais como os cuidados derivados de uma queimadura grave, que podem levar a uma condição crônica, devido às sequelas causadas pelo dano.

O processo de vigilância engloba características como supervisão atenta, proteção, antecipação, estar alerta e estar presente (MAHONEY, 2003). Estas categorias fazem menção a realizar uma supervisão constante daqueles que necessitam; protegê-los de ações inseguras ou inadequadas; prever situações que podem evitar ou minimizar fatores de danos; sempre cumprir com as responsabilidades de supervisão; e garantir sua presença constantemente (MAHONEY, 2003). Apesar de o foco do estudo de Mahoney (2003) ter sido familiares de pacientes com Alzheimer, todas estas características podem ser aplicadas às crianças saudáveis em desenvolvimento. Por exemplo, na nossa pesquisa, discursos como *“acho que o maior fator causador desse tipo de situação seria a nossa ausência, de um adulto”*; *“se eu pudesse ficar em casa não teria acontecido isso com ela”*; *“se eles não estivessem sozinhos”* e *“eu quero estar por perto quando eles colocarem alguma coisa pra esquentar no micro-ondas”* estão intimamente ligados aos elementos que constituem o processo de vigilância familiar e, conseqüentemente, à redução da vulnerabilidade.

Entretanto, exercitar a vigilância constante pode gerar uma sobrecarga, principalmente para aquelas famílias com maior vulnerabilidade social decorrentes dos recursos limitados, tais como a maioria dos participantes deste estudo. A vigilância constante implica uma responsabilidade contínua que pode resultar em alterações físicas e emocionais para os pais, tais como medo, privação do sono, depressão, ganho ou perda de peso e enxaquecas (SULLIVAN-BOLYAI et al., 2003). Por isso, no caso das crianças saudáveis com vistas à prevenção de queimaduras, a vigilância constante deve

fazer parte da cultura doméstica, sem que os pais tenham necessariamente que pensar a todo momento que estão praticando este processo.

O exercício do processo de vigilância faz com que, com o tempo, os familiares adquiram um conhecimento único e possam antecipar fatores causadores de danos, sendo capazes de proteger os membros de sua família, a fim de garantir que eventos prejudiciais, que podem ser prevenidos, não ocorram (MAHONEY, 2003). Este conhecimento adquirido é fruto da cultura. Os melhores agentes de prevenção são os próprios indivíduos, pois detêm a noção de tudo que faz parte do seu contexto cultural. O processo de vigilância é algo que pode ser comumente realizado pelos responsáveis das crianças em seu cotidiano. Se eles forem alertados e incentivados a praticá-lo de forma natural e como hábito cultural, a vigilância pode favorecer a prevenção de queimaduras, a redução da vulnerabilidade e não se configurará como uma sobrecarga aos pais. Assim, destacamos a importância do trabalho com a família em parceria com a equipe de enfermagem, ou outros profissionais da saúde, a fim de fornecer informação, orientação e segurança (SULLIVAN-BOLYAI et al., 2003) sobre a vigilância, prevenção e redução das vulnerabilidades.

Para conseguir exercitar a vigilância e, conseqüentemente, a redução das vulnerabilidades por meio do controle de algumas situações no ambiente doméstico, é preciso que as famílias conheçam o contexto em que vivem. Comumente, as pessoas acreditam que a casa de cada um é um ambiente seguro, porque congrega características de um espaço acolhedor e protetor, e que mais dominamos, já que está sob nosso comando. É no nosso domicílio que exercemos o controle total da situação, e que propagamos a sensação de que lá, nada de ruim pode nos atingir. A esse respeito, o trecho de um discurso ilustra o exposto:

Você nunca acha que ali dentro da sua casa vai acontecer aquilo. “Aqui dentro, não”, entendeu? Às vezes, você pode até ver alguma coisa com o vizinho. Mas, você nunca acha que vai acontecer com você.

Entretanto, com a expressão “*Aqui dentro, não*” sinalizada por um dos participantes, nos dá a sensação de que o ambiente doméstico está isento de qualquer mal, principalmente o da queimadura. Mas, esta não é a realidade. Dados de estudos epidemiológicos, realizados em diversos países, revelam que a maioria das queimaduras com crianças ocorre no ambiente doméstico (CARLSSON et al., 2006; ROSSI et al.,

2003; DELGADO et al., 2002; ROSSI et al., 1998; MERCIER; BLOND, 1996). Assim, o ambiente doméstico é seguro e inseguro ao mesmo tempo, porque favorece a ocorrência de diversas situações vulneráveis para a queimadura e outros danos. Enxergar que o ambiente doméstico é um lugar que pode deixar o homem ainda mais vulnerável e modificá-lo com pequenas atitudes já traz mais controle para a situação, e mais uma vez, configura-se como uma estratégia para fortalecer os vulneráveis.

Histórica e antropológicamente, há um milhão de anos, o fogo deu aos nossos ancestrais, *Homo erectus*, mais controle sobre o meio ambiente em que viviam. Isso porque possibilitou a continuidade de atividades à noite; afastou predadores; deu-lhes calor e luz para viver nas cavernas; permitiu a cocção dos alimentos, aumentando suas opções nutricionais; e tornou possível um maior alcance geográfico, habitando regiões mais frias. Ademais, essas adaptações culturais, como o uso controlado do fogo e a cocção dos alimentos, somadas à elaboração de ferramentas mais complexas, pode ter contribuído para o desenvolvimento da linguagem (HAVILAND et al., 2011).

Embasados por essas constatações históricas, percebemos que o uso controlado do fogo modificou completamente a vida do homem. Entretanto, apesar de controlarmos o fogo há um milhão de anos, quando nos descuidamos, ele ainda mostra que “*é muito poderoso*”, como afirmou uma das mães, e tenta retomar o seu “poder de controle”. Os trechos dos discursos abaixo de dois participantes, criança e sua mãe, ambos acometidos pela queimadura, neste estudo, ilustram este descontrole perante o fogo e, por consequência, a submissão a ele:

Pegou fogo em tudo. E o fogo ficou me seguindo. O inferno é o fogo e o fogo é o inferno! O inferno me seguiu. De repente, eu estava correndo, só vi chama. Eu fiquei pensando que eu ia morrer. (Criança)

O gás já saiu vazando e foi direto para a vela. Começou a chama. Começou a ficar chicoteando para um lado e para o outro. Ficou ali dançando pela cozinha. E só sei que, de repente, eu me vi no corredor, caída. Eu não tinha força, eu não conseguia levantar. (Mãe)

Por meio destes discursos, apreendemos como o ser humano se torna muito vulnerável quando perde o controle do fogo. Outra mãe verbalizou que “*o fogo é muito poderoso*”, revelando que o fogo pode tomar uma dimensão tão grande que ele “assume” até mesmo habilidades humanas de “*seguir*” e “*dançar*”, e sobrepõe-se ao homem, fazendo com que este último sinta que o descontrole da situação pode inclusive, fazê-lo “*perder as forças*” ou “*morrer*”.

Em situações de descontrole do fogo, a queimadura se faz presente. Por essa razão, praticar a prevenção de queimaduras no ambiente doméstico pode servir como uma estratégia para o exercício do controle das situações e, conseqüentemente, da redução da vulnerabilidade pessoal. Sabemos, como nos diz a própria frase popular, que “é fogo” (ou seja, não é fácil) conseguir manter o controle das diversas situações possíveis de ocorrência de queimaduras, pois são muitos os fatores que podem influenciar no seu desfecho. Entretanto, os profissionais de saúde e da educação podem capacitar tanto as crianças quanto seus familiares a enxergar as vulnerabilidades do ambiente doméstico, a fim de antecipar os possíveis danos e, assim, promover mudanças de comportamentos para tentar evitar tais situações. Desta forma, a expressão “*Aqui dentro, não!*”, tomada aqui como ilustrativa deste núcleo temático e do significado que o exercício do controle da situação dentro de casa assume para a prevenção da queimadura no ambiente doméstico, sairá do âmbito “mágico”, no qual parece que o ambiente doméstico é isento de danos, e partirá para o âmbito real, no qual as famílias não permitirão que, dentro de suas casas, o descontrole do fogo ameace suas vidas com a ocorrência de uma queimadura grave.

5.3.3. Núcleo temático 3: “*Uma questão de cultura do jeitinho brasileiro*”: partindo do “*acidente que aconteceu*” para a “*mudança de hábito*”

Os núcleos temáticos 1 e 2 mostraram que, para uma efetiva prevenção de queimaduras, é preciso inicialmente enxergar a si mesmo como um ser vulnerável às queimaduras, que vive num ambiente que favorece à ocorrência das mesmas, e que necessita ter em mente essas questões para tentar exercer o controle dos danos dentro de casa, e passar a praticar mudanças de comportamento. Não basta apenas que a consciência fique no plano das ideias. Também é preciso modificar as ações. O discurso de uma mãe participante do estudo mostra como a consciência já foi iniciada: “*A gente tem que tomar cuidado, tem que prestar atenção. Foi erro da gente.*”. Mas intrinsecamente, a noção de acidente como algo para cuja prevenção pouco pode ser feito ainda está presente: “*Mas, foi um acidente que aconteceu*”.

Numa perspectiva mais ampla, além do que já foi exposto nos dois primeiros temas, outras ações com vistas a mudanças de comportamento devem ser realizadas

para complementar o processo de prevenção de queimaduras. Entretanto, as mudanças de comportamento objetivadas pelas ações de prevenção nem sempre são alcançadas em curto e médio prazo, pois os comportamentos têm determinantes complexos (JEOLÁS, 2004).

Nas intervenções, é preciso levar em consideração o contexto social da população envolvida, de modo a ponderar as dificuldades materiais, socioculturais e subjetivas que se modificam constantemente nas relações com o mundo, com os outros e consigo mesmos (JEOLÁS, 2004), ou seja, a mudança de comportamento envolve diversos fatores, todos permeados pela cultura. Uma mãe e um pai do estudo perceberam estas questões, mesmo sem ser mencionado em nenhum momento que se tratava de um estudo antropológico, que tinha a cultura como um dos principais conceitos norteadores. Eles comentaram a respeito dos hábitos dos brasileiros e sobre a dificuldade de se prevenir a queimadura e promover mudanças de comportamento:

O brasileiro é teimoso, é curioso. É gente, né? É bem coisa de ver pra crer.

Não é uma questão de cultura (...) do jeitinho brasileiro? Ou sei lá, coisa do ser humano de “se dar valor quando se perde”, como as pessoas dizem? (...) E o brasileiro, então, é isso. Ele é “tudo bem, tanto faz, vai levando”. Ele é meio preguiçoso. (...) [É preciso promover uma] mudança de hábito. (...) Eu acho que é coisa de ficar em cima, cobrando, porque você vai tentando mudar o hábito. Uma das coisas mesmo fundamentais pra se tomar é a orientação. Porque hábito é coisa muito difícil de mudar.

Neste discurso, é possível perceber vários elementos que compõe a cultura brasileira e que podem influenciar no processo de prevenção de queimaduras. Enquanto o indivíduo for “teimoso” e for “levando” suas atitudes sem “abrir os olhos de verdade”, ou tendo que “ver” a queimadura acontecer “pra crer” que isso é possível, as pessoas continuarão apenas a “dar valor quando perdem” algo significativo para elas. Nessa lógica, não haverá “mudança de hábito” e a prevenção de queimaduras não se tornará uma prática. Sabemos que “hábito é coisa muito difícil de mudar”, mas é preciso se iniciar uma reflexão sobre o assunto, e aos poucos, planejar e executar uma nova cultura na sociedade que almeje a prevenção de queimaduras.

Para as famílias de crianças vítimas de queimadura participantes deste estudo, verificamos que o impacto que a queimadura trouxe para a família e comunidade; a dor e o sofrimento causados pela queimadura; a culpa; a questão da moralidade; as crenças;

e os estigmas causados pelas marcas das cicatrizes fizeram as famílias refletir sobre a experiência e provocaram mudanças de comportamento com vistas à prevenção de queimaduras. Entretanto, nem sempre estas mudanças foram globais. Algumas famílias mudaram pontualmente alguns hábitos, mais relacionados ao contexto em que aconteceu a queimadura, por exemplo, substituindo o fogão a lenha pelo fogão a gás ou retirando o álcool de dentro do ambiente doméstico.

Outras questões culturais que interferem na mudança de comportamento com enfoque na prevenção de queimaduras, e que podem ser extrapoladas para famílias que não tiveram uma criança vítima de queimadura, como as pertencentes do estudo, são: o encantamento da criança pelo fogo; o modo de criação das crianças; a forma como se enxerga a queimadura (acidente/doença); os hábitos de vida arraigados (rituais); o contexto socioeconômico; fatores predisponentes a danos inseridos no ambiente doméstico; e a cultura brasileira do álcool. Além disso, a motivação para mudança, ou seja, como despertar a iniciativa para modificar hábitos culturais e a linguagem utilizada para dar informações sobre queimaduras aos diferentes grupos sociais (crianças ou adultos, camadas populares ou médias, entre outros) também podem influenciar o processo de incorporação da prevenção de queimadura no cotidiano das famílias brasileiras.

Neste sentido, o governo tem um papel primordial na promoção da mudança de comportamento da população, bem como da redução de suas vulnerabilidades, principalmente daquela chamada programática ou institucional. Segundo Ayres (2003), além dos planos pessoal e social, já explicitados anteriormente, a vulnerabilidade também possui o componente programático ou institucional.

A vulnerabilidade programática abrange os seguintes aspectos: compromisso das autoridades para manejar o problema, com planejamento e gerenciamento de ações para serem efetivamente propostas e implantadas; interligação institucional e setorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, entre outros) direcionadas para tais ações; financiamento adequado e estável dos programas, além da manutenção dos mesmos, com avaliação e retroalimentação contínua; harmonia entre programas implantados e a necessidade da sociedade; e estabelecimento de parcerias entre as instituições e a sociedade civil organizada; além da resposta às necessidades de prevenção e de tratamento (AYRES, 2003; MANN; TARANTOLA; NETLER, 1992).

A vulnerabilidade programática e os direitos humanos estão intimamente ligados. No tocante aos direitos humanos, o governo tem garantido os direitos sociais,

com as diretrizes políticas de atenção à saúde da criança. A criança tem direitos sociais que lhe conferem autonomia pública, tais como direito ao adequado crescimento e desenvolvimento, cuidados à saúde, aleitamento materno, nutrição, vacinação, higiene, saneamento ambiental, medidas de proteção, prevenção de acidentes, acesso à educação, enfim, direito à vida (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). As autoras seguem discutindo que, conjuntamente com o poder público, é importante que os profissionais de saúde procurem articular as diretrizes políticas e as práticas de saúde em busca de respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos para promover a saúde e a qualidade de vida de crianças e suas famílias.

Estabelecer diretrizes para garantir os direitos da criança é o primeiro papel do poder público, entretanto, é preciso seu maior envolvimento para que as diretrizes passem a ser efetivas na prática. Por exemplo, na questão referente ao direito à prevenção de acidentes, a mudança cultural almejada para se inserir o processo de prevenção de queimadura mais ativamente no cotidiano das famílias, ou seja, para sairmos da ideia do *“acidente que aconteceu”* para a *“mudança de hábito”*, só será possível por meio da educação desde a infância – medida que requer esforços em longo prazo. A educação precisa ser inserida não apenas no âmbito familiar, mas também em outros setores da sociedade, tal como na rede de ensino. Segundo esta lógica, a abordagem sobre prevenção de danos poderia ser obrigatória nos currículos escolares, desde a pré-escola, incluindo não somente a queimadura, mas também quedas, afogamentos, entre outros agravos comuns no universo infantil. Ao fornecer informações desde cedo para a criança, pode-se fazer dela um porta-voz e porta-*“ações”* dentro de casa. Aos poucos e ao longo do tempo, com esta estratégia, poderia se verificar a diminuição da interlocução do perigo advinda das atitudes dos pais e favorecer a interlocução da segurança promovida pelas ações das crianças. As crianças, com a educação sobre prevenção de queimaduras e outros danos, se fortalecerão individualmente e podem motivar nos pais uma mudança de postura.

O governo também precisa, de imediato e constantemente, promover campanhas de conscientização sobre prevenção de queimaduras para manter a população alerta para o problema, assim como faz com outras questões da saúde, tais como a dengue, o tabagismo e o câncer (ROCHA, 2010; NASCIMENTO et. al, 2008; SAMPAIO; SANTOS, 2007). Mas, é necessário levar-se em consideração as questões culturais para a elaboração das campanhas, a fim de que elas possam realmente produzir um alerta – manter *“os olhos abertos”* - e uma mudança de ações nas pessoas. Os

participantes dessa pesquisa, assim como já evidenciado em campanhas contra o tabagismo e em outras áreas de marketing, sugeriram que as campanhas voltadas ao público adulto deveriam mostrar casos chocantes de queimaduras; e as destinadas ao público infantil, serem mais informativas, com a linguagem verbal e visual apropriadas para a idade.

Apesar de algumas pesquisas demonstrarem que as campanhas contra o tabagismo, que utilizam frases e imagens chocantes, terem tido resultado não apenas no Brasil, mas em diversos outros lugares do mundo (THRASHER et al., 2010; O'HEGARTY et al., 2007), também há estudos que enxergam outras vertentes para este tipo de apelo (RENOVATO et al., 2009; MEYER et al., 2006). As imagens devem ser vistas em um contexto sociocultural e podem ser reveladoras de mentalidades, histórias, transformações e permanências; auxiliar na construção de sujeitos e realidades; além de produzir e circular discursos que divulgam diversos sentidos e significados (RENOVATO et al., 2009). Os discursos vinculados a estas imagens são frutos de um conjunto de práticas que os precedem e que, por meio delas, atualizam-se e se propagam (RENOVATO et al., 2009).

Entretanto, essas imagens chocantes e as frases que as acompanham possuem um tom punitivo e disciplinador, além de focarem apenas o lado biológico do problema, não dando a devida importância a outros aspectos socioculturais e econômicos que também envolvem esta questão. Com esta perspectiva, o governo transfere a responsabilidade para os sujeitos, culpabilizando-os pelos seus atos, e, neste caso, desconsidera a complexidade que o uso do tabaco possui (RENOVATO et al., 2009). Este tipo de abordagem nas campanhas preventivas foca apenas a vulnerabilidade individual e torna a solução para os problemas de saúde menor do que realmente é. Por estas razões, campanhas de prevenção de queimaduras não deveriam ter este único foco. É possível que o uso de imagens de pessoas vítimas de queimadura, tais como sugeriram os participantes dessa pesquisa, menospreze o contexto como um todo, e também transfira para o indivíduo a culpa pelo seu próprio dano, mesmo que implicitamente, como sendo resultado de más escolhas, como por exemplo, o uso do álcool líquido.

Além disso, reproduzir imagens de pessoas vítimas de queimadura também pode levar a uma maior estigmatização daqueles que já passaram pelo problema e carregam as marcas da queimadura. O estigma é um processo social caracterizado por exclusão, rejeição, culpa ou desvalorização resultante da experiência, percepção ou

expectativa razoável de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou grupo, baseado em uma característica da identidade do estigmatizado, a qual é decorrente de uma condição relacionada à saúde (SCAMBLER, 2009). O estigma pode ter início com a própria reação da sociedade, que ao encarar um determinado problema de saúde, como as queimaduras, passa a rotular, evitar, ridicularizar e degradar os acometidos por esse dano (ROSSI, 2001).

O estigma faz alusão às marcas que publicamente desgraçam uma pessoa. As deformidades desfigurantes, tais como as sequelas das queimaduras, são estigmatizantes porque rompem as convenções culturais acerca daquilo que é aceitável com relação à aparência e comportamento, além de trazer à tona outras categorias culturais, como o abominável, o feio, o alienígena ou o inumano (KLEINMAN, 1988). Num país como o Brasil, que está entre os campeões mundiais em número de cirurgias plásticas estéticas, e em tempos pós-modernos, em que as representações sociais do corpo perfeito, bonito e jovem estão intimamente ligados à ideia de sucesso (LEAL et al., 2010), uma pessoa com cicatrizes decorrentes das queimaduras, além de sofrer pela sua condição de saúde que foi modificada, ainda poder ter sofrimentos maiores decorrentes da estigmatização do seu problema.

O sofrimento está intimamente relacionado com o estigma da queimadura e ele pode atingir não somente a pessoa vítima de queimadura como também seus familiares (ROSSI, 2001). Às vezes, eles se sentem culpados e envergonhados porque, de alguma forma, podem ter contribuído para a ocorrência da queimadura que acometeu seu familiar, bem como porque infringiram uma regra legitimada socialmente, impondo aos outros a convivência com alguém que não corresponde aos padrões culturais aceitos (ROSSI, 2001). Todas essas questões devem ser muito bem pensadas e elaboradas em uma campanha de prevenção de queimaduras que venha a utilizar experiências e imagens de pessoas vítimas de queimadura, tal como foi sugerido pelos participantes dessa pesquisa. Não se trata de rotular esta ideia como sendo inadequada, mas de ressaltar pontos que merecem atenção e que não devem ser menosprezados. As campanhas de conscientização são necessárias, entretanto, devem ser dirigidas para reduzir as vulnerabilidades, causando impacto que possa provocar uma mudança de comportamento com vistas à prevenção e não como uma forma de propagar uma cultura estigmatizante e culpar aqueles que não praticaram as atitudes preventivas.

Baseada nessas considerações, a proposta mais ampla, que englobe a redução das vulnerabilidades individual, social e programática, fortalecendo os vulneráveis, sem

causar maiores estigmas e sofrimentos com relação às queimaduras, é a pauta na educação. A educação deve começar com as crianças, desde cedo. A “agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências” definiu quatro eixos principais de atuação: I – Implantação da vigilância e do sistema de informação de acidentes e violências; II – Gestão; III – Intervenção; e IV – Avaliação e apoio à pesquisa (SILVA et al., 2007).

A questão da educação foi abordada como educação permanente em saúde, com foco apenas em gestores da saúde e trabalhadores da área, e como articulação com o Ministério da Educação, para realização de uma pesquisa para conhecer a prevalência de fatores de risco em escolares, sensibilização de docentes sobre o tema, desenvolvimento de ações de mobilização das comunidades escolares para prevenção das violências, e introdução, nos currículos universitários, de temas transversais, disciplinas e cursos específicos voltados à assistência de pessoas em situação de risco ou vítimas de violência (SILVA et al., 2007). Todas as medidas levantadas relacionadas à educação são válidas e importantes, entretanto, percebe-se que a abordagem da educação para a prevenção de acidentes não teve como foco a capacitação de crianças. A prevenção de acidentes em geral, incluindo a queimadura, deveria fazer parte da grade curricular nas escolas e creches. Tal medida fortaleceria esta parcela tão vulnerável da população, e aos poucos, em longo prazo, é possível que se verifique a mudança de “*cultura do jeitinho brasileiro*”, promovendo novos hábitos mais saudáveis para as crianças e suas famílias. Isto porque a transmissão cultural, em tempos de modernidade, busca introduzir um novo modelo da escolaridade universal, o qual visa à função de mudança cultural em um sistema futuro e, por essas razões, tende a produzir tensões geracionais, sociais ou novos padrões de comportamento (VIEIRA, 2006).

Outra medida que necessita ser aplicada mais vigorosamente é a educação permanente da população em geral, a qual também poderia ser realizada por profissionais de saúde no nível primário da assistência. Utilizar outros espaços para a educação, como por exemplo, as salas de espera ou a própria consulta de avaliação de crescimento e desenvolvimento da criança, é uma alternativa possível para os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, oportunizar diferentes momentos e formas de educação da população, periodicamente. Baseado nas ideias de Paulo Freire, GADOTTI (2007) diz que a educação deve ser um espaço de formação crítica e, para tanto, é preciso inventar espaços de formação alternativos ao sistema formal de educação e não desprezar o espaço público e a dimensão humanista da educação.

A educação deve respeitar e valorizar a diversidade, conviver com as diferenças e promover a intertransculturalidade, a fim de romper com a alienação e desenvolver uma consciência crítica (GADOTTI, 2007). Não é possível modificar o mundo sem mudar as pessoas, pois estes dois processos são interligados. E, tal mudança, depende de toda a sociedade, por isso, faz-se necessário que cada um tome consciência e se organize para este propósito (GADOTTI, 2007). Qualquer cidadão - e isso inclui os profissionais de saúde - é educador em potencial e todo espaço é uma oportunidade para educação. Os profissionais de saúde devem colaborar para “*abrir os olhos de verdade*” da população, e promover uma transformação da cultura. As queimaduras, na maior parte das vezes, poderiam ser prevenidas e, por isso, a comunidade precisa entender que não se trata apenas de um “*acidente que aconteceu*”. Se plantarmos esta consciência crítica nas crianças e seus familiares, promoveremos uma “*mudança de hábito*” da “*cultura do jeitinho brasileiro*” e, assim, reduziremos não apenas o sofrimento de diversas famílias, bem como gastos com a saúde pública.

Outro setor que poderia ser interligado na prevenção de queimaduras seria o de ações dos bombeiros. Tais profissionais, incentivados pelo governo, poderiam ter dentre suas atividades obrigatórias, a promoção da educação permanente às crianças e à comunidade, divulgando dados nacionais sobre queimaduras e as formas de como agir na prevenção e nos primeiros socorros. O pai de Eduardo, participante deste estudo, mencionou que teve tal experiência quando criança e lembra-se dos ensinamentos até os dias atuais, demonstrando o peso que tais atividades podem ter na consolidação do conhecimento de uma criança. Entretanto, para viabilizar tal proposta, as autoridades precisam se empenhar mais para reduzir a vulnerabilidade programática. Dados de uma pesquisa recente demonstram que o corpo de bombeiros militar está presente em apenas 14,08% dos municípios brasileiros (GEYGER, 2012). Preocupados com esta situação, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação elaborou o projeto “Brasil sem chamas”, o qual buscou conhecer a situação da segurança contra incêndio no Brasil. Dentre as diversas sugestões, consta a de realizar campanhas de prevenção e disponibilizar material por mídia impressa ou digital (TOMINA, 2008). Entretanto, a terceira fase do projeto, que foi idealizada para colocar em prática as ações de prevenção, proposta pelo grupo de pesquisadores em 2012, ainda não obteve aprovação (MARIZ, 2013). Infelizmente, ainda há muito que ser feito por parte do governo público para alcançarmos um nível menor de vulnerabilidade programática. Antes de conseguir colocar em prática uma estratégia de educação acerca das queimaduras, realizada pelo

corpo de bombeiros para a comunidade, é preciso disponibilizar um maior número destes profissionais em todos os municípios brasileiros.

O processo de prevenção de queimaduras no ambiente doméstico é muito amplo e necessita do envolvimento de diversos setores públicos, bem como da conscientização da comunidade para esta temática. Somente com a interligação de todos é que será possível, aos poucos, produzir uma mudança cultural de hábitos com vistas à redução das vulnerabilidades pessoal, social e programática, fortalecendo individual e coletivamente às crianças e seus familiares.

6 Considerações Finais

Os sentidos e significados atribuídos à prevenção de queimaduras de crianças no ambiente doméstico revelaram a complexidade deste processo. Muitos elementos do contexto e da cultura das famílias participantes do estudo, bem como da sociedade em que vivem, influenciaram na realização ou não de atitudes de prevenção, e consequentemente, no desfecho da queimadura.

Três questionamentos básicos utilizados no desenvolvimento de estudos antropológicos e etnográficos - “O quê?”, “Como?”, e “Por quê?” - nortearam a construção dos sentidos advindos do senso comum dos participantes da pesquisa. Por meio dos seus discursos, descrevemos o modo consciente como os participantes forneceram sentidos ao evento da queimadura, como ela ocorreu, porque o acidente aconteceu, o que eles conheciam a respeito das vulnerabilidades para a ocorrência da queimadura, como a família se comportou após o dano ter ocorrido e o que poderia ter sido feito para evitar a queimadura.

Os significados acerca do fenômeno do processo de prevenção de queimaduras em crianças no ambiente doméstico, objetivo deste estudo, foram identificados por meio da produção das unidades de sentidos aliada à interpretação do pesquisador e diálogo com a literatura, pautando-se, principalmente, nas dimensões pessoal, social e programática do conceito da vulnerabilidade. A vulnerabilidade pessoal à ocorrência de uma queimadura estava presente em todas as famílias e elas nem sempre conseguiram enxergar que este problema fazia parte do contexto em que viviam. Por isso, faz-se primordial que os profissionais de saúde revelem aos pais e às crianças que a possibilidade da queimadura é uma realidade mais próxima do que eles podem imaginar. Despertar esta consciência na comunidade é o primeiro passo para que se possa pensar em praticar atitudes preventivas dentro do ambiente doméstico. No presente estudo, a necessidade de “*abrir o olho*” foi imposta por meio da própria queimadura e, consequentemente, trouxe diversas emoções negativas e perdas, tanto para estas famílias quanto para a saúde pública como um todo. Esta é a realidade que gostaríamos de mudar e acreditamos que o conhecimento produzido por meio desta pesquisa possa servir de subsídio para colaborar para tal transformação.

A vulnerabilidade social foi manifestada pelo contexto socioeconômico desfavorecido das famílias, necessidade constante de vigilância das crianças, ambiente doméstico inseguro e a cultura brasileira do uso do álcool. Fornecer condições de bem-estar social, orientações acerca das queimaduras e dos riscos domésticos, a fim de auxiliar as famílias a exercitar maior controle sobre suas vidas e do ambiente em que

vivem, são algumas estratégias que podem colaborar na redução da vulnerabilidade social.

Com relação à vulnerabilidade programática, é preciso maior interligação da área da saúde com a educação, promoção constante de campanhas de conscientização sobre prevenção de queimaduras e de educação continuada abrangendo a população em geral, em espaços alternativos, com apoio de profissionais da saúde e também de bombeiros.

O processo de prevenção de queimaduras em crianças no ambiente doméstico é complexo e o desenvolvimento desta pesquisa contribuiu para interpretar melhor as diversas dimensões que o compõem, fornecendo os significados atribuídos pelas famílias de crianças com experiência nesse âmbito. A utilização do método etnográfico, aliado ao uso da entrevista baseada em eliciação de fotografia, forneceram elementos que nos auxiliaram na construção destes significados, demonstrando que tais estratégias são as mais propícias para a tarefa de realizar a identificação, análise e interpretação do fenômeno em foco, por meio da descrição densa do contexto pesquisado.

Este estudo etnográfico permitiu aos pesquisadores adentrarem no contexto sociocultural de crianças vítimas de queimadura e seus familiares e conhecer, analisar e interpretar, compreensivamente, os aspectos culturais envolvidos no processo da prevenção de queimaduras em crianças no ambiente doméstico. A partir da produção deste conhecimento, é possível que a Enfermagem, bem como outros profissionais da saúde, elaborem e direcionem ações e estratégias, culturalmente sensíveis, que possam auxiliar crianças saudáveis a se prevenirem da queimadura no ambiente doméstico, por meio de uma mudança de comportamento que busque exercitar as atitudes preventivas como um hábito cultural da população.

Referências

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

REFERÊNCIAS

AMERICAN BURN ASSOCIATION. **Burn incidence and treatment in the United States: 2011 Fact Sheet**. Chicago, IL, 2011a. Disponível em: <http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php>. Acesso em: 25 set. 2009.

_____. **National Burn Repository 2011**. Report of data from 2011-2010. Chicago: ABA, 2011b. 134 p. Disponível em: <<http://www.ameriburn.org/2011NBRAnnualReport.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 15594**: armazenamento de líquidos inflamáveis e combustíveis: posto revendedor de combustível veicular (serviços): procedimento de operação. Rio de Janeiro, 2008. 8 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PRODUTORES E ENVASADORES DE ÁLCOOL. **Álcool líquido**. Duque de Caxias: ABRASPEA, 2006. Disponível em: <http://www.abraspea.org.br/alcool_liquido.html>. Acesso em: 02 maio 2013.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE NOTÍCIAS. 91% das queimaduras em crianças ocorrem em casa. Brasília: ABN, 2009. Disponível em: <<http://www.abn.com.br/index.php>>. Acesso em: 09 mar. 2009.

ACHUTTI, L. E. **Fotoetnografia: um estudo sobre antropologia visual sobre cotidiano, lixo e trabalho**. Porto Alegre: Tomo Editorial/ Palmarinca, 1997. 93 p.

ACKER, J. I. B. V. Acidentes domésticos: uma realidade familiar. In: MOSTRA DE ENSINO, EXTENSÃO E PESQUISA DA UNIVATES, 6., 2003, Lajeado. **Anais...** Lajeado: UNIVATES, 2003. p. 59.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Supermercados só venderão álcool gel em seis meses. Brasília: Boletim Informativo, n. 16, p. 3, 2002

ALAGHEHBANDAN, R.; ROSSIGNOL, A. M.; LARI, A. R. Pediatric burn injuries in Tehran, Iran. **Burns**, v. 27, n. 2, p. 115-118, 2001.

ALAGHEHBANDAN, R. et al. Epidemiology of severe burn among children in Newfoundland and Labrador, Canada. **Burns**, v. 38, n. 1, p. 136-40, 2012.

ALVES, A. R. O uso da epidemiologia no planejamento das ações de saúde: um estudo nos PSF's de Formiga/MG. In: JORNADA CIENTÍFICA E VI FIPA DO CEFET

BAMBUÍ/MG, 1., 2008, Bambuí. **Trabalhos aprovados...**, Bambuí: CEFET, 2008. Disponível em: http://www.cefetbambui.edu.br/str/artigos_aprovados/Area%20de%20saude/43-PT-1.pdf . Acesso em: 27 ago. 2010.

ALWANG, J.; SIEGEL, P. B.; JORGENSEN, S. L. Vulnerability: a view from different disciplines. **Social Protection Discussion Paper Series**, n. 0115. Washington: Social Protection Unit, Human Development Network, The World Bank, 2001. Disponível em: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/01/17/000094946_01120804004787/Rendered/PDF/multi0page.pdf. Acesso em: 22 out 2013

ANDRE, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. 14^a ed. Campinas: Papirus, 2008. 126 p.

ANGROSINO, M. Observação etnográfica. In: _____. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 74-87.

ARRUNÁTEGUI, G. C. C. **Queimaduras com álcool em crianças: realidade brasileira e vulnerabilidades**. 2011. 145 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

AYRES, J. R. C. M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M., (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p.117-39.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 2-4, 1997.

BAKKER, A. et al. Brief report: mothers' long-term posttraumatic stress symptoms following a burn event of their child. **J Pediatr Psychol**, v. 35, n. 6, p. 656-661, 2010.

BANKS, M. **Visual methods in social research**. London: SAGE Publications, 2001. 197 p.

BASTOS, M. A. R. Estratégia metodológica utilizada para contextualizar o cenário cultural do CTI de um hospital universitário. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 163-71, 2001.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 1326-30, 2009.

BICHO, D.; PIRES, A. Comportamentos de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. **Aná Psicológica (Lisboa)**, v.1, n. 10, p.115-129, 2002.

BLANK, D. Conceitos básicos e aspectos preventivos gerais. In: COMITÊ DE ACIDENTES NA INFÂNCIA, 1994, São Paulo. **Manual de acidentes na infância e adolescência**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994. 15 p.

BLEICHER, J. **Hermenêutica contemporânea**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1992. 383 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. A promoção da saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 533-535, 2002.

_____. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psychol**, v. 3, p. 77-101, 2006.

BREWER, J. D. **Ethnography**. Buckingham: Open University Press, 2000. 207 p.

BRITO, M. E. M. et al. A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras. **Rev Eletr Enf**, v. 12, n. 2, p. 321-5, 2010.

BRUSSONI, M. et al. Men on fathering in the context of children's unintentional injury prevention. **Am J Mens Health**, v. 7, n. 1, p. 77-86, 2013.

BURD, A. Paediatric burn prevention. **Burns**, v. 29, n. 6, p. 596–598, 2003.

CABRAL, L. M. **Atitudes e percepções dos pais e responsáveis por crianças frente a dispositivos de segurança**. 2005. 51 f. Monografia (Especialização) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. 2ª ed. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/ Editora da Unesp, 2006. 222 p.

CARLSSON, A. et al. Burn injuries in small children, a population-based study in Sweden. **J Clin Nurs**, v. 15, n. 2, p. 129-34, 2006.

CARVALHO, M. E. P. Modos de educação, gênero e relações escola–família. **Cad Pesqui**, v. 34, n. 121, p. 41-58, 2004.

CASTIEL, L. D. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. **Rev Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 91-100, 1996.

CAVALCANTI, A. L. et al. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. **Arq Catarin Med**, v. 37, n. 3, p.27-33, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), s. d. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/>>. Acesso em: 21 set. 2011.

COLLIER, J. **Antropologia visual: a fotografia como método de pesquisa**. São Paulo: EPU, 1973. 208 p.

COSTA, D. M. et al. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. **J Pediatr**, v. 75, n. 3, p. 181-6, 1999.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 372-382, 2002.

CRANG, M.; COOK, I. **Doing ethnographies**. 1ª ed. Sage Publications, 2007. 104 p.

CRIANÇA SEGURA. **Acidentes com crianças: percepção e comportamento das mães brasileiras**. São Paulo: CRIANÇA SEGURA BRASIL, 2010. Disponível em: <<http://www.criancasegura.com.br/percepcaodemaesbrasileiras.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

DaMATTA, R. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000, 246 p.

DANILLA, S. Epidemiologia das queimaduras na América Latina. In: LIMA, J. E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Editora Atheneu; 2008. p. 27-46.

DASSIE, L. T. D.; ALVES, E. O. N. M. Centro de tratamento de queimados: perfil epidemiológico de crianças internadas em um hospital escola. **Rev Bras Queimaduras**, v. 10, n. 1, p. 10-4, 2011.

DÁZIO, E. M. R. **O significado do estoma intestinal entre homens: um estudo etnográfico**. 2008. 161 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G. Acidentes na infância. **Rev Pediatría**, v. 18, n. 3, p. 193-197, 1996.

DELGADO, J. et al. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. **Inj Prev**, v. 8, n. 1, p. 38-41, 2002.

DESLANDES, S. F. et al. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. **Rev C S Col**, v. 11, n. 2, p. 385-96, 2006.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. 607 p.

DIÓGENES, K. C. B. M.; NATIONS, M. “Prismas de percepção”: múltiplas leituras das campanhas em saúde no Nordeste brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2469-2473, 2011.

DRAGO, D. A. Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. **Pediatrics**, v. 115, n. 1, p. 10-16, 2005.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar (Curitiba)**, n. 24, p. 213-225, 2004.

_____. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad Pesqui**, v. 115, p.139-54, 2002.

DUDLEY, S. K.; CARR, J. M. Vigilância: a experiência de pais que ficam ao lado do leito de crianças hospitalizadas. **J Pediatr Nurs**, v. 19, n. 4, p. 267-75, 2004.

ECKERT, C.; ROCHA, A. L. C. Etnografia: saberes e práticas. In: PINTO, C. R. J.; GUAZZELLI, C. A. B. (Orgs). **Ciências Humanas: pesquisa e método**. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008. p. 9-24.

FADAAK, H. The management of burns in a developing country: an experience from the republic of Yemen. **Burns**, v. 28, n. 1, p. 65–69, 2002.

FEITOSA, P. O conceito de conscientização em Paulo Freire como norte metodológico para as assessorias jurídicas universitárias populares. **Revista Crítica do Direito**, v. 11, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.criticadodireito.com.br/todas-as-edicoes/numero-1-volume-11/o-conceito-de-conscientizacao-em-paulo-freire>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

FERREIRA, L. A. **Ser mãe no mundo de um filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo**. 2006. 109 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, 2007.

FILÓCOMO, F. R. F. et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 1, p.41-47, 2002.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

GADOTTI, M. Paulo Freire e a educação popular. **Proposta**, n. 113, p. 21-27, 2007.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 11, p. 1269-1278, 2007.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 213 p.

GEYGER, R. Enfrentando desafios. **Rev Emergência**, n. 10, 2012. Disponível em: <<http://www.revistaemergencia.com.br/edicoes/10/2012/J9y5>>. Acesso em 10 nov. 2013.

GIELEN, A. C.; SLEET, D. Application of behavior-change theories and methods to injury prevention. **Epidemiologic Reviews**, v. 25, n. 1, p. 65–76, 2003.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. et al. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. **Rev Paul Pediatr**, v. 25, n. 4, p. 331-6, 2007.

GHOSH, A.; BHARAT, R. Domestic burns prevention and first aid awareness in and around Jamshedpur, India: strategies and impact. **Burns**, v. 26, n. 7, p. 605–608, 2000.

GOMES, J. V. Socialização primária: tarefa familiar? *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 91, p. 54-61, 1994.

GONÇALVES, A. C. et al. Caracterização de pacientes atendidos em um serviço de queimados e atitudes no momento do acidente. **Rev Eletr Enf**, v. 14, n. 4, p. 866-872, 2012.

GONSALES, T. P. **Ação educativa de prevenção de acidentes domésticos em escola de ensino fundamental**. 2008. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2008.

GRAHAM, H. E. et al. Are parents in the UK equipped to provide adequate burns first aid? **Burns**, v. 38, n. 3, p. 438-443, 2012.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v. 31, n. 3, p. 410-422, 1997.

GUIMARÃES, R. M.; ROMANELLI, G. A inserção de adolescentes no mercado de trabalho através de uma ONG. **Psicol estud**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 117-126, 2002.

HADDON, W. Options for the prevention of motor vehicle crash injury. **Isr Med Journal**, v. 16, n. 1, p. 45-65, 1980.

HALL, E. et al. Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. **J Pediatr Psychol**, v. 31, n. 4, p. 403-412, 2006.

HARADA, J. Introdução. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde I**. Rio de Janeiro: SBP, 2003, p. 5-7.

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

HARPER, D. Talking about pictures: A case for photo elicitation. **Visual Studies**, v.17, n.1, p. 13-26, 2002.

HARVEY, L. A. et al. A population-based survey of knowledge of first aid for burns in New South Wales. **Med J Aust**, v. 195, n. 8, p. 465-468, 2011.

HAVILAND, W. A. et al. **Princípios de antropologia**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011. 473 p.

HERSON, M. R. et al. Estudo epidemiológico das sequelas de queimaduras: 12 anos de experiência da Unidade de Queimaduras da Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. **Rev Bras Queimaduras**, v. 8, n. 3, p. 82-86, 2009.

HILLESHEIM, B.; CRUZ, L. R. “Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações”. **Psicol Soc**, v. 20, n. 2, p. 192-199, 2008.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Relatório de Atividades**. Ribeirão Preto: HCFMRP, 2008. Disponível em: <<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2008.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2011.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Relatório de Atividades**. Ribeirão Preto: HCFMRP, 2009. Disponível em: <<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5Crelatorioatividades2009.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2010.

HSIAO, M. et al. “What do kids know”: A survey of 420 Grade 5 students in Cambodia on their knowledge of burn prevention and first-aid treatment. **Burns**, v. 33, n. 3, p. 347-51, 2007.

JEOLÁS, L. S. Possibilidades de intervenção: o que faz um antropólogo em uma equipe interdisciplinar de saúde. **Rev Pol Trab**, n. 20, p. 97-116, 2004.

JESUS, M. C. P.; PEIXOTO, M. R. B.; CUNHA, M. H. F. O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. **Rev latino-Am Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 29-35, 1998.

JETTEN, P.; CHAMANIA, S.; TULDER, M. V. Evaluation of a community-based prevention program for domestic burns of young children in India. **Burns**, v. 37, n. 1, p. 139-144, 2011.

JUNIOR, M. **Internações por fogos de artifício atingem 1.382 pessoas em três anos**. Agência Saúde/ Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12768>. Acesso em: 04 abr. 2011.

KARAOZ, B.; TURKEY, E. First-aid home treatment of burns among children and some implications at milas,turkey. **J Emerg Nurs**, v. 36, n. 2, p. 111-14, 2010.

KENDRICK, D et al. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in children. **Cochrane Database Syst Rev**, 3:CD006020, 2013. doi: 10.1002/14651858.CD006020.pub3

KENDRICK, D. et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Evid Based Child Health*, v. 8, n. 3, p. 761-939, 2013.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing e the human condition**. Los Angeles: Basic Books, 1988. 284 p.

KOTTOW, M. H. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, F. R.; REGO, B. M.; PALÁCIOS, M. **Bioética: riscos e proteção**. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz, 2005. p. 29-44.

LACERDA, L. M. et al. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. **Rev Bras Queimaduras**, v. 9, n. 3, p. 82-88, 2010.

LACHAL, J. et al. Qualitative research using photo-elicitation to explore the role of food in family relationships among obese adolescents. **Appetite**, v. 58, n. 3, p. 1099–1105, 2012.

LALOE, V. Epidemiology and mortality of burns in a general hospital of Eastern Sri Lanka. **Burns**, v. 28, n. 8, p. 78–81, 2002.

LANDOLT, M. A. et al. Brief report: quality of life is impaired in pediatric burn survivors with posttraumatic stress disorder. **J Pediatr Psychol**, v. 34, n. 1, p. 14–21, 2009.

LAPORTE, G. A.; LEONARDI, D. F. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, v. 9, n. 3, p. 105-114, 2010.

LARI, A. R. et al. Epidemiology of childhood burn injuries in Fars province, Iran. **J Burn Care Rehabil**, v. 23, n. 1, p. 39–45, 2002.

LEAL, V. C. L. V. et al. O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2010.

LEÃO, C. E. G. et al. Epidemiology of Burns in Minas Gerais. **Rev Bras Cir Plást**, v. 26, n. 4, p. 573-577, 2011.

LEWIS, M. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 605 p.

LOWELL, G.; QUINLAN, K.; GOTTLIEB, L. J. Preventing unintentional scalds burns: moving beyond tap water. **Pediatrics**, v. 122, n. 4, p. 799-804, 2008.

MACEDO, L. R.; LAIGNIER, M. R.; MACEDO, C. R. Queimadura infantil: motivo de alteração do comportamento familiar? **Rev Bras Pesq Saúde**, v. 12, n. 1, p. 40-46, 2010.

MAGNE, J. Aspects psychologies de la brûlure. **Pathol Biol**, v. 50, n. 2, p. 134-6, 2002.

MAHONEY, D. F. Vigilance: evolution and definition for caregivers of Family members with Alzheimer's disease. **J Gerontol Nurs**, v. 29, n. 8, p. 24-30, 2003.

MALINIOWSKI, B. Tema, método e objetivo desta pesquisa. In: _____. **Os argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Abril, 1978. p. 17-34.

MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 2007. **Ciêns Saúde Colet**. v. 14, n. 5, p.1669-1679, 2009.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETLER, T. W. **Aids in the world**. Cambridge: Harvard University Press, 1992. 1037 p.

MARIZ, R. **Bombeiros em situação crítica**. Brasília: Correio Braziliense, 2013. Disponível em: < <http://portal.pps.org.br/portal/showData/243881>>. Acesso em 10 nov. 2013.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev latino-Am Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 89-95, 1999.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 464-469, 2007.

_____. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. **Rev latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 530-537, 2005.

MASHREKY, S. R. et al. Experience from community based childhood burn prevention programme in Bangladesh: implication for low resource setting. **Burns**, v. 37, n. 5, p. 770-775, 2011.

MEIERS, S. J.; TOMLINSON, P. S. Family-nurse co-construction of meaning: a central phenomenon of family caring. **Scand J Caring Sci**, v. 17, n. 2, p. 193-201, 2003.

MERCIER, C.; BLOND, M. H. Epidemiological survey of childhood burn injuries in France. **Burns**, v. 22, n. 1, p. 29-34, 1996.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MICKALIDE, A.; CARR, M. K. Safe Kids Worldwide: preventing unintentional childhood injuries across the globe. **Pediatr Clin North Am**, v. 59, n. 6, p. 1367-80, 2012.

MORAIS, I. M. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v. 10, p. 331-336, 2010. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/10.pdf>>. Acesso em 25. 05. 2013

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. 247 p.

NASCIMENTO, B. E. M. et al. Avoidance of smoking: the impact of warning labels in Brazil. **Tob Control**, v. 17, p. 405-409, 2008.

NASCIMENTO, M. A. et al. A comunicação ineficaz e a explosão da garrafa de álcool - observações de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 3, p. 303-309, 2005.

NATION, M. et al, What works in prevention: principles of effective prevention programs. **American Psychologist**, v. 58, n. 67, p. 449-456, 2003.

NEVES, T. C. C. L. Representações sociais sobre dengue no modelo informacional das campanhas de saúde: abordagem sobre uma nova prática. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO, 24., 2001, Campo Grande. **Anais...** Campo Grande: INTERCOM, 2001. 8 p. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/35628453064142329837186730296246144800.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2013.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Rev latino-Am Enfermagem**, v., n. 5, p. 923-928, 2008.

O'HEGARTY, M. et al. Young adults' perceptions of cigarette warning labels in the United States and Canada. **Prev Chronic Dis**, v. 4, n. 2, p. 1-9, 2007.

OLIVEIRA, F. P. S.; FERREIRA, E. A. P.; CARMONA, S. S. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: Caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v. 19, n. 1, p. 19-34, 2009.

OLIVEIRA, V. L. B. et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 2, p.287-293, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, 10^a Revisão, v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1993.

PAES, C. E. N.; GASPAR, V. L. V. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. **J Pediatria**, v. 81, p. 146-154, 2005. Suplemento 5.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PARBHOO, A.; LOUW, Q. A.; GRIMMER-SOMERS, K. Burn prevention programs for children in developing countries require urgent attention: a targeted literature review. **Burns**, v. 36, n. 2, p. 164 – 175, 2010.

PEDEN, M. et al. **World report on child injury prevention**. Switzerland: WHO Press, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf>. Acesso em: 25 set 2011.

PEIXOTO, C.; SINGLY, F.; CICCHELLI, V (Orgs.). **Família e individualização**. Rio de Janeiro: FGV, 2000. 196 p.

PEREIRA, M. J. et al. Análise da incidência e da gravidade de queimaduras por álcool em crianças no período de 2001 a 2006: impacto da Resolução 46. **Rev Bras Queimaduras**, v. 8, n. 2, p. 51-59, 2009.

PEREIRA, D. M. **Ação educativa em prevenção de queimadura infantil**. 2007. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, 2007.

PETRINI, J. C. Notas para uma antropologia da família. In: PETRINI, J. C. **Pós-modernidade e família: itinerário de compreensão**. Bauru: EDUSC, 2003. 230 p.

PICKETT, W. et al. Injuries experienced by infant children: a population-based epidemiological analysis. **Pediatrics**, v. 111, n. 4, p. 365-370, 2003.

PÍCOLO, S. A. **Queimaduras por álcool em crianças**. Análise de 215 casos no Hospital Infantil Joana de Gusmão. 2003. 50 f. Trabalho de conclusão de curso - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

PINTO, J. M.; MONTINHO, L. M. S.; GONÇALVES, P. R. C. O indivíduo e a queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. **Rev Enferm Referência**, v. 3, n. 1, p. 81-92, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. XX p.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, M. N. O.; FACÓ, T. P. P. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas no setor público de saúde de fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1201-1204, 2003.

PRESSLEY, J. C. et al. A national program for injury prevention in children and adolescents: the injury free coalition for kids. **J Urban Health**, v. 82, n. 3, p. 389-402, 2005.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; TREVIZAN, M. A. Manifestações culturais e corpóreas do enfermeiro na sua prática gerencial. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 1, p. 449-457, 2006.

RAVEENDRAN, S. S. Injuries to children caused by burning Rice husk. **Burns**, v. 28, n. 1, p. 92-94, 2002.

RAZZAK, J. A. et al. Injuries among children in Karachi, Pakistan—what, where and how. **Public Health**, v. 118, p. 114–120, 2004.

RENOVATO, R. D. et al. Significados e sentidos de saúde socializados por artefatos culturais: leituras das imagens de advertência nos maços de cigarro. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 14, p. 1599-1608, 2009. Suplemento 1.

RIBEIRO, R. L. R.; ROCHA, S. M. M. Enfermagem e família de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 1, p. 112-119, 2007.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. 172 p.

ROCHA, V. Do caranguejo vermelho ao Cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil. Notas de pesquisa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v. 17, p. 253-263, 2010. Suplemento 1.

ROMERO, P. Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milênio. **Rev Chil Pediatr**, v. 78, p.57-73, 2007. Suplemento 1.

ROMANELLI, G. Famílias de classes populares: socialização e identidade masculina. **Cad Pesqui NEP**, v. 1, n. 2, p. 25-34, 1997.

_____. O significado da educação superior para duas gerações de famílias de camadas médias. **R Bras Est Pedag**, Brasília, v. 76, n. 184, p. 445-476, 1995.

ROSSI, L. A. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 4, p. 336-345, 2001.

_____. **O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: da ideologia da rotina à utopia do cuidado individualizado**. 1997. 192 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

ROSSI, L. A. et al. Burn prevention: perception of the patients and their relative. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 36-42, 2003.

ROSSI, L. A. et al. Childhood burn injuries: circumstances of occurrences and their prevention in Ribeirao Preto, Brazil. **Burns**, v. 24, n. 5, p. 416-419, 1998.

SAMPAIO, C. A.; SANTOS, J. F. F. Q. Comportamento popular quanto à proliferação do *Aedes Aegyptii* em Montes Claros, MG. Uma abordagem etnográfica. **Estudos de sociologia**, v. 12, n. 23, 2007. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/503/391>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

SANTANA, V. B. R. L. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras no Município de Niterói – RJ. **Rev Bras Queimaduras**, v. 9, n. 4, p. 136-139, 2010.

SARTI, C. A. A. Dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.

SCAMBLER, G. Health-related stigma. **Sociology of Health & Illness**, v. 31, n. 3, p. 441-455, 2009.

SILVA, D. M. G. V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001. 188 p.

SILVA, L. F.; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis**, v., n. 4, p. 1207-1229, 2011.

SILVA, L. F. et al; Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. **Rev Bras Enferm**, v. 54, n. 4, p. 578-588, 2001.

SILVA, M. M. A. et al. Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências aprovada no I Seminário nacional de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 57 – 64, 2007.

SILVANI, C. B. et al. Prevenção de acidentes em uma instituição de Educação infantil: o conhecimento das cuidadoras. **Rev enferm UERJ**, v. 16, n. 2, p. 200-205, 2008.

SIMPSON, J. C.; NICHOLLS, J. Preventing unintentional childhood injury at home: injury circumstances and interventions, **Inj Control Saf Promot**, v. 19, n. 2, p. 141-151, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS (SBQ). **Boletim 01**, 2008. Disponível em: <<http://sbqregionalsaopaulo.com.br/noticias/2008/04/10/sbq-boletim-01/>> . Acesso em: 20 set. 2011

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 1, p. 150-5, 2008.

SOUZA, L. J. E. X; BARROSO, M. G. T. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Rev Esc Enferm USP**, v. 33, n. X, p. 107-112, 1999.

SOUZA, L. J. E. X.; RODRIGUES, A. K. C.; BARROSO, M. G. T. A família vivenciando o acidente doméstico – relato de uma experiência. **Rev latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 83-89, janeiro 2000.

SULLIVAN-BOLYAI, S et al. Constant vigilance: mothers' work parenting young children with type 1 diabetes. **J Pediatr Nurs**, v. 18, n. 1, p. 21-29, 2003.

TEIXEIRA, J. C.; BRASIL, T. (Eds). **Especialistas pedem prioridade para prevenção de queimaduras**. Em discussão! - Revista de audiências públicas do Senado Federal, n. 4, p. 71-75, 2010. Disponível em: <www.senado.gov.br/emdiscussao>. Acesso em: 20 fev. 2010.

THRASHER, J. F. et al. Assessing the impact of cigarette package health warning labels: a cross-country comparison in Brazil, Uruguay and Mexico. **Salud Publica Mex**, v. 52, p. 206-215, 2010. Suplemento 2.

TOMINA, J. C. Projeto Brasil sem chamas. Brasília: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, 2008. Disponível em: <<http://www.cipanet.com.br/alesp.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

TOREN, C. A matéria da imaginação: o que podemos aprender com as ideias das crianças fijianas sobre suas vidas como adultos. **Horizontes Antropológicos**, n. 34, p. 19-48, 2010.

TSE, T. et al. Paediatric burn prevention: an epidemiological approach. **Burns**, v. 32, n. 2, p. 229-234, 2006.

TUNES, E.; TUNES, G. O adulto, a brincadeira e a criança. **Em aberto**, Brasília, v. 18, n. 73, p. 78-88, 2001.

TURNER, C. et al. Communitybased interventions for the prevention of burns and scalds in children. **Cochrane Database Syst Rev**, (3):CD004335, 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004335.pub2/pdf>>. Acesso em 27 nov. 2013.

VARELA, M. C. G. et al. Processo de cuidar da criança queimada: vivência de familiares. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 5, p. 723-728, 2009.

VENDRUSCULO, T. M. et al. Burns in the domestic environment: characteristics and circumstances of accidents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 444-451, 2010.

VIANA, F. P. et al. Aspectos epidemiológicos das crianças com queimaduras internadas no Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia – Goiás. **Rev Eletr Enferm**, [Internet]. v. 11, n. 4, p. 779-784, 2009.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133 p.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 14, n. 5, p. 1687-1697, 2009.

VIEIRA, R. Processo educativo e contextos culturais: notas para uma antropologia da educação. **Educação (Porto Alegre)**, v. 3, n. 60, p. 525-535, 2006.

VILLAGRÁN DE LEÓN, J. C. **Vulnerability: a conceptual and methodological review**. Studies of the University: Research, Counsel, Education (SOURCE). Publication series of UNU-EHS. Bonn: United Nations University - Institute for Environment and Human Security (UNU-EHS), n. 4, 2006. 64 p. Disponível em: <http://www.ehs.unu.edu/file/get/3904>>. Acesso em: 24 set. 2013.

VIVA. Apresentação. O que é o VIVA. **Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA)**, s.d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32127#processo>. Acesso em: 20 set. 2010.

WAKSMAN, R D.; BLANK, D.; GIKAS, R. M. C. Prevenção de acidentes na infância e adolescência. In: FÓRUM PAULISTA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2., 2007, São Paulo. **Conteúdo...**, São Paulo: CONDECA, 2007. Disponível em:

<http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/p1.pdf> Acesso em 08/03/2011

WEBER, C. A. T. **Programa de Saúde da Família**. Educação e controle da população. Porto Alegre: AGE, 2006. 382 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suíça: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 30 ago. 2010.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and families**: a guide to family assessment and intervention. 4th ed. Philadelphia: FA Davis, 2005. 327 p.

WU, H. L.; VOLKER, D. L. Living with dead and dying: the experience of Taiwanese hospice nurses. **Oncol Nurs Forum**, v. 36, n. 5, p. 578-584, 2009.

YING, S. Y.; HO, W. S. Playing with fire - a significant cause of burn injury in children. **Burns**, v. 27, n. X, p. 39-41, 2001.

ZAIDAN, T. E. Gestão da comunicação no mercado: atividade de superações. **E-com**, v. 2, n. 3, p. 1-5, 2009.

ZAGO, M. M. F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos**: um estudo etnográfico. 1994. 154 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

Apêndices

APÊNDICE A - Roteiro para a coleta de dados
ROTEIRO PARA A COLETA DE DADOS

Data da entrevista:

A – Identificação da criança

Nome: _____ Registro: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Procedência: _____ Escolaridade: _____
 Agente causador da queimadura: _____ % da Superfície Corporal Queimada: _____

Localização das áreas queimadas:

Data da internação no Queimados: _____ Data da alta do Queimados: _____

B – Identificação da família

Informante:

Iniciais	Parentesco	Idade	Escolaridade	Religião	Profissão/ Ocupação	Renda	Formas de lazer

C – Entrevista

Questões norteadoras:

- Conte-me o como foi, para você, ter tido a experiência da queimadura (ou ter um familiar vítima de queimadura).
- O que você acha que aconteceu para o acidente ocorrer?
- Você imaginava que isso poderia acontecer?
- Como você acha que a queimadura poderia ter sido evitada?
- Que conselho você daria para um amigo seu para que não ocorresse uma queimadura como a sua?
- Você modificou alguma coisa em sua casa depois que o acidente ocorreu?
- O que motivou você a tirar essa fotografia? Ao olhar essa foto, você identifica algum lugar que seja perigoso e possível de acontecer uma queimadura? O que você faria para prevenir que aconteça uma queimadura com criança neste local.
- O que você achou das entrevistas baseadas nas fotografias? Como foi para você tirar as fotografias e depois falar sobre elas?

D - Observação participante

- Comportamentos, hábitos e atitudes realizadas no ambiente hospitalar; quais e com quem são as relações estabelecidas no hospital; condições da moradia; fatores de risco para a ocorrência da queimadura no domicílio e aspectos que poderiam ser previstos e evitados; interação e comunicação entre os familiares; hábitos e papéis desempenhados pelos membros da família.

APÊNCIDE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (familiares)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (familiares)****Título da Pesquisa: “Prevenção de queimaduras de crianças em ambiente doméstico: um estudo etnográfico”**

Você está sendo convidada(o) para participar de uma pesquisa que será realizada na Unidade de Queimados da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – HCFMRP- USP. Este trabalho está sendo desenvolvida por mim, Iara Cristina da Silva Pedro, que sou enfermeira, sob a orientação da Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento, e tem como objetivo entender quais os aspectos culturais do seu dia a dia e da sua família que podem estar relacionados à prevenção de queimaduras na infância. Gostaríamos, então, de ter a sua colaboração.

Para isso, precisaremos nos encontrar algumas vezes para conversar e esses encontros ocorrerão quando a gente combinar, tanto no hospital quanto na sua casa. Realizaremos a entrevista num lugar em que você se sinta à vontade. Acreditamos que serão necessárias, pelo menos, cinco encontros, para que eu possa alcançar o objetivo da pesquisa. Cada entrevista poderá durar 15 minutos ou até uma hora, dependendo da sua disposição para conversar comigo. Antes de ir à sua casa, liguei para você para confirmar a visita. Toda vez que estivermos juntos, poderei fazer anotações em um diário que vão me ajudar a pensar sobre alguns aspectos da pesquisa. Também precisarei observar você e sua família durante a internação e na sua residência, para não perder informações importantes que podem ajudar a prevenir as queimaduras, como por exemplo, algumas características da sua casa e de objetos que tem nela que podem facilitar a ocorrência de queimaduras em crianças.

As informações que você disser em nossas conversas serão utilizadas somente para essa pesquisa. Seu nome verdadeiro e de seus familiares não irão aparecer. Se você concordar, nossas conversas serão gravadas e depois passadas para o papel, sendo que, se você quiser, poderá pedir para lê-las. Eu também gostaria de tirar algumas fotos da sua casa, de onde ocorreu o acidente da criança, e queria que você tirasse fotos de locais da sua casa que você acha perigoso para ocorrer uma queimadura. Nessas fotos, nenhuma pessoa ou objetos que podem revelar vocês irão aparecer, garantindo a sua privacidade e da sua família. Depois, mostrarei as fotos a você e conversaremos sobre elas. Se quiser, você poderá escolher algumas fotografias e eu posso te dar uma cópia. Todas essas informações que você nos der, meu diário e as fotos serão guardados em local seguro, pela pesquisadora responsável. Quando eu terminar esta pesquisa, o resultado final poderá ser publicado em revistas e apresentados em encontros científicos. Se você concordar que eu utilize algumas fotos nessas atividades, será necessário assinar também outra autorização, própria para esse objetivo. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando da pesquisa. Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isso.

Você, as outras pessoas que formam sua família e a criança vítima da queimadura não terão benefícios diretos nesse momento por participar dessa pesquisa, mas sua participação será importante, pois com os resultados desta pesquisa, poderemos compreender melhor como são as experiências das famílias de crianças vítimas de queimaduras e, assim, contribuir para divulgar esse conhecimento e ajudar a equipe de enfermagem a cuidar dessas crianças e suas famílias, e principalmente, contribuir na prevenção de novos acidentes com outras crianças. Durante a sua participação nessa pesquisa, acreditamos que alguns riscos poderão ocorrer, como por exemplo, durante nossas conversas, lembrar do momento do acidente da criança pode te trazer diferentes emoções, como tristeza. Nesse caso, nós poderemos interromper nossa conversa sempre que você desejar. Entendemos que os benefícios por participar da pesquisa superam seus riscos, mas estamos prontas para ouvir qualquer que seja seu comentário sobre a pesquisa ou qualquer desconforto causado por sua participação. Se você tiver alguma dúvida, poderá nos perguntar ou entrar em contato conosco através do endereço e telefone que estão no verso desta folha.

Agradecemos a sua colaboração.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____,
concordo com minha participação no estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Concordo, também, que a entrevista seja gravada, que a pesquisadora responsável me observe no hospital e em minha casa, e que tire algumas fotos em minha residência. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora.

Participante

*Iara Cristina da Silva Pedro
Pesquisadora Responsável*

*Profa. Dra. Lucila C. Nascimento
Orientadora do Projeto*

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201 ____.

Pesquisadores responsáveis:

Iara Cristina da Silva Pedro – Doutoranda da EERP-USP (iara_eerp@yahoo.com.br)

Orientadora: Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento (lucila@eerp.usp.br)

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900- Campus Universitário.

Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 Fone: (0XX) 16-3602-3435

APÊNCIDE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (criança e responsável)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (criança e responsável)****Título da Pesquisa: “Prevenção de queimaduras de crianças em ambiente doméstico: um estudo etnográfico”**

Você está sendo convidada(o) para participar de uma pesquisa que será realizada na Unidade de Queimados da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – HCFMRP- USP. Este trabalho está sendo desenvolvida por mim, Iara Cristina da Silva Pedro, que sou enfermeira, sob a orientação da Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento, e tem como objetivo entender quais os aspectos culturais do seu dia a dia e da sua família que podem estar relacionados à prevenção de queimaduras na infância. Se concordar, você e seu pai/ mãe ou responsável terão que ler e assinar esta autorização. Gostaríamos, então, de ter a sua colaboração.

Para isso, precisaremos nos encontrar algumas vezes para conversar e esses encontros ocorrerão quando a gente combinar, tanto no hospital quanto na sua casa. Realizaremos a entrevista num lugar em que você se sinta à vontade. Acreditamos que serão necessárias, pelo menos, cinco encontros, para que eu possa alcançar o objetivo da pesquisa. Cada entrevista poderá durar 15 minutos ou até uma hora, dependendo da sua disposição para conversar comigo. Antes de ir à sua casa, ligarei para seu responsável para confirmar a visita. Toda vez que estivermos juntos, poderei fazer anotações em um diário que vão me ajudar a pensar sobre alguns aspectos da pesquisa. Também precisarei observar você e sua família durante a internação e na sua residência, para não perder informações importantes que podem ajudar a prevenir as queimaduras, como por exemplo, algumas características da sua casa e de objetos que tem nela que podem facilitar a ocorrência de queimaduras em crianças.

As informações que você disser em nossas conversas serão utilizadas somente para essa pesquisa. Seu nome verdadeiro e de seus familiares não irão aparecer. Se você concordar, nossas conversas serão gravadas e depois passadas para o papel, sendo que, se você quiser, poderá pedir para lê-las. Eu também gostaria de tirar algumas fotos da sua casa, de onde ocorreu o seu acidente, e queria que você tirasse fotos de locais da sua casa que você acha perigoso para ocorrer uma queimadura. Nessas fotos, nenhuma pessoa ou objetos que podem revelar vocês irão aparecer, garantindo a sua privacidade e da sua família. Depois, mostrarei as fotos a você e conversaremos sobre elas. Se quiser, você poderá escolher algumas fotografias e eu posso te dar uma cópia. Todas essas informações que você nos der, meu diário e as fotos serão guardados em local seguro, pela pesquisadora responsável. Quando eu terminar esta pesquisa, o resultado final poderá ser publicado em revistas e apresentados em encontros científicos. Se você concordar que eu utilize algumas fotos nessas atividades, será necessário que seu responsável assine também outra autorização, própria para esse objetivo. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando da pesquisa. Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isso.

Você e as outras pessoas que formam sua família não terão benefícios diretos nesse momento por participar dessa pesquisa, mas sua participação será importante, pois com os resultados desta pesquisa, poderemos compreender melhor como são as experiências das famílias de crianças vítimas de queimaduras e, assim, contribuir para divulgar esse conhecimento e ajudar a equipe de enfermagem a cuidar dessas crianças e suas famílias, e principalmente, contribuir na prevenção de novos acidentes com outras crianças. Durante a sua participação nessa pesquisa, acreditamos que alguns riscos poderão ocorrer, como por exemplo, durante nossas conversas, lembrar do momento do seu acidente pode te trazer diferentes emoções, como tristeza. Nesse caso, nós poderemos interromper nossa conversa sempre que você desejar. Entendemos que os benefícios por participar da pesquisa superam seus riscos, mas estamos prontas para ouvir qualquer que seja seu comentário sobre a pesquisa ou qualquer desconforto causado por sua participação. Se você tiver alguma dúvida, poderá nos perguntar ou entrar em contato conosco através do endereço e telefone que estão no verso desta folha.

Agradecemos a sua colaboração.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____, e meu responsável _____ concordamos com a minha participação no estudo e estamos cientes de que estamos livres para em qualquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Concordamos, também, que a entrevista seja gravada, que a pesquisadora responsável me observe no hospital e em minha casa, e que tire algumas fotos em minha residência. Eu e meu responsável recebemos uma cópia deste documento e tivemos a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora.

Criança participante

Responsável pela criança

Iara Cristina da Silva Pedro
Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Lucila C. Nascimento
Orientadora do Projeto

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Pesquisadores responsáveis:

Iara Cristina da Silva Pedro – Doutoranda da EERP-USP (iara_eerp@yahoo.com.br)

Orientadora: Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento (lucila@eerp.usp.br)

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900- Campus Universitário.

Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 Fone: (0XX) 16-3602-3435

APÊNDICE D - Termo de autorização para divulgação de imagem**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE IMAGEM**

Eu, _____,
autorizo a enfermeira Iara Cristina da Silva Pedro a fotografar o local do acidente ocorrido em meu ambiente doméstico e autorizo também ela e a Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento a utilizar posteriormente estas imagens e outras que eu e a criança vítima de queimadura tiramos dos possíveis fatores de risco para queimadura em minha casa, em atividades científicas, como por exemplo, publicações em revistas e eventos científicos e em atividades educacionais, como em sala de aula. Nestas fotografias, nenhuma pessoa ou objetos que podem revelar vocês ou sua casa irão aparecer, garantindo a sua privacidade e da sua família.

Estou ciente do compromisso assumido pelas profissionais em relação à utilização das imagens exclusivamente para os fins aqui mencionados e também para com a sua guarda em local seguro, sob a responsabilidade de ambas.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Participante

Iara Cristina da Silva Pedro
Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Lucila C. Nascimento
Orientadora do Projeto

Anexos

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da instituição proponente



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14050-902
Fone: 55 16 3802.3382 - 55 16 3869.3361 - Fax: 55 16 3602.0519
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 450/2011

Ribeirão Preto, 08 de novembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 08 de novembro de 2011.

Protocolo: nº 1406/2011

Projeto: Prevenção de queimaduras de crianças em ambiente doméstico: um estudo etnográfico.

Pesquisadores: Lucila Castanheira do Nascimento
Iara Cristina da Silva Pedro

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Lucila Castanheira do Nascimento
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Carta de concordância da instituição coparticipante



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 12 de dezembro de 2011

Projeto de pesquisa: “Prevenção de queimaduras de crianças em ambiente doméstico: um estudo etnográfico”

Pesquisadoras responsáveis: Profª Drª Lucila Castanheira do Nascimento (Orientadora) e Iara Cristina da Silva Pedro (Doutoranda)

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:

Drª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador da Unidade de Pesquisa
Clínica – UPC - HCFMRP-USP

Prof.ª Dr.ª Marisa M. M. Pinheiro
Vice-Coordenadora da Unidade
de Pesquisa Clínica HCFMRP-USP