

DETERMINAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA A QUEDA INFANTIL A PARTIR DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Determination of risk factors for child fall based on the Calgary Family Assessment Model

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Determinar fatores de risco para quedas em crianças a partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). **Método:** Estudo com abordagem qualitativa, no qual foram entrevistados 6 familiares de crianças que se encontravam internadas em um hospital de emergência em Fortaleza-Ceará devido a queda, no período de agosto a setembro de 2005. Conforme o MCAF realizou-se o genograma e ecomapa de duas famílias. **Resultados:** Através do genograma e ecomapa observou-se que a família (1) é monoparental, com seis filhos, católica, recebe um salário mínimo, frequenta a escola e Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). A família (2) é nuclear, com dois filhos, católica, recebe três ou mais salários mínimos, frequenta a escola, trabalho e UBSF. **Conclusão:** O Modelo Calgary de Avaliação Familiar proporcionou conhecer as estruturas familiares de crianças que sofreram quedas e auxiliou na definição dos fatores de risco que existem no seio familiar e nos ambientes sociais que essas crianças frequentam. A renda familiar, o número de filhos, a presença ou ausência paterna, a escolaridade e falta de espaços que dão suporte à educação representam fatores de risco para esses acidentes.

Descritores: Família; Criança; Acidentes por quedas; Avaliação.

ABSTRACT

Objective: To determine risk factors for falls in children based on the Calgary Family Assessment Model (CFAM). **Method:** A qualitative approach, in which we interviewed six relatives of children who were admitted to an emergency hospital in Fortaleza, Ceara due to fall in the period from August to September, 2005. According to the CFAM we did the genogram and eco-map of two families (1) and (2). **Results:** By the genogram and eco-map of the families, we observed that (1) is a single parent family with six children, Roman Catholic, earns one minimum wage and attends both school and Family Health Basic Unit (UBSF). (2) is a nuclear family, with two children, Roman Catholic, earns three or more minimum wages and attends school, work and UBSF. **Conclusion:** The Calgary Family Assessment Model enabled to know the family structures of the children who had suffered falls and helped in defining the risk factors that exist within families and social environments in which these children attend. Family income, number of children, the presence or absence of fathers, schooling and lack of spaces for education support represent risk factors for these accidents.

Descriptors: Family; Child; Accidental falls; Assessment.

Aline de Souza Pereira⁽¹⁾
Samira Valentim Gama Lira⁽¹⁾
Deborah Pedrosa Moreira⁽¹⁾
Isabella Lima Barbosa⁽¹⁾
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira⁽¹⁾

1) Universidade de Fortaleza - UNIFOR -
Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 12/05/2009
Revisado em: 19/10/2009
Aceito em: 22/11/2009

INTRODUÇÃO

A literatura ressalta que a ocorrência de quedas em crianças é considerada, no contexto mundial, como uma das injúrias não intencionais com elevada incidência para este grupo etário. Estas demandam uma vigilância ativa por parte dos pais e responsáveis pelo cuidado à criança, presente nos ambientes sociais que fazem parte do crescimento e desenvolvimento infantil, ou seja, os lares, as escolas e os espaços de lazer⁽¹⁾.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de causas externas, como os acidentes de trânsito, maus-tratos e quedas. O ambiente mais propício para a sua ocorrência na infância é o âmbito doméstico, por quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações, enquanto no ambiente extradomiciliar estão presentes acidentes de trânsito, intoxicações e outras lesões, como as quedas, que também estão presentes nesse espaço⁽²⁾.

Nos Estados Unidos as injúrias não intencionais, ocorridas no espaço doméstico, representam mais de 25% de todas as injúrias fatais e mais da metade de todos os atendimentos médicos em menores de 15 anos de idade⁽³⁾ e, neste país, anualmente, 2,3 milhões de crianças até a idade de 14 anos necessitam de atendimento domiciliar emergencial originado por quedas⁽⁴⁾.

As quedas, frequentemente, ocasionam graves traumas, a exemplo do trauma crânio encefálico, trauma fechado de abdome, fraturas múltiplas de membros superiores e inferiores, lesões medulares, dentre outros, podendo ocasionar possíveis sequelas. Situações dessa natureza fazem parte do dia-a-dia dos atendimentos às crianças e seus familiares nos serviços de emergência, onde muitas vezes esses familiares aparentam não associar a ocorrência de quedas como gênese de “situações tão graves”⁽⁵⁾. Essas têm contribuído para elevar a taxa de morbimortalidade infantil, pois, além de estarem intimamente relacionadas com a própria fase da infância, também refletem, muitas vezes, a deficiência de capacidade protetora da família e o desconhecimento dos inúmeros fatores de risco que permeiam o cotidiano da criança⁽⁶⁾.

Nesse sentido, as quedas não evidenciam gravidade aparente e são entendidas, pelas famílias, como acontecimentos normais do cotidiano infantil. Essa injúria não intencional é ainda atribuída às fases do crescimento e do desenvolvimento da criança, e as pessoas não imaginam quão graves sequelas poderão advir dessas lesões e inviabilizar uma vida adulta saudável e autônoma⁽⁷⁾.

Assim, em virtude das quedas ocasionarem sérios comprometimentos para a criança, interferindo nas estatísticas de mortalidade infantil, os profissionais de saúde ao prestarem cuidados à saúde individual são

corresponsáveis pela proteção das crianças⁽⁸⁾. Neste contexto, os profissionais de saúde devem ser habilitados para notificar este agravo e sensibilizar a família, para que se estabeleça uma parceria na prevenção de novas ocorrências. Por isso, todos os níveis de atenção devem estar envolvidos na prevenção e identificação da criança que sofreu uma injúria.

Estudos sobre a temática^(9,10) demonstram a necessidade de divulgar e refletir sobre as injúrias não intencionais em crianças, lembrando da urgência do papel da família e dos adultos responsáveis na prevenção desses agravos, proporcionando um ambiente saudável, assim como repensar as questões culturais que circundam este tema. Entendendo que a família seja a célula principal para o desenvolvimento da criança, é necessário que esta seja despertada para a compreensão de que a ocorrência dessas injúrias pode comprometer, seriamente, a saúde da criança e a sua qualidade de vida. Desse modo, é primordial a atenção integral à família, realizada pelo profissional de saúde, o qual deve implementar as políticas e programas voltados para a saúde da criança, favorecendo, assim, a prevenção dos acidentes domésticos, principalmente as quedas.

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família, proposto por pesquisadores da Universidade de Calgary (Canadá), possibilita o alcance de um atendimento integral. Este é uma estrutura multidimensional que consiste de três categorias principais: avaliação estrutural, avaliação funcional e avaliação de desenvolvimento. Este modelo tem sido utilizado com bastante propriedade, pois facilita a organização dos dados no cuidado à família⁽¹¹⁾.

A Avaliação Estrutural⁽¹¹⁾ pretende conhecer os fatores de risco que causam quedas em crianças e consiste basicamente em responder às seguintes perguntas: quem faz parte da família? Qual o contexto da família? Nesse momento, ao avaliar uma família, é preciso que se avalie a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto da família. É através do Genograma e Ecomapa, que delinham as estruturas externas e internas da família, que são identificados os membros que fazem parte da família, o vínculo afetivo entre eles e o contexto familiar^(11,12).

O genograma é uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna que propicia dados significativos sobre os relacionamentos, ao longo do tempo, incluindo informações sobre saúde, escolaridade, ocupação, religião, etnia, migração e moradia dos membros da família. O momento apropriado para sua aplicação é na primeira entrevista com a família^(12,13).

O valor primário do ecomapa é o impacto visual, cujo objetivo é representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, ou seja, representar uma visão geral da situação familiar, retratando as relações

importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo^(13,14).

Portanto, o emprego do modelo Calgary de Avaliação Estrutural de famílias que tiveram crianças vítimas de quedas amplia a possibilidade de recursos metodológicos para a atuação de enfermeiras com famílias, proporcionando assim uma visão geral que indica intervenção para a prevenção de quedas na infância.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo determinar fatores de risco para quedas em crianças a partir da avaliação pelo Modelo Calgary.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido entre agosto e setembro de 2005, em uma unidade pediátrica de um hospital de emergência, localizado na zona leste da cidade de Fortaleza, Ceará. Escolheram-se famílias que residissem no mesmo município.

Em um encontro entrevistou-se a pessoa índice (o familiar que acompanhou o processo de hospitalização da criança vítima de queda), e, dentre os familiares, o acompanhante presente no momento do estudo foi a mãe das crianças. Todos os familiares foram considerados como informantes-chave no sentido de avaliar a dinâmica familiar, conhecendo quem faz parte dela, o vínculo afetivo existente entre seus membros e o seu contexto.

Inicialmente, as famílias eram abordadas na própria unidade pediátrica onde as crianças estavam internadas, e respondiam às seguintes perguntas: qual o motivo da internação? Que tipo de trauma sofreu? Se o trauma ocorreu por queda, como foi a queda?

O entrevistado deveria ser familiar ou possuir vínculo afetivo, sem distinção de sexo, que aceitasse participar de forma espontânea do estudo e fosse acompanhante da criança hospitalizada. Foram escolhidas 6 (seis) famílias de crianças internadas por sofrerem queda.

Para a coleta dos dados utilizou-se uma entrevista com a aplicação de um roteiro sistematizado, elaborado a partir do Modelo Calgary⁽¹¹⁾, abordando a avaliação de estrutura (interna, externa e contexto) dessas famílias.

Após a coleta de dados construiu-se com cada família o genograma e o ecomapa. Dentre as seis famílias estudadas, obteve-se 3 monoparental, 2 nucleares e 1 ampliada. Conforme a literatura, a família nuclear e a monoparental são as mais comuns na realidade brasileira⁽¹⁹⁾. Selecionaram-se duas famílias para a realidade do presente estudo, uma nuclear e uma monoparental. O genograma das duas famílias segue formato padronizado pelo referencial, ou seja, cada linha horizontal representa uma geração da

família, o símbolo padrão para denotar o sexo masculino é o quadrado e para o sexo feminino, o círculo. Na primeira geração o símbolo do sexo masculino vem primeiro do que o feminino, os descendentes da segunda estão representados em ordem decrescente de nascimento da esquerda para a direita, dentro de cada quadrado ou círculo, ou próximo escreveu-se a inicial do nome e a idade correspondente ao membro representado. Um traço cortando a linha horizontal da primeira geração significa separação e um c próximo da linha horizontal significa casamento e ano. Dois círculos, um dentro do outro, significa a pessoa índice, ou seja, quem foi entrevistado. E símbolos ligando cada pessoa da família a informações como emprego, escola, convívio, significam os vínculos que eles possuem com o sistema social e indicam se o vínculo é de harmonia ou indiferente e o elo com seu local de trabalho e escola, constituindo assim o ecomapa.

Realizou-se contato com as mesmas, esclareceram-se os objetivos do estudo e convidaram-se essas famílias a participarem. Esta anuência se deu mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por todas as participantes da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA da Universidade de Fortaleza, UNIFOR com parecer de nº 228/2005.

RESULTADOS

Descrição dos acompanhantes (mãe)

As características relacionadas com a informante e com a família se encontram na Tabela I. As famílias selecionadas para o estudo foram as famílias 1 e 2.

Descrição das Famílias: Genogramas e Ecomapas

A seguir apresentam-se as descrições individuais, os genogramas e os ecomapas de duas famílias avaliadas, com a finalidade de demonstrar como o ambiente em que a criança está inserida pode favorecer riscos para a ocorrência de quedas.

Família 1

É uma família monoparental, procedente de Fortaleza-CE, composta por oito membros. R.A.M., 37 anos, feminino, católica, divorciada há cinco anos, possui ensino fundamental completo e trabalha de revendedora de revistas. Reside em casa alugada e tem ajuda financeira do ex-marido, de um salário mínimo por mês. Foi casada durante sete anos com J.M.M., 37 anos, masculino, com ensino fundamental incompleto, eletricista e faz tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica. Tiveram seis filhos, cinco do sexo masculino.

Tabela I - Caracterização das famílias de crianças internadas por quedas em um hospital de referência. Fortaleza, Ceará, 2005.

| Famílias | Tipo Família | Nº Filhos | Religião | Escolaridade da pessoa Índice | Nº membros na família | Renda Familiar | Conexão Social |
|----------|--------------|-----------|------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1 | Monoparental | 6 | Católica | Ensino fundamental incompleto | 6 | 1 salário mínimo | Escola UBSF* |
| 2 | Nuclear | 2 | Católica | Pós-graduação | 4 | 3 ou mais salário mínimo | Escola Trabalho UBSF |
| 3 | Nuclear | 4 | Evangélica | Ensino médio completo | 6 | 3 ou mais salário mínimo | Escola Trabalho UBSF |
| 4 | Ampliada | 5 | Católica | Nunca estudou | 8 | Vive da agricultura | Escola |
| 5 | Monoparental | 2 | Evangélica | Ensino médio incompleto | 4 | Pensão | Escola |
| 6 | Nuclear | 3 | Católica | Ensino fundamental incompleto | 5 | Pensão e salário mínimo | Escola Trabalho |

* Unidade Básica de Saúde da Família

O filho mais velho G.A.M., de 15 anos, mora com avó, faz o 8º ano do ensino fundamental e trabalha como entregador de compras de um mercadinho; os demais moram com a mãe. D.A.M., 10 anos, considerado por ela como o mais “danado” de todos, parou de estudar por conta própria; J.V.A.M, 8 anos, faz o 1º ano do ensino fundamental, considerado o mais estudioso; J.H.A.M., 7 anos, faz o jardim I; F.A.M, 6 anos, não estuda, esteve internado por sofrer queda da própria altura brincando de “arraia” dentro de casa. A partir desta queda descobriu-se que o mesmo está com um “coágulo na cabeça” e a mais nova, V.A.M, de três anos, é considerada a princesinha da casa e passa o dia na creche.

Os pais de R.A.M. moram no entorno da sua residência. A pessoa da família que ela tem mais contato é a mãe e a que mantém menos é uma tia que mora no interior. Quando tem algum problema na família, sempre pede ajuda à amiga J “que é mesmo que ser minha irmã”. Nos últimos cinco anos mudou de casa sete vezes e dá nota 10 para sua vizinhança. Quando ela e seus filhos precisam de médico utilizam a Unidade Básica de Saúde (UBAS) mais próxima da sua casa. (Figura 1 e 2)

Família 2

É uma família nuclear, procedente de Fortaleza, composta por quatro membros. C.S.V., 47 anos, feminino, católica, possui ensino superior completo, faz doutorado em bioquímica, casada há 17 anos com J.S.V., 47 anos, masculino, católico, ensino médio completo, trabalha em

uma indústria têxtil. Residem em um apartamento alugado, por isso não têm muito contato com a vizinhança e possuem renda familiar mensal acima de três salários mínimos. Tiveram duas filhas A.S.V., 12 anos, feminino, cursa o 6º ano do ensino fundamental, segundo a mãe é muito esperta e ajuda dentro de casa S.S.V, quatro anos, faz o Jardim II, e esteve internada por sofrer uma fratura no membro superior esquerdo devido a uma queda da estante.

A mãe de C.S.V. tem 82 anos, é aposentada e portadora da síndrome de Alzheimer e mora em Fortaleza. Seu pai faleceu há seis anos, de cirrose hepática, com 79 anos. Os membros da família que C.S.V. tem mais contato são seus irmãos, todos muito próximos e sempre que surge um problema em família ela pede ajuda ao irmão mais velho.

Relata que nos últimos cinco anos mudou de casa duas vezes. Refere que quando ela, o marido e suas filhas precisam de médico utilizam a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, mas antes, quando ela tinha uma bolsa de pesquisa, utilizava o plano de saúde. (Figura 3 e 4)

DISCUSSÃO

Durante a avaliação de uma família⁽¹¹⁾ é preciso que o profissional examine sua estrutura, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. Três aspectos da estrutura familiar podem ser examinados mais prontamente: estrutura interna, estrutura externa e contexto.

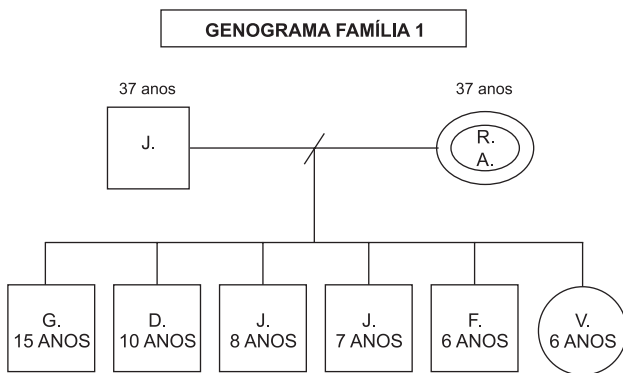


Figura 1 – Genograma da família 1. Unidade de internação pediátrica. Fortaleza-CE

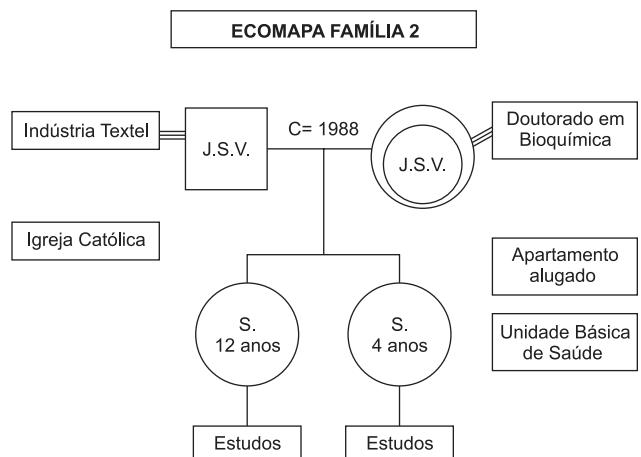


Figura 4 – Ecomapa da família 2. Unidade de internação pediátrica. Fortaleza-CE

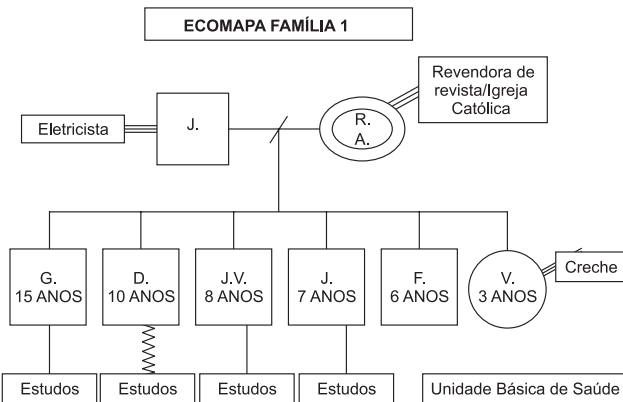


Figura 2 – Ecomapa da família 1. Unidade de internação pediátrica. Fortaleza-CE

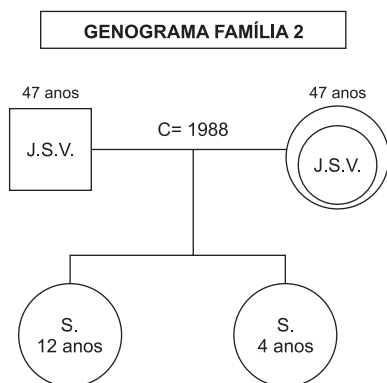
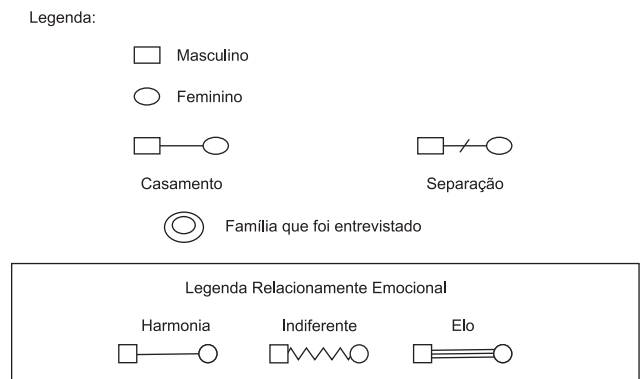


Figura 3 – Genograma da família 2. Unidade de internação pediátrica. Fortaleza-CE

No presente estudo, ao descrever a composição dos membros da família 1, observou-se através do genograma que se trata de uma família extensa, composta por seis crianças, todos menores de idade, e tem como informante a mãe. Em comparação com a família 2, caracterizada como nuclear, composta por dois filhos, onde também a figura materna é a informante.

Durante a internação hospitalar, o membro mais presente foi a figura materna e isso se deve pelo fato de a mãe possuir profunda ligação com os filhos, lhe ser atribuído grande responsabilidade pelos cuidados e demonstrações de afetos⁽¹⁶⁾. Em uma pesquisa realizada na Turquia⁽⁸⁾, os dados ressaltaram que a mãe, por ter um maior vínculo com os filhos, desempenha importante papel na prevenção dos acidentes domésticos e que a escolaridade materna influencia nesse comportamento.

A figura materna é considerada a mais presente na composição da família monoparental, por na maioria das vezes ser formada pela mãe e filhos, sobrecarregando, assim, a mulher⁽¹⁷⁾. Já na família nuclear a sobrecarga está dividida entre os pais, pois estes são responsáveis pela tarefa de educar, proteger e manter os filhos, em prol do desenvolvimento da família⁽¹⁸⁾.

Salientando a importância das famílias na prevenção de acidentes com criança, partilha-se a compreensão de que o espaço familiar é representado pela composição dos ambientes físico, relacional e situacional e se encontra imerso em fatores de risco que ameaçam a saúde humana e o equilíbrio social⁽⁷⁾.

Os fatores de risco para quedas em crianças encontram-se presentes nos lares, pois em ambas as famílias os responsáveis pelo cuidado, os pais, convivem mais no ambiente extradomiciliar, seja trabalhando ou estudando, favorecendo com que a criança torne-se vulnerável a sofrer essa injúria no ambiente domiciliar. Um estudo visando identificar os sentidos do trabalho para as mães encontrou que, infelizmente, quando as mães ou os pais trabalham fora de casa não conseguem cuidar dos filhos como gostariam, delegando essa função, principalmente, para outras mulheres (educadoras) e professoras de creches. Não importa o motivo deste trabalho: seja para sustentar a casa, para aumentar a renda familiar ou para se conseguir uma cota de felicidade⁽¹⁹⁾.

Uma pesquisa na temática família e violência realizada em Fortaleza, Ceará⁽²⁰⁾ revela que a grande mobilidade nos empregos leva todos os membros da família à necessidade de um processo constante de adaptação acrescido da distância com as famílias de origem e, conseqüentemente, da quebra da rede de apoio. Tudo isso tem afetado a vida das pessoas no círculo familiar, trazendo o aumento dos conflitos e originando rupturas emocionais e físicas.

Na atualidade as crianças convivem mais em locais privados⁽¹⁸⁾ como creches, escolas, parques, restaurantes, dentre outros ambientes, devido aos empregos dos pais.

Observaram-se, no atual estudo, redes de apoio com que as famílias podiam contar com ajuda. As redes de apoio funcionam como uma formação e manutenção de uma rede de parentesco dentro e fora da comunidade, identificando uma base de sustentação para o grupo familiar, pois propicia garantias à família de ter a quem recorrer em caso de necessidade, sentindo-se, por isso, querida e amparada⁽¹³⁾.

Além de apresentar esses fatores para delegar o cuidado da criança, outro tópico fundamental é a condição social, ou seja, a renda familiar e a escolaridade. As duas famílias do presente estudo apresentaram diferenças, sendo a da família monoparental de um salário mínimo (pensão do marido) e da família nuclear mais de três salários mínimos. Apesar de se associar estudos realizados em diferentes cidades, em Fortaleza⁽²¹⁾ e em Pelotas⁽²²⁾, não há significância entre a renda familiar e a ocorrência de acidentes domésticos.

Em relação à escolaridade do acompanhante da criança, identificou-se que na família 1, a mãe possui o ensino fundamental completo, já na família 2, a mãe apresenta o ensino superior completo. A escolarização das mães influencia positivamente a atenção à saúde das crianças⁽²¹⁾, prevenindo a ocorrência de quedas devido à compreensão e identificação dos riscos de acidentes domiciliares, uma vez que, quanto maior o nível de escolaridade da mãe, maior será seu entendimento quanto à maneira de cuidar de seu filho⁽²³⁾.

Entretanto, na atual pesquisa, as quedas aconteceram de maneira inesperada entre as duas famílias, não importando o grau de escolaridade dos pais.

A mãe, por estar mais próxima e conviver mais com a criança, executa medidas preventivas para as injúrias não intencionais. Por isso, a prevenção das lesões deve iniciar a partir de estratégias educacionais e ambientais, porque o ambiente em que vivem as crianças, bem como as atividades em que estão envolvidas, propiciam a ocorrência de acidentes⁽²⁴⁾.

O conhecimento restrito das mães pode retratar um descaso com esse tema por parte dos profissionais da saúde quanto a seu papel na prevenção de acidentes na infância, apesar dos danos à saúde infantil serem resultantes de acidentes no cotidiano da infância^(23, 25).

Assim, a prevenção de injúrias não intencionais está associada não apenas com os familiares, mas também com os vínculos relacionados com a fronteira domiciliar. Na família 1, o vínculo que a mãe apresenta está relacionado com a escola das crianças, a igreja e a Unidade Básica de Saúde da Família. Na família 2, o vínculo que a mãe possui é com a igreja, a universidade, a escola das crianças e a Unidade Básica de Saúde da Família.

Todos os vínculos podem influenciar de diversas formas os familiares na maneira de como cuidar da criança. Ambas as famílias entrevistadas neste estudo apresentaram como vínculo a Unidade Básica de Saúde da Família, no qual o profissional de saúde cria laços com as mesmas, facilitando ser aceito para investigar e intervir⁽²⁶⁾, podendo, portanto, ter acesso para a intervenção no contexto da prevenção das injúrias não intencionais.

O ambiente saudável é aquele que pode proporcionar efeitos positivos para a saúde e o bem-estar numa compreensão ampla, ou seja, nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e estéticas. Para que essas dimensões possam ser atingidas faz-se necessário a existência de um ambiente saudável, onde estão incluídos a moradia, o desenvolvimento urbano, a utilização da terra e dos meios de transporte, ou seja, recursos que contribuem para a promoção e manutenção da saúde⁽⁶⁾. Dentro desse contexto familiar ocorrem os acidentes domiciliares, onde as crianças sofrem traumas muitas vezes irreversíveis ou fatais, e as quedas representam a grande causa dos traumas. Assim, identificou-se, nesta pesquisa, que a educação, no contexto domiciliar, possibilita a prevenção das injúrias não intencionais, a partir da promoção da saúde e da qualidade de vida das crianças e de seus familiares⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Modelo Calgary de Avaliação de Famílias proporcionou conhecer as estruturas familiares de crianças que sofreram quedas, para ajudar a definir os fatores de risco que existem no seio familiar e nos ambientes sociais que as crianças frequentam.

Através da estruturas dessas famílias, ou seja, do modo como vivem e convivem como seres sociais, conseguiu-se selecionar fatores dentro dessa composição que favorecem a ocorrência das quedas.

Observou-se que a renda familiar, o número de filhos, a presença ou ausência paterna, a escolaridade e espaços que dão suporte à educação dessas crianças, caso não se adotem medidas de segurança, também representam predisposição ao risco de quedas. Trabalhar na compreensão das famílias, a partir da dimensão estrutural, na prevenção da ocorrência de quedas em crianças no ambiente intrafamiliar, necessita ser incorporada à prática dos profissionais, tanto da saúde, como da educação, para se vislumbrar a mudança nessa casuística.

Nesse sentido, o estudo também proporciona uma reflexão à equipe interdisciplinar, às famílias e à sociedade acerca da importância de se discutir as possibilidades de efetivar um atendimento que focalize a educação para promover um ambiente saudável. O domicílio registra, diariamente, ocorrências de “acidentes” em crianças que podem ser minimizadas quando as famílias aperfeiçoarem as condutas de segurança para a redução dos riscos.

Fonte financiadora:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Souza LJEX, Rodrigues AKC, Barroso MGT. A família vivenciando o acidente doméstico: relato de uma experiência. *Rev Latinoam Enferm.* 2000;8(1):83-9.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. 2ª ed. Brasília; 2005.
3. Mott JA. Personal and family predictors of children's medically attended injuries that occurred in the home. *Inj Prev.* 1999;5:189-93.
4. Vish NL. Pediatric window falls: not just a problem for children in high rises. *Inj Prev.* 2005;11:300-3.
5. Vieira LJES, Araújo KL, Catrib AMF, Vieira ACVC. O lúdico na prevenção de acidentes em crianças de 4 a 6 anos. *Rev Bras Promoção Saúde.* 2005;18(2):78-84.
6. Araújo KL, Vieira LJES. A criança e os fatores de risco no ambiente domiciliar e escolar: um ensaio reflexivo. *Texto & Contexto Enferm.* 2002;11(3):83-7.
7. Vieira LJES, Araújo KL, Abreu RNDC, Lira SVG, Frota MA, Ximenes LB. Repercussões no contexto familiar de injúrias não-intencionais em crianças. *Acta Sci Health Sci.* 2007;29(2):151.
8. Çinar ND, Gorak G. Mother's role preventing childhood home accidents. *Rev Bras Promoção Saúde.* 2007;20(4):238-42.
9. Alcântara DA, Vieira LJES, Albuquerque VLM. Intoxicação medicamentosa em criança. *Rev Bras Promoção Saúde.* 2003;15(1/2):10-6.
10. Paes CEN, Gaspar VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J Pediatr.* 2005;81(5 supl):146-54.
11. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: ROCA; 2002.
12. Filizola CLA, Ribeiro MC, Pavarini SCI. A história da família de rubi e seu filho leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do Modelo Calgary de avaliação e de intervenção na família. *Texto & Contexto Enferm.* 2003;12(2):182-90.
13. Landim FLP, Araújo AF, Ximenes LB, Varela, ZMV. Comunidade mutirante: características familiares e suas redes de suporte social. *Rev Bras Promoção Saúde.* 2004;17(4):177-86.
14. Ximenes LB, Pinheiro AKB, Lima KM, Nery HB. A Influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. *Acta Sci Health Sci.* 2004;26(1):223-30.
15. Ministério da Saúde (BR), Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009.
16. Amazonas MCLA, Damasceno PR, Terto LMS, Silva RR. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. *Psicol Estud.* 2003;8(espec):11-20.
17. Brito FS. Mulher chefe de família: um estudo de gênero sobre a família monoparental feminina. *Rev Urutaguá Acadêmica Multidisciplinar.* 2008;15:42-52.

18. Pinto JPP, Fernandes MGO, Horta ALM. Representação da família na arte: análise da estória em quadrinhos. *Acta Sci Health Sci.* 2004;26(1):21-6.
19. Delgado ACC. Como as mães de uma creche domiciliar percebem o trabalho de tomar conta das crianças? *Rev Bras Educ.* 2005;28:151-63.
20. Vieira LJES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB. Fatores de riscos para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saúde Soc.* 2008;17(3):113-25.
21. Lima RP, Ximenes LB, Vieira LJES, Oriá MOB. Perfil de famílias de crianças acidentadas no contexto domiciliar. *Online Braz J Nurs.* 2006;5(3):tab.
22. Fonseca SS, Victoria CG, Halpern R, Barros AJD, Lima RC, Barros FC. Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares. *J Pediatr.* 2002;78(2):97-104.
23. Reichert APS, Silva SLF, Costa TNA. Prática de mães na prevenção de acidentes na infância com crianças de 0 a 5 anos de idade. *Nursing.* 2003;62(6):33-7.
24. Towner E, Ward H. Prevention of injuries to children and young people: the way ahead for the uk. *Inj Prev.* 1998;4:17-25.
25. Baracat ECE, Paraschin K, Nogueira RJN, Reis MC, Fraga AMA, Sperotto G. Acidentes com crianças e sua evolução na região de campinas. *J Pediatr.* 2000;76(5):368-74.
26. Silva JV, Santos SMR. Trabalhando com famílias utilizando ferramentas. *Revista APS.* 2003;6(2):77-86.

Endereço para correspondência:

Aline de Souza Pereira
Rua Raul Pompéia, 31
Bairro: Alvaro Weyne
CEP: 60335-420 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: alinesouzapereira@yahoo.com.br