

LEILA RUTE OLIVEIRA GURGEL DO AMARAL

EM BUSCA DOS SIGNIFICADOS DOS ACIDENTES

INFANTIS:

**um encontro com a casualidade, a negligência, a
violência e a depressão**

ASSIS

2003

LEILA RUTE OLIVEIRA GURGEL DO AMARAL

**EM BUSCA DOS SIGNIFICADOS DOS ACIDENTES
INFANTIS:**

**um encontro com a casualidade, a negligência, a
violência e a depressão**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras, da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Assis, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Concentração: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Prof^a Dr^a Olga Ceciliato Mattioli.

ASSIS

2003

LEILA RUTE OLIVEIRA GURGEL DO AMARAL

**EM BUSCA DOS SIGNIFICADOS DOS ACIDENTES INFANTIS:
um encontro com a casualidade, a negligência, a violência e a depressão**

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Olga Ceciliato Mattioli – UNESP/Assis(Presidente e Orientadora)

Profª Drª Ana Thereza de A. R. Cerqueira – UNESP/Botucatu(Efetivo)

Profª Drª Maria Lúcia Boarine – UEM/Maringá(Efetivo)

Profª Drª Edna Lourdes Machado – UEM/Maringá(Suplente)

Profª Drª Maria de Fátima Araújo – UNESP/Assis(Suplente)

Assis, de abril de 2003.

Dedico:

Ao **meu esposo** e **meus três filhos**.

Pela motivação, envolvimento e apreço.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é demonstrar reconhecimento, afeto, é relembrar atitudes amáveis, é reconhecer a benevolência, é crescer... A gratidão que expresso, é um sentimento que busca traduzir um pouco da satisfação de ter sido agraciada pela companhia de pessoas especiais. Hoje, sinto-me honrada em poder agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram da minha jornada acadêmica. Sou devedora e eternamente grata:

A **Deus**, pela existência, pelos objetivos alcançados;

À minha filha **Amanda** (6 anos), e aos meus filhos gêmeos **Gustavo** e **Guilherme** (4 anos), pela companhia nas árduas viagens, pela compreensão e amor demonstrado a cada realização, pelos pueris estímulos;

Ao meu esposo, **Antonio Gurgel**, que me auxiliou a vencer tantos obstáculos oferecendo-me incentivo e inspiração, doando-se para que meus desejos pudessem ser realizados, sendo um porto seguro nos momentos tempestuosos;

À minha mãe, **Albertina**, que, laboriosamente, me acompanhou em todos os momentos, sendo auxiliadora, prestativa, generosa e dedicada;

Ao meu pai, **Antonio Roque**, pela compreensão e abdicação;

À minha irmã **Viviane**, pela ajuda ofertada nos momentos de grande dificuldades,

À minha irmã, **Francismara**, por seu estímulo, pelo exemplo de pessoa lutadora, determinada, altruísta e dedicada;

Aos **colegas de turma** que contribuíram com discussões e questionamentos, e em especial, à minha amiga **Cristina Ricci**, pela presença marcante nos momentos de desalento, estimulando-me para continuar as labutas inerentes ao processo de crescimento;

Ao Prof. **Vicente Massaji Kira**, Diretor Superintendente do Hospital Universitário de Maringá-PR, representante de todos aqueles que, pacientemente, me auxiliaram neste universo de pesquisa;

Às **famílias** que, generosamente, abriram suas portas e seus corações recebendo-me com sinceridade e presteza;

À **Profª Drª Maria de Fátima Araújo** que, desde o início, quando o trabalho estava ainda embrionário, envolveu-se, oferecendo-me contribuições inestimáveis, ratificando-me a premissa de que a pesquisa se faz a partir do desejo, do comprometimento com o que está sendo pesquisado. Meus sinceros agradecimentos pelas orientações ao se propor a participar da minha qualificação;

À **Profª Drª Maria Lúcia de Oliveira**, pelas oportunas contribuições intelectuais, pela disposição em fazer parte da qualificação, auxiliando-me a vislumbrar novas perspectivas;

À **Profª Longhini** pela atenta correção dos textos escritos;

Finalmente, e em especial, à minha querida orientadora, **Profª Drª Olga Ceciliato Mattioli**, que, como mestre, instruiu-me a encontrar caminhos, superar desafios, desnaturalizar mitos, acreditar, lutar e vencer. Como educadora, primou o intelectual sem relegar o lado humano, oferecendo-me conforto nos momentos difíceis, consolando-me quando angustiada, reerguendo-me quando prostrada. Obrigada Olga, obrigada pelas contribuições teóricas, intelectuais, mas muito obrigada pelas lições de vida que você me legou.

As idéias e os atos dos homens não são como as ondas do mar, que se movem cegamente. Manam das camadas profundas do mundo interior, de seu microcosmo; são necessários como o fruto na árvore, e o acaso não pode transformá-los à sua vontade. (SCHILLER, 1974, p.131)

RESUMO

Os acidentes infantis constituem um problema de saúde pública, causam mortes, deixam seqüelas físicas e psicológicas. A cada ano, 160 mil crianças e adolescentes brasileiros morrem ou se tornam incapazes, vítimas de acidentes. O estudo dos acidentes infantis mostra-se complexo na medida em que deve contemplar fatores sociais e contextuais além das motivações psicológicas, individuais, muitas vezes inconscientes do acidentado. O suporte teórico deste estudo teve como base contribuições da teoria psicanalítica e da teoria crítica. A presente pesquisa teve como objetivo entender os acidentes infantis domésticos, em crianças atendidas, no ano de 2000, pelo Pronto-Socorro do Hospital Escola de Maringá-PR. Os participantes foram oito crianças acidentadas na faixa etária de zero a dez anos, com histórico de reincidência, selecionados após um levantamento em 10.944 prontuários. Foram também realizadas entrevistas com pais ou responsáveis pela criança acidentada e com quatro médicos pediatras e uma enfermeira vinculada ao Programa Governamental Saúde da Família. As entrevistas com os profissionais tiveram o objetivo de compreender a visão que estes têm sobre os acidentes infantis. A análise dos dados foi realizada a partir de quatro grandes determinantes, a saber: o acidente como acontecimento casual, o acidente como consequência do descuido ou negligência do adulto cuidador, o acidente como manifestação da violência física contra a criança e o acidente como um traço depressivo da criança. Os resultados permitiram associar os acidentes a fatores sociais, biológicos, de gênero e psicológicos. Em muitos momentos os acidentes têm servido para ocultar a depressão, a negligência, e a violência contra a criança, assumindo diferentes significados. Em se tratando das questões emocionais, há um visível despreparo dos profissionais para lidar com a questão dos acidentes infantis, já que estes, na maioria das vezes, são compreendidos apenas em seus aspectos orgânicos.

Palavras-chave: acidentes infantis; violência doméstica; negligência; casualidade; depressão infantil; comportamentos auto-destrutivos

ABSTRACT

The infantile accidents constitute a public health problem, cause deaths, and let physical and psychological sequels. Each year 160 thousand Brazilian children and adolescents die or become disabled, victims of accidents. The study on infantile accidents is complex considering that they must embrace social and contextual factors, besides the casualty's sometimes unconscious psychological and individual motivations. This study theoretical support was based on contributions of both the psychoanalytic and critical theories. This research aimed at understanding the domestic infantile accidents of children attended in 2000 by the first-aid clinic of the School Hospital from Maringá city, state of Paraná. The participants were eight children who had suffered an accident between zero to ten year of age, with relapse history, selected after a research in 10.944 handbooks. Interviews with the parents or responsible for the children who had suffered the accident, and with four pediatric doctors and a nurse linked to the Family's Health Governmental Program have been performed. The interviews with the professionals aimed at understanding their point of view concerning the infantile accidents. The data analysis was based on four determinants: the accident as a casual event, the accident as a consequence of the carelessness or negligence of the adult responsible for the children, the accident as the manifestation of the physical violence against the child, and the accident as a depressive profile of the child. The findings allowed us to associate the accidents to psychological, sex, biological and social factors. Many times the accident have contributed to hide the depression, the negligence, and the violence against the child, assuming different meanings. Concerning the emotional issues, there is a clear lack of preparation of the professionals to deal with the infantile accidents issue, since they are, most of the times, understood only based on their organic aspects.

Key-words: Infantile accidents; domestic violence; negligence; casualness; infantile depression; self-destructive behaviors.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE TABELAS	12
INTRODUÇÃO	13
1 – O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO E OS PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	25
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ.....	25
1.2 PROCEDIMENTO.....	30
1.3 METODOLOGIA	46
1.3.1 Dados Quantitativos	46
1.3.2 A Coleta dos Dados Qualitativos	53
2 – CONCEPÇÃO DE INFÂNCIA, FAMÍLIA E AMOR PARENTAL	76
2.1 PERCURSO HISTÓRICO DA FAMÍLIA	79
2.2 ASPECTO HISTÓRICO DO ABANDONO DE CRIANÇAS	89
3 – ACIDENTES INFANTIS COMO REFLEXO DE FATORES INDIVIDUAIS E SOCIAIS	101
3.1 ACIDENTES INFANTIS COMO ACONTECIMENTOS CASUAIS	102
3.2 ACIDENTES INFANTIS COMO MANIFESTAÇÃO DA NEGLIGÊNCIA DOS RESPONSÁVEIS PELA CRIANÇA.....	114
3.3 ACIDENTES INFANTIS COMO EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA FÍSICA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA.....	125
3.3.1 Concepções sobre violência física doméstica contra crianças	132
3.3.2 Tipos de Violência	135
3.3.3 Acidente e Violência	138
3.4 ACIDENTES INFANTIS COMO REPRESENTAÇÃO DE TRAÇOS DEPRESSIVOS	146
CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES	171

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Representação Gráfica de Ocorrência de Acidentes	46
FIGURA 2 – Representação Gráfica de Atropelamento	47
FIGURA 3 – Representação Gráfica de Agressão	47
FIGURA 4 – Representação Gráfica de Corpo Estranho	48
FIGURA 5 – Representação Gráfica de Contusão	48
FIGURA 6 – Representação Gráfica de Escoriação	48
FIGURA 7 – Representação Gráfica de Ferimento	48
FIGURA 8 – Representação Gráfica de Intoxicação	49
FIGURA 9 – Representação Gráfica de Lesão Cortante	49
FIGURA 10 – Representação Gráfica de Lesão Corto-Contusa	49
FIGURA 11 – Representação Gráfica de Queimadura	49
FIGURA 12 – Representação Gráfica de Trauma.....	50
FIGURA 13 – Representação Gráfica de Trauma Cérebro-encefálico	50
FIGURA 14 – Representação Gráfica de Politraumatismo	50
FIGURA 15 – Representação Gráfica de Fratura	50
FIGURA 16 – Um Casamento de Reparação.....	80
FIGURA 17 – Portinhola Alemã	96

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – População Estimada por Zona e Total.....	27
TABELA 2 – Estabelecimentos de Ensino	28
TABELA 3 – Indicadores de Desenvolvimento e Qualidade de Vida	29

INTRODUÇÃO

As condições subumanas em que vivem milhões de crianças latino-americanas constituem uma flagrante violação aos mais elementares direitos humanos. Além disso, sua exclusão dos benefícios sociais, econômicos e culturais dados pelo desenvolvimento tem profundas implicações políticas, já que atenta contra a essência da democracia, como a participação, a equidade e a justiça social. (RIZZINI; PILOTTI, 1993, p.48)

A saúde infantil, em especial no decorrer das últimas décadas, tem sido protegida contra diversos tipos de doenças, graças aos avanços científicos. As políticas sociais, indubitavelmente, também contribuíram para que a criança tivesse prolongados os anos de sua existência. Mesmo em países menos desenvolvidos, como o Brasil, a realidade demonstra que o cuidado com a criança tem sido tema de reflexões e práticas assertivas, tendo como resultado, o decréscimo nos índices de mortalidade infantil, principalmente a partir dos anos 80 (BRASIL, 2001c).

A partir do momento em que a desnutrição, as doenças infecciosas e parasitárias foram melhor controladas e/ou erradicadas, morrendo-se menos por causa destas patologias, descortinaram-se outros aspectos responsáveis por importantes índices de mortalidade e morbidade como, por exemplo, os acidentes. Estes, de acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, (BRASIL, 2001a), podem ser compreendidos como “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, 2001a, p.2).

Nunes (2001), em artigo publicado em O Jornal Correio Popular, divulgou uma estatística, feita pelo Ministério da Saúde, indicando que, por ano, 480 mil brasileiros morrem ou se tornam incapazes; todos vítimas de acidentes que

poderiam ter sido evitados. Deste total, 160 mil são crianças e adolescentes.

Informou, também, que, de acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), os acidentes domésticos matam um bebê por dia no Estado de São Paulo.

Conforme estudo divulgado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, as chamadas "causas externas" – violência e acidentes – correspondem ao terceiro grupo mais importante de mortalidade no Brasil, sendo responsável, no ano de 1997, pelo número de 119.550 ou pelo índice de 13,2% dos óbitos no país. Acrescente-se a estes dados a realidade de que, para cada óbito, ocorrem quatro casos que sobrevivem com seqüelas graves (ABRAMOVICI; SOUZA, 1999).

Com relação às "causas externas" de mortes entre crianças e adolescentes, chamam a atenção as agressões. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, foram registrados, em 1998, mais de sete mil óbitos por agressão. Em algumas capitais, como Rio de Janeiro e São Paulo, os fatores externos já ocupam o primeiro lugar como responsáveis por óbitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 2001c). O vertiginoso crescimento da mortalidade por causas externas em nosso país tem trazido consideráveis preocupações. Os acidentes e a violência constituem focos emergenciais de atuação, já que matam e mutilam a muitos.

Conforme publicação sobre acidentes e violências do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2001a), as causas externas matam, por ano no Brasil, aproximadamente 120.000 pessoas, número este maior que todas as doenças infecto-contagiosas. Este alto índice chega a ser maior que o total de soldados norte-americanos mortos nos 12 anos de Guerra do Vietnã. Assim sendo, não é possível olhar para estes números sem repensar práticas e atuações sociais.

É importante ressaltar que embora os dados estatísticos sobre acidentes, no Brasil, sejam impressionantes, estes números ainda são muito menores do que os reais. Ainda não há uma cultura do registro de dados no país: os serviços são

pouco desenvolvidos, não centralizados, padecem da falta de precisão e coerência, não expressando a realidade vivida pela criança. Assim, alguns dados são conflitantes entre si e não podem ser considerados como fonte segura para o pesquisador.

A constatação de que o contingente de crianças acidentadas é bem maior do que as estatísticas podem mensurar, possibilita pensar na urgência da realização de estudos epidemiológicos, que viabilizem efetivas atuações práticas, proporcionem questionamentos sociais e orientem estratégias de prevenção.

Os acidentes infantis constituem, hoje, um problema de saúde pública, causam mortes e deixam seqüelas físicas e psicológicas. Alguns fatores podem contribuir para que haja maior incidência de acidentes com crianças, como, por exemplo, a idade, os fatores sócio-econômicos, ambientais e de gênero. A fragilidade, a curiosidade, a inexperiência, a necessidade de cuidados e a vulnerabilidade, inerentes a este período do desenvolvimento humano, constituem alguns dos aspectos que contribuem para fazer das crianças um importante grupo de risco.

Somadas a estas questões, surgem outras realidades que contribuem para um maior número de casos de acidentes infantis. A crença de que os acidentes são fatalidades ou fenômenos guiados pelo acaso, a negligência daqueles que cuidam da criança, a violência física contra a criança muitas vezes mascarada pelos acidentes e os traços depressivos que buscam nos acidentes sua expressão são problemáticas que impedem a real compreensão e mensuração dos acidentes com crianças.

A desigualdade social é um dos fatores que mais contribui para o aumento da incidência de acidentes com crianças, visto que, pela divisão de classes, os mais pobres, precisando trabalhar, deixam seus filhos à mercê da sorte, sendo estes desprovidos de cuidados básicos. A desigualdade social gera também um outro fator que é a fome. Cinquenta milhões de brasileiros não têm alimento – ingrediente necessário para um satisfatório desenvolvimento físico e intelectual.

Com um baixo desenvolvimento, a criança poderá ter seus reflexos retardados, sua destreza diminuída, sua angústia aumentada, sua fragilidade física acentuada, abrindo assim espaços para a ocorrência dos acidentes.

Pobreza e luxo, classe dominante e subjugados, constituem o paradoxo da sociedade capitalista. O modelo neoliberal de Estado, intensificado no Brasil a partir da década de 90, tem retirado, paulatinamente, a responsabilidade estatal de setores essenciais para a sobrevivência humana. Os sistemas educacionais e de saúde estão sucateados; sofrem pelo descaso e pelo desejo de lucro, respondendo cada vez menos pelas necessidades das camadas mais pobres do país. Nesse contexto social é comum deparar-se com o abandono material das crianças, a negligência dos pais, a violência física e psicológica, as quais têm, como pano de fundo, a desigualdade social.

Alguns fatores, como violência, negligência e cuidado infantil no ambiente doméstico, só puderam ser melhor conhecidos após mudanças significativas na estrutura familiar, tornando-a mais permeável. As transformações ocorridas na economia, trazendo seus efeitos para dentro da vida familiar e dos indivíduos na sociedade ocidental, permitiram que, a partir da década de 70 nos Estados Unidos e década de 80 no Brasil, surgissem os primeiros debates políticos e científicos sobre os abusos e violências contra as crianças e os adolescentes (AZEVEDO; GUERRA, 1997).

Em 1979, foi comemorado o "Dia Internacional da Criança". Nesse clima de reorganização social e de questionamentos de direitos é que, na década de 80, o Congresso Nacional Brasileiro criou a Assembléia Nacional Constituinte, com a finalidade de elaborar e colocar em funcionamento uma nova Constituição Federal, que passou a vigorar a partir de 1988. A nova carta magna brasileira trouxe, pela primeira vez, um capítulo referente aos direitos e deveres da criança e do adolescente. Criou, igualmente o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e, em 1990, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. As condutas relacionadas às crianças e suas famílias passaram a ser legisladas e criminalizadas a partir de então.

Por conta desta nova legislação, foi criado em cada município brasileiro um Conselho Tutelar destinado a receber denúncias e zelar pelo bem-estar de crianças e adolescentes. Tal órgão, ao ter como função legal zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, proporcionou à comunidade a possibilidade de denunciar casos de violência contra a criança, buscando assim ampará-las. Neste novo modelo jurídico-assistencial de atendimento à infância, os psicólogos, passaram a ser solicitados para atuar junto à criança violentada e suas famílias.

A Psicologia, com seu entendimento sobre o ser humano, tem buscado, cada vez mais, aproximar sua práxis da realidade sócio-cultural, alinhando o espaço que havia entre estas duas instâncias. Com novas demandas na área da saúde e educação, o psicólogo tem sido instado a atuar em áreas que exigem um preparo para entender os aspectos que estão relacionados ao continuum saúde-doença. O estudo dos acidentes, nesse novo contexto, demanda aprofundamento de questões psicológicas e sociais. Sendo assim, abrem-se novas possibilidades para práticas multidisciplinares que atuem de forma preventiva, articulada e consistente.

Como psicóloga clínica que atende crianças no consultório e em instituições, o interesse por este tema tomou corpo de modo gradativo em minha experiência profissional. Ao longo dos anos foi adquirindo forma, tornando-se significativo e, conseqüentemente, ocupando espaços no meu trabalho cotidiano. Num primeiro momento, ele se impôs no decorrer de alguns diálogos, observações e contatos com crianças, já que nesta época eu exercia o magistério no ensino fundamental. Depois de alguns anos, trabalhando como psicóloga hospitalar, foi sendo possível olhar um pouco mais de perto para esta questão. Posteriormente, ao ser mãe, com todos os medos e anseios que a maternidade outorga, vivenciei o receio da ocorrência de acidentes com meus filhos. Sem dúvida, todos estes fatores contribuíram para que eu privilegiasse a questão dos acidentes infantis como tema para meu estudo.

O desejo de entender melhor os acidentes infantis me fez buscar o mestrado para desenvolver, mais adequadamente, uma pesquisa sobre o tema.

Porém, no início, eu não conseguia ter a exata dimensão do que seria trabalhar com estatísticas, com instituições estatais, principalmente quando o assunto envolve questões de ordem legal, de direitos humanos e de deveres.

Pude perceber que, na busca de compreensão das diversas causas dos acidentes infantis, faz-se necessária a contribuição de várias áreas do conhecimento, como, por exemplo a medicina, a psicanálise, a psicologia social, a pedagogia, dentre outras, já que é nesta interação transdisciplinar que o fenômeno pode ser melhor compreendido. A “visão contemporânea de método busca um pensamento transdisciplinar, um pensamento que não se quebre nas fronteiras entre as disciplinas” (PÁDUA 2002, p.28).

Ao procurar respaldo no referencial teórico, compreendi a complexidade do tema e, ao mesmo tempo, me tornei convicta de que o acidente é determinado por múltiplas causas, formando um emaranhado de possibilidades de estudos e atuações.

Compartilho do princípio psicanalítico de que toda atividade humana é construída a partir de fatores constitucionais individuais no embate com a realidade externa. Entretanto, reconheço que os fatores históricos e sociais possuem grande força na determinação do comportamento humano. Os acidentes infantis também obedecem a essa determinação. Por um lado, são praticamente definidos pelo contexto social, mas analisados mais de perto, pode-se perceber o quanto trazem de aspectos individuais.

Neste sentido, ao realizar esta pesquisa, senti a necessidade de análise de outros temas, como a história social da infância, da família, do amor parental e das práticas sociais, para maior compreensão. Na presente pesquisa, me apropriei de duas teorias que possibilitaram o entendimento tanto de questões sociais como

individuais dos acidentes infantis. São elas: a teoria crítica e a teoria psicanalítica.

Busquei, na teoria crítica, a compreensão das influências políticas, econômicas e culturais, que permeiam, e muitas vezes determinam, o acontecimento de acidentes com crianças. A teoria crítica possibilitou, ainda, o desvelamento das representações que pais e profissionais têm sobre os acidentes e a desnaturalização de conceitos como amor materno, estrutura familiar, criança feliz, dentre outros. Já a teoria psicanalítica, ao proporcionar o entendimento sobre as motivações inconscientes, os significados latentes, os atos falhos, possibilitou que a análise das causas dos acidentes com crianças não ficasse apenas no plano aparente, mas que alcançasse motivações ocultas, como, por exemplo, os estados depressivos que podem motivar os acidentes.

Na busca de literatura para embasar minha pesquisa, pude perceber que a grande maioria dos trabalhos científicos publicados estava mais direcionada para medidas preventivas e dizia respeito a observações médicas, descritivas e quantificadas, sem uma análise contextual. Não encontrei pesquisas que buscassem compreender os acidentes a partir da visão por mim salientada – a dos significados dos acidentes – tornando, assim, este estudo bastante trabalhoso. Somado a isto, houve uma grande dificuldade para obter estatísticas precisas, já que tanto os pais como os profissionais deixam de registrar os casos ou o fazem de forma incompleta e não sistematizada, havendo portanto um sub-registro. Este fato ficou evidente na presente pesquisa: ao realizar as entrevistas, constatei que, em média, para cada acidente notificado, dois não foram registrados.

No percurso desta pesquisa, diante dos obstáculos enfrentados¹, muitas vezes me deparei com sentimentos de nada mais poder fazer, de sentir-se “sem chão”. Por diversas vezes, predominaram a angústia e a impotência, sentindo diminuir

¹ Tais obstáculos estão relatados, minuciosamente, no capítulo “O contexto da Investigação e Procedimentos da Pesquisa”.

as forças para lutar contra a má vontade, contra a burocracia. É assim que este trabalho, fruto de árduas caminhadas, foi sendo construído.

O primeiro passo desta pesquisa foi o levantamento de bibliografias sobre o assunto. Busquei, em seguida, entender quais seriam os significados dos acidentes infantis domésticos. Para tanto, propus algumas questões norteadoras, como: Os acidentes poderiam revelar algo mais do que simplesmente acontecimentos fortuitos? Por que o índice de acidentes infantis continua elevado, mesmo com a gama de informações preventivas veiculadas? Estariam eles sendo sinalizadores da depressão infantil, da negligência, da violência contra a criança? Estariam os acidentes representando algum sintoma? O que nos querem dizer estes acidentes infantis freqüentes?

Para tanto, meu objetivo, no presente estudo, foi entender os acidentes infantis domésticos, em crianças atendidas pelo Pronto-socorro do Hospital Escola de Maringá-PR, a partir de quatro grandes determinantes: o acidente como acontecimento casual, o acidente como consequência do descuido ou negligência do adulto cuidador, o acidente como manifestação da violência física contra a criança e o acidente como um traço depressivo da criança. Participaram da pesquisa oito crianças, quatro médicos pediatras e uma enfermeira vinculada ao Programa Governamental de Saúde da Família.

Como já salientei, esta pesquisa tentou responder a uma inquietação vivida por mim enquanto psicóloga e pesquisadora: se a compreensão dos acidentes infantis domésticos deveria estar apenas no plano de arranjos ambientais e informações preventivas ou se teriam implicações mais profundas. Não que as práticas preventivas não sejam úteis e importantes, mas elas, por si só, pareciam não ser suficientes.

Ao longo do trabalho, o tema acidente foi se tornando a sombra que mostra a existência de algo, se transformou no fundo da imagem, para que a figura pudesse ser vista. Meu olhar repousou sobre a criança e seu meio, sendo os

acidentes um instrumento eficaz para melhor entendimento dos aspectos emocionais daquelas crianças escolhidas para colaborarem com a pesquisa.

A cada discurso pronunciado, histórias de vidas eram revividas, marcas de sofrimentos e dores foram ali registrados.

Minha proposta, nesta pesquisa, não foi elaborar métodos preventivos, já que os mesmos podem ser encontrados sobejamente na literatura, mas sim buscar as possíveis significações dos atos "impensados e fortuitos" que, a meu ver, respaldada pela teoria psicanalítica, "o acaso não pode transformá-los à sua vontade" (SCHILLER, 1974).

A seguir, descrevo sucintamente os capítulos que sucedem a Introdução, com o objetivo de lançar um panorama sobre o conteúdo da pesquisa em questão. O capítulo um, *O Contexto da Investigação e Procedimentos da Pesquisa*, relata a experiência vivida por mim enquanto pesquisadora, descrevendo os caminhos traçados em busca de informações sobre os acidentes infantis domésticos.

Cada um dos capítulos seguintes apresenta não só a compreensão teórica do assunto, mas também faz a análise das falas dos entrevistados como forma de melhor compreender a teoria entrelaçada com a prática.

Pelo grande número de acidentes infantis acontecidos no âmbito da família, constatados através da coleta de dados, pareceu-me mais adequado, no desenvolvimento deste trabalho, mostrar a evolução do conceito de família, criança e amor parental. Assim sendo, o capítulo dois, intitulado *Concepção de Infância, Família e Amor Parental*, resume os principais aspectos históricos da família, criança e, conseqüentemente, do amor dos pais para com elas. Ao retomar os aspectos históricos, é possibilitada maior compreensão sobre a concepção atual de família e criança. O objetivo deste capítulo é fazer a ponte entre o indivíduo que se acidenta e o meio em que vive, já que o individual e o social são peças indispensáveis para toda análise humana, principalmente em se

tratando da criança. Foram utilizados autores como: Ariés (1991), Mattioli (1988), Bruschini (1997), Araújo (1993), Costa (1983), Bezerra Júnior (1982), Perrot (1991), Poster (1979), Badinter (1985), Reis (1995), Veras (1999) Marcílio (1998), Priore (1999), Postman (1999), dentre outros.

O terceiro capítulo, *Acidentes Infantis como o Reflexo de Fatores Individuais e Sociais*, discute os quatro grandes determinantes dos acidentes infantis domésticos, sendo eles, a casualidade, a negligência, a violência física e a depressão. Este capítulo, está subdividido em quatro itens: Acidentes Infantis como Acontecimentos Casuais, Acidentes Infantis como Manifestação da Negligência dos Responsáveis pela criança, Acidentes Infantis como Expressão da Violência Física Doméstica contra a Criança e Acidentes Infantis como Representação de Traços Depressivos.

No tópico referente à *Casualidade*, traça considerações sobre as motivações inconscientes que podem determinar os acidentes infantis. A análise foi embasada em autores como: Freud (1901), Marcondes (1987), Lima (1999) e Satller (1980). No item sobre a *Negligência*, a tônica está nos vários fatores que predisõem ao acidente como o descuido, os aspectos sociais, maturacionais e individuais. Alguns autores como Freud (1976) e Azevedo (1998) contribuíram para compreender a relação entre negligência, fatores motivacionais e acidentes infantis domésticos.

O terceiro tópico, *Acidentes e Violência* procura mostrar que o acidente infantil pode muitas vezes ocultar a prática da violência física. Autores como Amoretti (1992), Azevedo; Guerra (2000; 2001), Guerra (1998; 2000), Camargo (1996) auxiliaram nessa reflexão. O quarto item, *Depressão Infantil e Acidentes*, tece considerações sobre depressão infantil e comportamentos auto-destrutivos. Foram utilizados autores como: Friedrich (1996), Freud (1914-1915), Clavreul (1983), Klein (1969), Orgel (1980), Sóifer (1985).

Nas *Considerações Finais*, procurei trazer algumas reflexões sobre a necessidade de mudanças na direção do tratamento desta problemática, evidenciando como estas poderiam auxiliar na construção de novas e eficazes práticas. Consciente da amplitude do tema e certa da impossibilidade de conclusões definitivas, acredito que a investigação causal dos acidentes infantis domésticos viabilize a abertura de novos caminhos e pesquisas, possibilitando, desse modo, medidas preventivas que visem o bem estar físico e emocional da criança.

O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO E OS PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A coisa mais bela que o homem pode experimentar é o mistério. E essa é a emoção fundamental que está na raiz de toda ciência e de toda arte. (Albert Einstein)¹

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ²

Foi por volta do ano de 1938 que o município de Maringá inicia suas primeiras marcas, mas, somente nos anos 40, as primeiras edificações foram erguidas. O objetivo na época era, a partir de mínimas condições, organizar o assentamento dos numerosos migrantes que saíam do sertão em busca de novas terras. Os pioneiros vieram de vários Estados do Brasil, mobilizados pela venda de terras feita pela Companhia Melhoramentos Norte do Paraná, em sua maioria migrantes paulistas, mineiros e nordestinos.

Nascida como cidade projetada, Maringá situa-se ao Noroeste do Estado do Paraná, a 425km de Curitiba, a capital. Possui um clima sub-tropical, com verões chuvosos e invernos secos. É considerada uma cidade pólo, já que as cidades vizinhas são mantidas pelo comércio de Maringá. A região Metropolitana de Maringá, compreendendo – Maringá, Sarandi, Paiçandu, Mandaguaçu, Marialva, Mandaguari, Iguaçu e Ângulo – possui uma população estimada em 454.482 habitantes, dentro de um raio aproximado de 40 km, incluindo os municípios vizinhos. Está a 700 quilômetros da capital de São Paulo.

Possui diversificada produção agrícola, composta de soja, algodão, milho, sendo também uma grande produtora de bicho-da-seda.

¹ Físico alemão (1879-1955)

² Informações fornecidas pela Prefeitura Municipal de Maringá. Disponível em <<http://www.maringa.pr.gov.br/>>

TABELA 1 – População Estimada por Zona e Total (em 1000 hab.)

Ano	Urbana	Rural	População Total
1997	269	5,4	274
1998	275	5,3	281
1999	282	5,1	287
2000	284	4,0	288
2001	294	4,9	299
2002	301	4,8	306

Fonte: Prefeitura Municipal de Maringá (2002).

Sua população é formada por diferentes etnias, incluindo descendentes de alemães, italianos, japoneses, árabes, portugueses e espanhóis. No contexto estadual, Maringá ocupa o terceiro lugar em termos de população total, e apresenta uma densidade demográfica de 566,40hab./km². A taxa de crescimento populacional do Município ao ano, apresentado no censo de 2000, foi de 1,86%. Esse mesmo censo informou que do total de 288.465 habitantes, 150.026 são mulheres e 138.439 são homens e destes 203.750 são eleitores.

A seguir estão relacionados alguns dados fornecidos pela Prefeitura Municipal de Maringá, objetivando maiores esclarecimentos sobre este Município.

TABELA 2 – Estabelecimentos de Ensino

Especificações	Municipal	Estadual	Particular
Número de escolas	38	39	19
Quantidade de alunos	14.051	46.254	15.230
Educação Infantil	1.915	621	1.798
Ensino Fundamental	11.995	27.195	7.850
Ensino Médio		10.871	3.351
Especial	141	551	
Supletivo		7.016	378
Pré-vestibular			1853

Fonte: Prefeitura Municipal de Maringá (2002).

Com relação ao ensino superior, Maringá conta com uma Universidade Estadual, um Centro de Ensino Superior e cinco faculdades particulares.

Quanto aos Indicadores de Desenvolvimento e Qualidade de Vida a cidade de Maringá se sobressai no Estado do Paraná e no Brasil em termos de PIB, aproximando-se dos países desenvolvidos. A tabela a seguir demonstra tais índices.

TABELA 3 – Indicadores de Desenvolvimento e Qualidade de Vida

Indicadores	1996
Domicílios com ligação de água de rede	99,00%
Domicílios com ligação elétrica	96,90%
População atendida com esgoto	60,00%
Domicílio com coleta de lixo	99,00%
Emissoras de rádio	11 (3AM e 8 FM)
Emissoras de televisão	8 e 1 operadora cabo
Terminais telefônicos (para 1000hab.)	234
Automóveis (para 1000hab.)	269
Consumo residencial per capita de energia elétrica (MWh)	0,68
Consumo per capita de água (m ³)	59,3
Coefficiente de mortalidade infantil (1000 nasc)	15,60
Coefficiente de mortalidade geral (1000hab.)*	45,4
Mortalidade Proporcional por grupo etário < 1 ano	0,054
Mortalidade Proporcional por grupo etário ≥ 50 anos*	0,703
Leitos hospitalares (1000hab.)	3,97
Cobertura vacinal básica	100,00%
Rede Municipal de Saúde (unidades básicas)	23
Número de Atendimento Mês (consultas médicas)*	36.492
Pronto Atendimento (prof. De nível médio)*	177.650
Área verde (por hab.)	25,47 m ²

* dados estimados.

Fonte: Prefeitura Municipal de Maringá (2002).

Maringá é considerada como possuindo um alto padrão de qualidade de vida, principalmente por causa da grande extensão de área verde – 25,47m² por habitante, formada por 17 bosques de mata nativa.

Se por um lado a cidade de Maringá é considerada como uma das melhores cidades do mundo para se viver, já que possui ruas planejadas, arborização em abundância, por outro padece ainda de políticas mais eficazes no que concerne à saúde. Muitas famílias não são atendidas em função da precariedade de leitos em hospitais públicos. Embora o número de hospitais privados seja relativamente considerável, poucos são aqueles que podem usufruir de atendimentos

particulares, recorrendo assim ao direito de ter atendimento no sistema público de saúde.

A população infantil, por ser mais frágil, indubitavelmente sofre com a falta de maiores empenhos políticos que visem a real melhoria da qualidade de vida.

Maringá conta com algumas instituições que prestam atendimento à criança vítima de violência física, sexual e psicológica. Possuem profissionais capacitados para o atendimento tanto da vítima quanto de sua família. O objetivo é proporcionar atendimento às crianças e adolescentes vítimas de abusos físicos e sexuais, visando ao fortalecimento de sua auto-estima, e de alternativas de vida que lhes permitam construir, num processo coletivo, seus direitos de cidadania.

Conforme relatórios do Núcleo de Atendimento à Criança Vítima de Violência, no período de Outubro de 2001 a dezembro de 2001, 22 famílias foram atendidas. No mês de janeiro de 2002, este número alcançou 31, e no mês de fevereiro o número cresceu para 52. Embora Maringá tenha um padrão considerado bom no que concerne a qualidade de vida, os dados demonstram que a violência tem crescido no cotidiano dos maringaenses e requer ações práticas.

Quanto à prevenção, o sistema de saúde de Maringá conta com vários programas educativos, desde programas em rádio e televisão até palestras em escolas, igrejas e comunidades. Porém, tal prática não abranda a responsabilidade governamental de possibilitar melhores estruturas nos hospitais, ambulatórios, serviços gerais de saúde, bem como oferecer profissionais capacitados para atender aqueles que buscam por cuidados médicos.

1.2 PROCEDIMENTO

Diferentemente do que acontece na grande maioria dos trabalhos acadêmicos, em que o procedimento faz parte da metodologia, neste em especial, julguei pertinente colocá-lo em separado, tendo como objetivo registrar aqui meu caminho, as bases em que fui, gradativamente, me alicerçando para que este trajeto fosse tecido e assim a pesquisa pudesse acontecer. Acredito que esta descrição prévia poderá facilitar a compreensão tanto do conteúdo como das práticas que compõem esta pesquisa.

Sem dúvida alguma, ao longo dessa busca de conhecimentos, muitos entraves apareceram, obstáculos que, num primeiro momento, pareciam intransponíveis, puderam, aos poucos, ser vencidos. Todavia, mesmo com as dificuldades inerentes ao processo de descoberta, a pesquisa não parou, pelo contrário, frente a um empecilho, a angústia me mobilizava a procurar novos recursos, novas perspectivas e assim o encontro entre a teoria e a prática foi acontecendo.

A coleta de dados foi realizada no Pronto-Socorro do Hospital Universitário da cidade de Maringá-Paraná. O local se justifica pelo fato do objeto de investigação ser os acidentes infantis. Embora eu tenha tentado coletar dados em outras instituições, como corpo de bombeiros – uma de suas atribuições consiste em resgatar vítimas de acidentes –, Delegacia da Mulher e do Adolescente, Conselho Tutelar, nenhum desses aparatos sociais proporcionaram dados para que eu pudesse coletar, já que a informação recebida era a de que não havia registros de casos de acidentes³. A decisão de realizar a pesquisa num hospital-escola, também se pautou no fato deste possuir uma estrutura facilitadora para pesquisas, já que meu objetivo inicial era a busca de uma compreensão psicológica da criança acidentada, portanto seria uma leitura qualitativa e não apenas estatística.

³ Voltarei a falar desta questão, no decorrer deste capítulo.

Iniciei a pesquisa procurando pelo setor de pronto-atendimento a fim de obter permissão para realizar observações dos pacientes que chegavam em busca de atendimento médico. Acreditei que, ao estar no pronto-atendimento, pudesse me deparar com casos de crianças acidentadas, havendo assim a oportunidade de conversar informalmente com o responsável pela criança, a fim de entender o significado do acidente em questão. A funcionária responsável pelo setor, me disse que tal procedimento não seria possível, necessitando de uma autorização prévia. Não soube, porém, informar como obter tal documento.

Dirigi-me à recepção a fim de encontrar alguma informação que viabilizasse minha entrada no hospital. Recebi a orientação de que deveria procurar pela funcionária responsável por trabalhos acadêmicos que eram desenvolvidos dentro do hospital. No diálogo com a responsável, procurei demonstrar a importância de obter os dados para a pesquisa, por meio da observação dos pacientes durante a espera. Afirmou ser muito difícil proceder dessa forma, pois os horários que as crianças chegavam eram diversos, concentrando-se mais no período da meia-noite às sete horas da manhã. Tal fato me causou estranheza já que os acidentes aconteciam, na grande maioria das vezes, diurnamente, como explicar o fato de uma grande parcela dos responsáveis pela criança acidentada procurarem por atendimento de madrugada? Estas informações recebidas me trouxeram algumas interrogações como, por exemplo: a procura, de madrugada, pelo atendimento se devia à evolução do quadro sintomático, ou eram decorrentes de violências físicas contra a criança buscando, assim, os pais pelo atendimento noturno a fim de se exporem menos? A funcionária me deixou à vontade para optar pela forma que achasse melhor.

Escolhi coletar os dados através das fichas de atendimento, acreditando ser o meio mais eficaz. Solicitei, então, o acesso a elas para conhecer um pouco os casos de acidente. Encaminhou-me para o setor de faturamento onde as fichas individuais ficam arquivadas. A responsável por este setor pediu-me que elaborasse uma solicitação para a coleta de dados e a enviasse ao Diretor Superintendente do Hospital para que fosse permitido o acesso.

Enquanto aguardava a aprovação para coleta de dados, busquei investigar outros equipamentos sociais, responsáveis pela proteção da criança, que pudessem enriquecer os dados. Fui à Delegacia da Mulher e do Adolescente. Conversei com o responsável por ocorrências, explicando o objetivo do trabalho. Encaminhou-me para o delegado do setor. Assim procedi, agendando um horário para explicar os objetivos da pesquisa.

Durante a conversa com o delegado, perguntei qual o procedimento para uma denúncia de maus tratos. Respondeu que, dependendo do caso, é feito o encaminhado para o fórum – vara da infância e adolescência. Disse ainda que a denúncia pode ser feita por pais, terceiros, às vezes a própria criança ou adolescente registra queixa de acidente ou de violência.

Informou-me que os tipos de denúncias que recebem são muito variados, todo tipo de trauma, mas que a maior quantidade consiste em queixas referentes a acidentes de trânsito e óbitos. Explicou que este tipo de denúncia envolve danos ao patrimônio, talvez isto justifique o montante.

Perguntei se ocorrem denúncias que, num primeiro momento, são avaliadas como acidente, mas que, posteriormente, ao serem investigadas, constata-se a violência contra o menor. Disse que sim, mas que isto é muito raro, já que

[...] é muito difícil alguém denunciar. Os hospitais não querem se envolver, sabe, a reincidência das crianças é lucro para o hospital, então para que tratar disso? O médico também tem medo, e assim ninguém fala nada. Por isso quando chega até nós alguma coisa, é porque realmente é muito grave.

Ressalta que a Delegacia conta, hoje, com um Serviço de Psicologia com menores infratores, que tem dado certo. Antes,

[...] a Psicologia esteve muito ligada ao patrimonial, ou seja, a partir do parecer do psicólogo, dá-se o encaminhamento ao infrator: se rua, se liberdade assistida, casa ou detenção. Mas este parecer é comandado

pelo poder, porque os psicólogos aplicavam um questionário previamente formulado, reproduzindo assim o que "outros" queriam. Os adolescentes, sabendo da resposta, passavam para o colega para responder certo, por isso é muito questionado este parecer que tanto se exige.

Afirmou que atualmente o Serviço de Psicologia com o menor têm dado certo pela competência do profissional em tratar das questões individuais, mesmo sendo o atendimento em grupo.

Quanto à coleta de dados nesse órgão, afirmou ser muito difícil ter acesso às estatísticas, justamente pelo caráter sigiloso de todo tipo de infração. Novamente me deparei com a impossibilidade de coletar os dados para a realização da pesquisa.

Procurei pelo Conselho Tutelar, acreditando ser possível como local para a coleta dos dados. A informação foi de que seria quase impossível, já que as queixas chegam "desmascaradas", ou seja, a criança foi encaminhada porque houve denúncia de maus-tratos, de negligência ou de outro tipo de violência. Informaram ainda que, na questão dos acidentes, o procedimento normal é os pais procurarem o hospital e, caso o médico detecte abusos ou violências na criança, realiza-se o encaminhamento para o Conselho Tutelar.

Pensei então que pudesse obtê-los através do SIATE (Sistema Integrado de Atendimento a Traumas e Emergências). O SIATE é uma ambulância do corpo de bombeiros que presta socorro imediato a qualquer tipo de ocorrência. Ali chegando (Corpo de Bombeiros), fui conduzida a uma sala para conversar com um tenente. Apresentei-me, falei do objetivo do trabalho, evidenciando o interesse em encontrar ocorrências de crianças vítimas de acidentes ou violência física doméstica. O tenente solicitou o comparecimento de um sargento responsável por estatísticas. Enquanto aguardava, comecei a conversar informalmente com o tenente sobre a rotina do seu trabalho. Logo começou a abordar alguns episódios recentes de acidentes e violência que, como profissional, havia presenciado.

Há mais ou menos três meses, o tenente havia atendido uma criança, de aproximadamente sete meses de idade, com lesões no crânio – trauma crânio-encefálico. A mãe relatou que a criança havia caído. A médica, ao avaliar, afirmou que as escoriações e os traumas eram provenientes de vários instrumentos e que, portanto, não era queda, mas sim violência física doméstica. A mãe discordou. Perguntei qual havia sido o procedimento neste caso, ou em situações semelhantes, ele respondeu: “[...] nada pode ser feito, porque os pais nunca dizem nada. Sempre argumentam que nada aconteceu. Daí não se tem prova...o que eu fiz foi dizer que, se acontecesse de novo, chamaríamos a polícia.”

De acordo com o artigo 13, Livro I, título II, capítulo I do Estatuto da Criança e do Adolescente, os “casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.”

Indaguei se o laudo não seria uma prova suficiente, já que era uma avaliação profissional, ele então respondeu: “[...]é mas [...] é uma questão complicada. Ninguém quer denunciar... “é igual mulher quando apanha do marido, se ela não for denunciar, não adianta nem um outro ir no seu lugar, porque não há provas.”

Embora a lei assegure a obrigatoriedade de denunciar os maus-tratos, a realidade demonstra que efetivamente não é bem assim que acontece. Há um flagrante desrespeito ao Estatuto e outras legislações, um exemplo são as omissões que mereceriam denúncias.

Como pesquisadora, naquele momento em especial, senti na pele o quanto o pesquisador não é neutro. Fui acreditando que encontraria práticas objetivas e contundentes, mas o que encontrei foi muita burocracia e talvez pouco envolvimento! O relato continua,

[...] tem outra aí que aconteceu aqui em Maringá, não faz muito tempo, com quatro crianças. A mãe parecia que estava num bailão (fala meio sorrindo), chegou de madrugada, e o quarto onde dormia as quatro crianças incendiou. O pai parece que tentou fazer alguma coisa, mas sofreu queimaduras, ficou internado na UTI por três dias e morreu. Os quatro morreram. Tinha um até que estava abraçado a uma criança menor (faz gesto de proteção).

Perguntei se houve investigação, ele respondeu: “[...] é fica meio que por isso mesmo...a mãe parecia que não estava nem aí. Ela deu as entrevistas normalmente, como se não tivesse acontecido uma tragédia de tal tamanho.

Ao indagar se existe reincidência, se atendem casos em que a criança já foi atendida várias vezes por acidentes, respondeu enfaticamente: “Não, não, só se for louco [...].” Quis dizer que ao entrarem em contato com os supostos agressores eles (autoridades) os intimidam e, por isso, supõem que não repetem a agressão.

Com a chegada do sargento, a conversa foi interrompida e passei a explicar o objetivo do trabalho. O sargento informou que enviaria as estatísticas via e-mail. Depois de dois meses as estatísticas chegaram, mas sem condições de trabalhar com os dados. Só constavam a quantidade de ocorrências, e o tipo de acidente. Foi-me enviado um recado afirmando que as informações solicitadas não constavam no computador, apenas nas fichas do socorrista, sendo inviável o acesso às mesmas. Portanto, por estas estatísticas não seria possível saber, por exemplo, quem sofreu queda, apenas os números brutos, o que para mim não bastava.

Após aproximadamente dois meses, o hospital comunicou a aprovação do projeto. Iniciei uma nova etapa, não mais de pedir permissão para entrar na Instituição, mas para ver logo o que achava que veria.

Seguindo a recomendação dada anteriormente pela enfermeira, responsável pelo setor de pesquisa no hospital, optei por fazer um levantamento das fichas do ambulatório de emergência, já que ali poderia obter maior quantidade de dados,

diferentemente se fosse buscar casos de internamentos ou de outras clínicas, como, por exemplo, em pediatria, ortopedia, etc. Para esta coleta utilizei o método da análise documental, que será descrita na metodologia.

A rotina do hospital acontecia da seguinte forma: todos os casos de emergência que chegavam eram encaminhados para o ambulatório. Depois do atendimento, as fichas eram enviadas para o setor de faturamento. A coleta de dados se deu neste setor e analisei todas as fichas que deram entrada no ano de 2000, com os objetivos de: investigar os tipos de acidentes mais frequentes e conhecer a história que antecedia os acidentes;

Algumas etapas foram percorridas, burilando assim a coleta de dados quantitativos.

Analisei todas as fichas ambulatoriais e de urgência, da clínica de cirúrgica⁴, totalizando 10.944. Foram analisadas tanto as fichas do atendimento ambulatorial, composto por pacientes agendados que comparecem ao hospital no horário das sete às dezenove horas, bem como as do atendimento de emergência, composto por pacientes que comparecem ao hospital no regime de urgência, sendo portanto um pronto-atendimento⁵. Estas 10.944 fichas registravam desde pacientes infantis até os idosos e contavam com diversos diagnósticos: problemas respiratórios, gástricos, traumas, lesões, agressões, etc.

Destas 10.944 fichas, selecionei os pacientes com idade de zero a dez anos com diagnóstico de acidentes ou violência. Transcrevi os dados numa ficha criada por mim, similar à do hospital (Apêndice A). A definição deste período etário (zero a dez anos) se deveu ao fato de a criança ser mais dependente e vulnerável, tendo, portanto, maior probabilidade de se envolver em acidentes. O número de pacientes que preencheu as exigências – idade, diagnóstico de acidente ou violência – foi de 1844. Ao analisar as fichas, descobri que algumas crianças

⁴ Escolhi a clínica cirúrgica por ser esta a que mais tem acesso a pacientes acidentados.

⁵ No período de janeiro a dezembro do ano de 2000, 10.944 pacientes foram atendidos por esta clínica.

voltavam duas ou mais vezes com diferentes diagnósticos de acidente. Descobri aqui uma questão de grande importância para análise – a reincidência. O hospital desconhecia este fato, já que para cada atendimento uma ficha era aberta. Então se a criança era atendida quatro vezes, quatro fichas eram abertas sem nenhuma correlação entre elas. Algumas apresentavam reincidência de até quatro vezes. Isto chamou minha atenção, já que não havia nenhum registro de reincidência nas fichas pesquisadas.

Selecionei os pacientes reincidentes, ou seja, crianças que, durante o ano de 2000, procuraram o serviço médico por mais de uma vez com algum diagnóstico de acidente. Quarenta e seis crianças se enquadraram nesse critério, alcançando uma percentagem de 2,49% crianças reincidentes no período de um ano.

Relacionei todos os casos de violência ou agressão descritas nas fichas, a somatória foi de apenas sete casos. Os sujeitos da pesquisa, a princípio, seriam todos os casos reincidentes (46) e todas as crianças que sofreram violência (7), perfazendo um total de 53 sujeitos.

Nesse momento da pesquisa, tardiamente, o hospital solicitou a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Caso não obtivesse a aprovação, a pesquisa não poderia continuar. Embora já autorizado, o trabalho foi paralisado sendo adiada a etapa seguinte – contatar as famílias para as entrevistas –, a fim de organizar o mais rápido possível a documentação pedida pelo Comitê de Ética. Após adequar o projeto e reunir toda documentação necessária, enviei ao Comitê de Ética, acreditando receber brevemente a avaliação. Mas isto não foi possível já que a Universidade entrou numa greve prolongada por aproximadamente 6 meses (17 de setembro a 04 de março).

Assim, a greve, por tempo indeterminado, mostrava-se um complicador tanto para o andamento da pesquisa como para a apresentação do mestrado. Após discussões com a orientadora, pensei que seria interessante entrevistar

profissionais de saúde a fim de elucidar questões referentes aos acidentes, já que as fichas de atendimento, por mim consultadas, apresentavam os campos de investigação sobre os acidentes, em branco.

Enquanto aguardava a resposta do Comitê, realizei entrevistas com pediatras e profissionais ligados à saúde infantil, a fim de entender a questão dos acidentes na visão daqueles que lidam diretamente com esta problemática. Foram realizadas cinco entrevistas, sendo três no posto de saúde e duas no hospital universitário de Maringá.

Realizei diversas ligações para diferentes pediatras da cidade de Maringá, apresentando-me, explicando o trabalho, os objetivos da entrevista e solicitando um horário para realizá-la. Todos ficaram de retornar, mas ninguém assim o fez. Para alguns profissionais, cheguei a solicitar mais de uma vez. Percebi, então, que talvez não houvesse disponibilidade ou interesse em submeter-se à entrevista.

Neste momento, convém fazer um parênteses para relatar um fato de extrema importância que vinha dominando a mídia brasileira e que, certamente, influenciou a conduta destes pediatras. Em março de 2002 foi preso em São Paulo o pediatra Eugênio Chipkevitch, médico que atuava em consultório particular, realizando uma certa psicoterapia em crianças e adolescentes com problemas de comportamento. Este pediatra foi acusado de pedofilia, sendo que abusava dos menores durante as consultas, administrando-lhes drogas que os deixavam sonolentos. Após a consulta, não se lembravam de nada que havia ocorrido. Tudo isto era realizado enquanto as mães aguardavam na sala de espera, e as cenas de abuso eram filmadas pelo próprio pediatra.

Este fato teve repercussão internacional pois o médico, além de atender à classe alta da cidade de São Paulo, tinha um currículo invejável em termos de pesquisa, publicações e cursos ministrados. Tratava-se de um conceituado membro da Sociedade Brasileira de Pediatria, e nunca despertou suspeita.

Enquanto se dava o debate nacional sobre este fato, a cidade de Maringá-PR, local onde realizei a presente pesquisa, foi sacudida pela notícia de que um dos seus mais conceituados pediatras havia sido preso, sob acusação de pedofilia.

Diante da ressonância desses episódios, acredito que o convite para participar desta pesquisa com médicos pediatras como entrevistado, pode ter contribuído para um certo constrangimento dos profissionais contatados. Na época, os meios de comunicação chegaram a orientar e alertar as famílias para que não deixassem suas crianças entrarem sozinhas em consultas médicas.

Diante da ausência de resposta dos pediatras da cidade para marcar as entrevistas, resolvi procurar um posto de saúde da rede pública a fim de buscar alguns profissionais que pudessem participar da entrevista. Acreditava que talvez teria maiores chances por ser um órgão público. Agendei um horário para entrevistar as pediatras. Retornei no horário combinado, mas as pediatras estavam em consulta sendo difícil atender naquele momento. Fui encaminhada à enfermeira chefe.

Expliquei o trabalho e fui atendida prontamente. Resolvi, naquele momento, realizar uma entrevista com essa enfermeira, já que ela também estava envolvida com atendimento à família. Ao solicitar a realização da entrevista, a enfermeira aceitou dizendo: “tá bom, se eu souber responder [...], vamos lá”.

A conversa teve algumas alterações. No início, a entrevistada parecia preocupada, mas logo se descontraíu e começou a conversar normalmente, de forma bem comprometida com o estudo. Ao terminar, averigui a possibilidade de realizar as entrevistas com as pediatras. A enfermeira informou que seria possível, já que as consultas haviam terminado e as pediatras estavam no horário do café. Em seguida, a pediatra chegou, demonstrando pouca disponibilidade, e disse quando ainda estava no corredor: “não vai demorar não, né? Eu estou de plantão [...]” Entrou numa sala e fiquei sem saber se teria

aceito ou não participar, de imediato, da entrevista ou se preferiria um outro horário, uma vez que foi dada esta alternativa. Pedi licença, entrei na sala e perguntei se poderia ser naquele momento, disse que sim, desde que não demorasse.

Durante todo o tempo da entrevista, a médica se ateve apenas a responder as questões, sem contudo tecer maiores comentários. Ao final, quis saber mais sobre o trabalho e avaliou essa temática como sendo muito importante, pois, para ela, somente a prevenção não dá conta de tantos acidentes.

Em seguida, procurei entrevistar uma outra pediatra. Expliquei sobre o trabalho e disse da importância da entrevista para a pesquisa. Conversei inicialmente sobre sua prática. Durante todo o tempo da entrevista apresentou-se reticente, meio com medo, como se estivesse sendo avaliada (mesmo depois de conhecer os objetivos do trabalho). Aconteceram algumas interrupções mas a entrevista pode ser concluída. Pareceu-me desmotivada ou receosa para falar mais amplamente sobre as questões que estavam sendo abordadas. Ao término, agradei me colocando à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Enquanto realizava as entrevistas acima mencionadas, foi concedida a aprovação, pela Comissão de Ética, do projeto de pesquisa, sendo possível reiniciar o trabalho no hospital. Solicitei ao chefe da pediatria do Hospital Universitário, a permissão para realizar entrevistas com os residentes da pediatria, já que o trabalho estava sendo desenvolvido na instituição.

Explicou-me que ficaria difícil entrevistar os residentes da pediatria, uma vez que o curso havia sido implantado no ano de 2001 e que os estudantes nem estavam ainda no estágio dois, que é o de maior experiência. Ressaltou que pouco poderiam contribuir para a pesquisa. Sugeriu-me que entrevistasse os plantonistas, mas acrescentou que seria difícil agendar, já que muitos residiam em outras cidades, mas que ele poderia me ceder uma lista com os nomes dos plantonistas, com seus respectivos telefones para contato. Uma outra abordagem

sugerida foi comparecer ao hospital no horário do plantão, apresentar-me e tentar ou realizar a entrevista ou agendá-la. Disse ainda, que eu poderia informá-los que havia conversado com a chefia, pois acreditava ser isto um elemento facilitador. Agradei as orientações e resolvi seguir a segunda opção: ir aos plantões.

Cheguei em torno das vinte e duas horas, por ser supostamente um período com menor fluxo de pacientes. Fui encaminhada à sala dos médicos, ali conversava e solicitava a entrevista. O mesmo procedimento foi repetido para as duas entrevistas realizadas com os pediatras do hospital universitário.

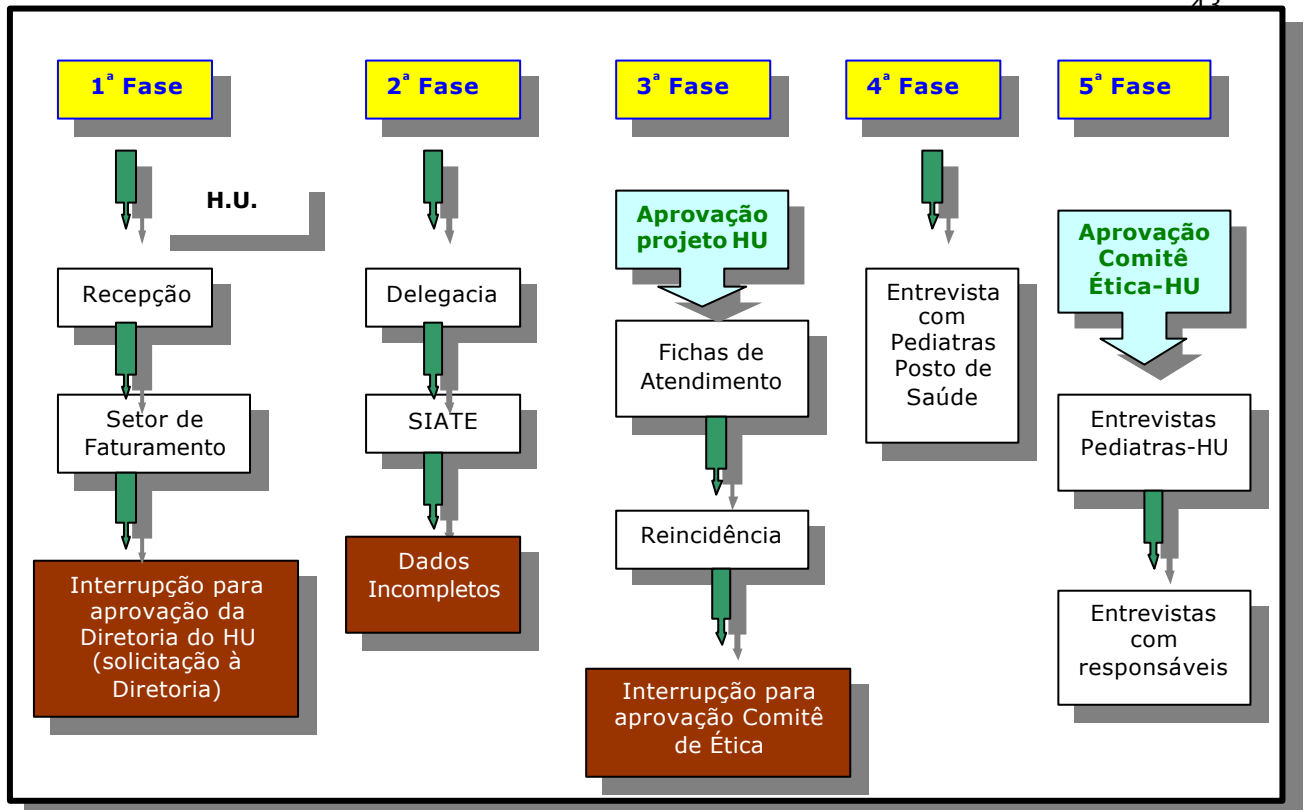
Em seguida, através de visitas domiciliares, realizei as entrevistas com os familiares das crianças com história de reincidência em acidentes ou suposto diagnóstico de violência. Não foi possível entrevistar os cinquenta e três sujeitos reincidentes, como acreditava inicialmente. Isto se deveu a três principais fatores: exiguidade do tempo, burocracia e dados de pacientes incompletos.

Com relação ao tempo e à burocracia, o ocorrido foi o seguinte. Realizei a coleta de dados no hospital universitário no primeiro semestre de 2001. No segundo semestre, estaria realizando a segunda etapa – entrevistas com os pais –, mas não pude já que o hospital solicitou a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética. Ao ter providenciado toda documentação solicitada, a universidade paralisou suas atividades – greve prolongada. Só iniciei a segunda etapa da pesquisa a partir do mês de abril de 2002. Em função da prática burocrática e do prazo acadêmico para defesa, não pude realizar as cinquenta e três entrevistas, reduzindo o número de participantes. Priorizei então os casos de violência e casos nebulosos como, por exemplo, “tapa com pincel” para serem entrevistados. Quanto aos dados incompletos das fichas, muitas constavam endereços errados, bairros trocados, telefones inexistentes, dificultando, assim, a visita às casas. Das sete fichas que constavam a violência como diagnóstico, seis se perderam, apenas uma foi possível contactar.

A busca pelas residências foi muito difícil. Ao passar às vezes uma manhã toda procurando pelo endereço, encontrava a casa vazia, números da residência inexistente ou, ainda, pessoas que atendiam dizendo não conhecer quem eu estava procurando. Um fato que me chamou a atenção foi o de uma criança que havia sofrido agressão física. Passei praticamente o dia todo procurando pelo endereço já que a moradia era numa chácara. Finalmente, quando encontrei a rua e o número percebi que era uma casa de padres. Toquei a campainha, e solicitei à pessoa que havia me atendido para conversarmos. Quis saber do que se tratava. Perguntei pelo nome da mãe, querendo saber se morava ali. Disse-me, de uma forma muito seca, que não. Comecei a andar pela rua e percebi que logo abaixo havia mais um retiro de padres. Resolvi ir até lá. Informaram-me que eu deveria procurar pelo retiro de cima, aquele que eu havia acabado de sair! Voltei lá, me identifiquei novamente, mal terminei, a pessoa que me atendeu disse: “olha, quem você está procurando não está mais aqui não, e eu não tenho nada pra dizer”. Perguntei se saberia informar onde estaria residindo, ela se recusou e desligou o interfone. Pela forma como me atenderam, pelas omissões, “senti” que algo ocorreu ou estaria ainda ocorrendo ali. Não sei dizer exatamente como nem porquê, mas senti que ali nada poderia ser pronunciado, nem visto, as razões, talvez, eu nunca saiba.

Em função das dificuldades encontradas, o número final dos participantes da pesquisa foi de treze sendo oito crianças de zero a dez anos e cinco profissionais. Embora com todos estes empecilhos, acredito que os dados obtidos foram suficientes para trazer à luz esta temática salientada na parte teórica do trabalho.

O esquema a seguir tem como objetivo resumir e demonstrar de forma esquemática e prática o procedimento para a coleta de dados desta pesquisa.



A entrevista com os pais ou responsáveis aconteceu da seguinte maneira. Num primeiro momento solicitei, via telefone, que havia sido previamente coletado junto às fichas dos pacientes, o agendamento antecipado do horário para entrevista. Os que não possuíam telefone, o contato foi feito através do endereço. A grande maioria não ofereceu resistência, permitindo, assim, que a entrevista acontecesse em seu domicílio.

Após o aceite para participar da entrevista, concedida pelos pais ou responsáveis, foi realizado o preenchimento do termo de consentimento (Apêndice C). A entrevista que, inicialmente, teria como objetivo o aprofundamento das questões levantadas pelas fichas, serviu-me, a priori, para obter informações da história da criança para posterior entendimento da dinâmica familiar. As fichas de atendimento serviram apenas como suporte para obtenção de informações de identificação e pistas sobre o diagnóstico, já que os registros da descrição dos acidentes, na grande maioria, eram inexistentes, haja visto que o médico usava apenas siglas para identificar o ocorrido, não havia a "história do acidente". As entrevistas foram encerradas no momento que havia dados suficientes para análise.

Das fichas analisadas, de acordo com os diagnósticos médicos, foram catalogados 15 itens: Atropelamento (At), Agressão (Ag), Corpo Estranho (CE), Contusão (Con), Escoriação (Esc), Ferimento (F), Intoxicação (In), Lesão Cortante (LC), Lesão Corto-Contusa (LCC), Queimadura (Q1), Queda (Q), Trauma (T), Trauma Crânio-Encefálico (TCE), Politraumatismo (Pol) e Fratura (Fr). A maioria destas abreviaturas são usadas pelos médicos, outras foram por mim criadas como por exemplo, Fr para fratura, Q1 para queimadura, tendo como objetivo facilitar a visualização gráfica dos números.

As caracterizações de cada ocorrência, feitas a seguir se pautaram na explicação de um médico, entendendo por:

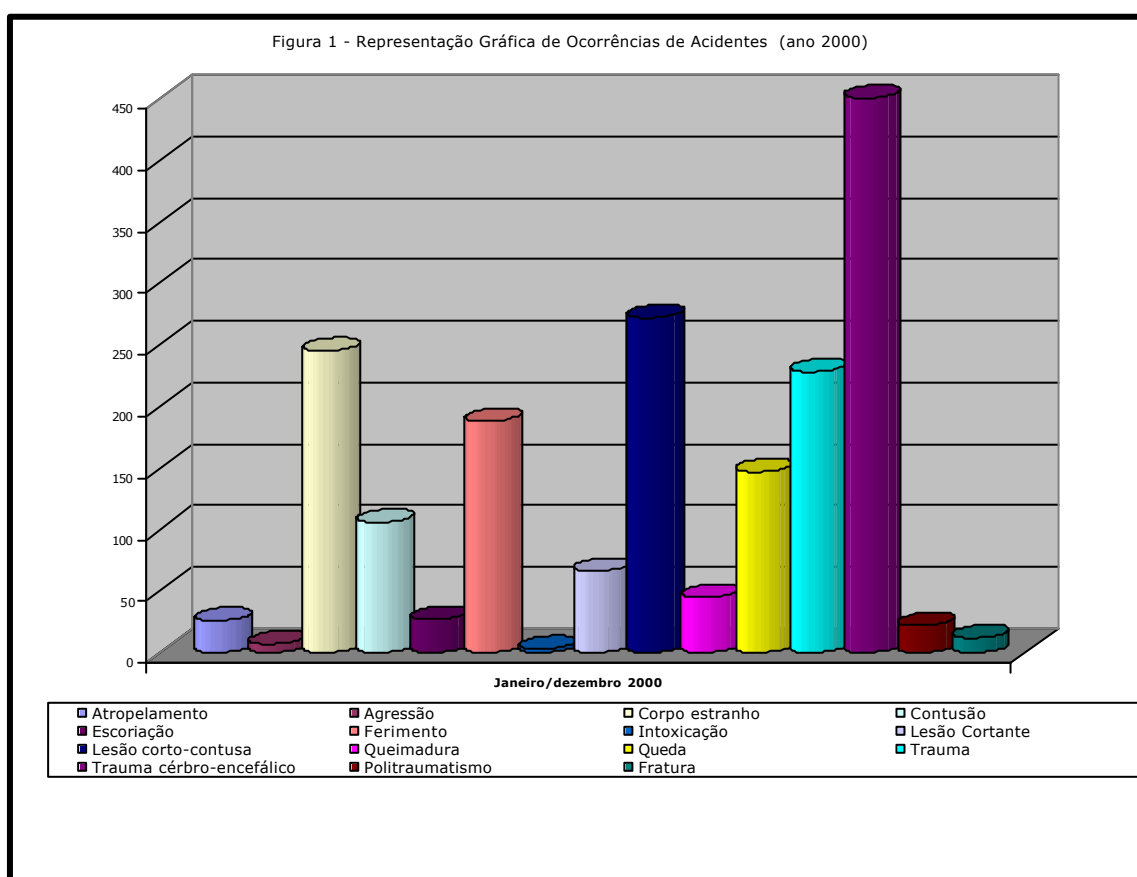
- Atropelamento (At) – quando a criança, estando a pé, foi derrubada por impacto de carro ou bicicleta, passando ou não por cima, machucando.
- Agressão (Ag) – quando o responsável pela criança afirma que a mesma sofreu lesões em decorrência do abuso de força sobre o menor.
- Corpo Estranho (CE) – pode ser por ingestão (engolir moedas, alfinetes) ou alojamento deste em alguma parte do corpo, como, por exemplo, no pé, olhos, etc.
- Contusão (Con) – lesão superficial, sem laceração, por impacto. Ex. queda de árvore, muro, etc.
- Escoriação (Esc) – ferimento superficial. Ex. raspar corpo no muro.
- Ferimento (F) – apresentação de feridas, lesões.
- Intoxicação (In) – ingestão ou inalação de produtos tóxicos.
- Lesão Cortante (LC) – lesão produzida por instrumento cortante. Ex. corte do dedo por faca.
- Lesão Corto Contusa (LCC) – ferida acompanhada de contusão. Ex. Queda de portão sobre a criança. Corte e contusão na região frontal da cabeça.
- Queimadura (Q1) – lesão provocada pela ação do fogo ou substâncias quentes sobre a pele.
- Queda (Q) – ato de cair.
- Trauma (T) – lesões traumáticas produzidas por agentes físicos. Ex. queda de tanque sobre criança.
- Trauma Crânio Encefálico (TCE) – qualquer tipo de trauma na cabeça.

- Politraumatismo (Pol) – múltiplos traumas.
 - Fratura (Fr) – quebrar, partir.

1.3 METODOLOGIA

1.3.1 Dados Quantitativos

Embora a presente pesquisa seja de cunho qualitativo, apropriei-me dos dados quantitativos, sobre os acidentes infantis coletados no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR, durante o ano de 2000, que me serviram de bússola, direcionando-me para os fenômenos que deveriam ser apreendidos. A seguir demonstro graficamente alguns dados:



O gráfico acima mostra que, durante o ano de 2000, os três maiores tipos de acidentes, ocorridos com crianças de zero a dez anos, atendidas pelo Hospital Universitário de Maringá, foram:

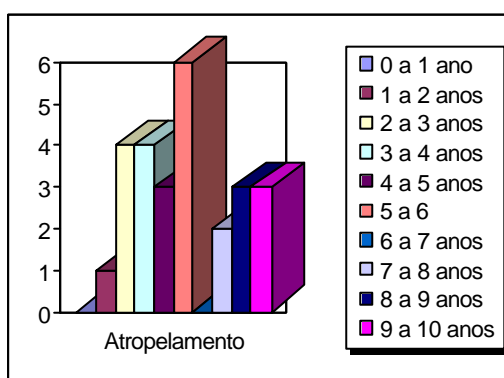
- Trauma crânio- encefálico (450 casos);

- Lesão corto-contusa (272 casos);
 - Corpo estranho (245 casos).

No final do trabalho, constam os gráficos mensais dos atendimentos de acidentes com crianças de zero a dez anos, realizados no Hospital Universitário de Maringá-PR com suas respectivas ocorrências (Apêndice B).

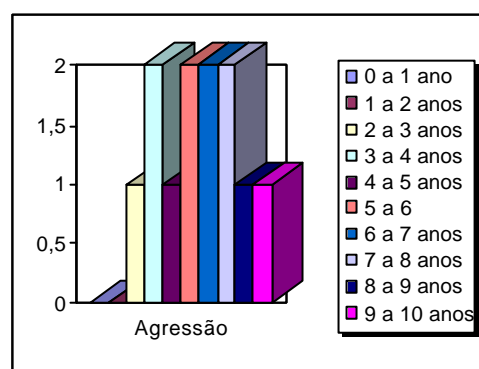
A seguir estão representados em gráficos, os tipos de acidentes mais freqüentes e as respectivas idades dos acidentados, encontrados nesta pesquisa.

Figura 2 – Representação Gráfica de Atropelamento (por idade – 2000)



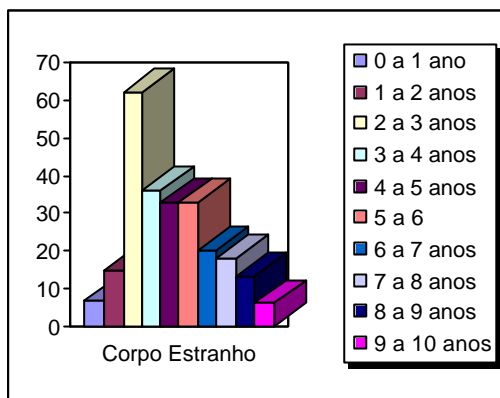
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 3 – Representação Gráfica de Agressão (por idade – 2000)



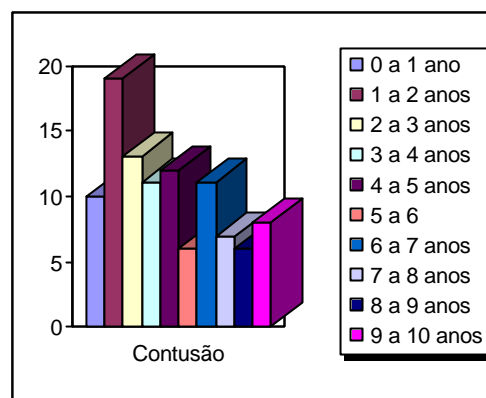
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 4 – Representação Gráfica de Corpo Estranho (por idade – 2000)



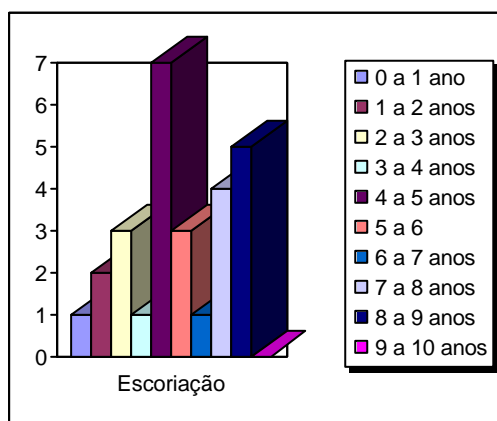
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 5 – Representação Gráfica de Contusão (por idade – 2000)



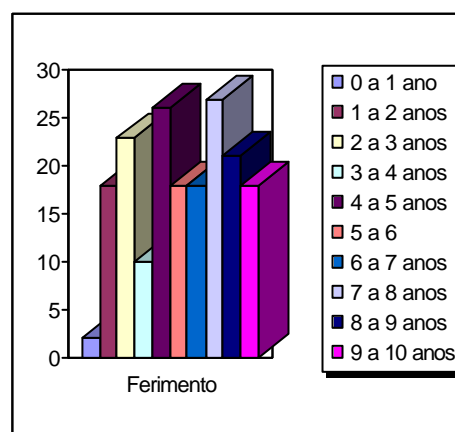
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 6 – Representação Gráfica de Escoriação (por idade – 2000)



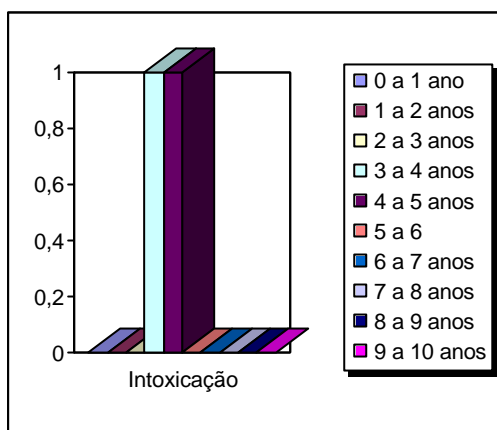
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 7 – Representação Gráfica de Ferimento (por idade – 2000)



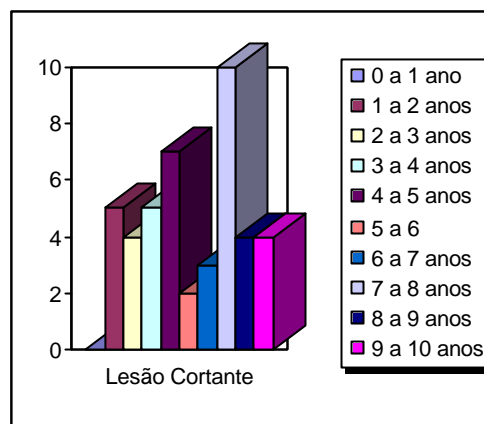
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 8 – Representação Gráfica de Intoxicação (por idade – 2000)



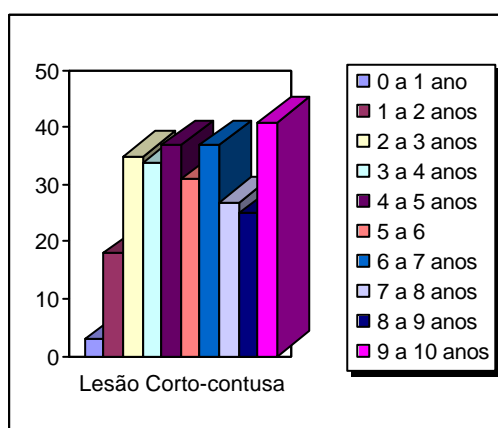
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 9 – Representação Gráfica de Lesão Cortante (por idade – 2000)



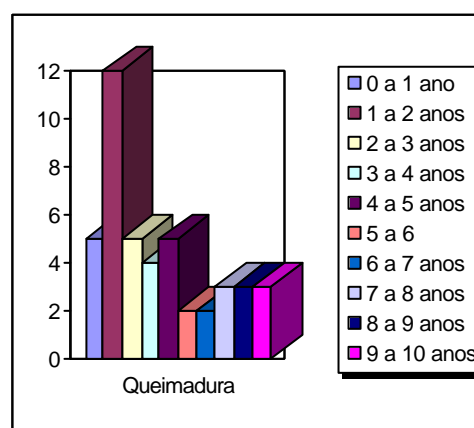
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 10 – Representação Gráfica de Lesão Corto-Contusa (por idade – 2000)



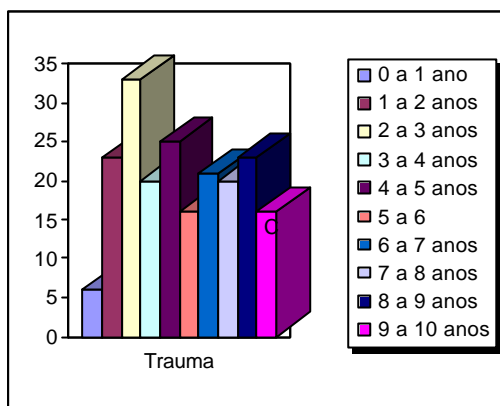
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 11 – Representação Gráfica de Queimadura (por idade – 2000)



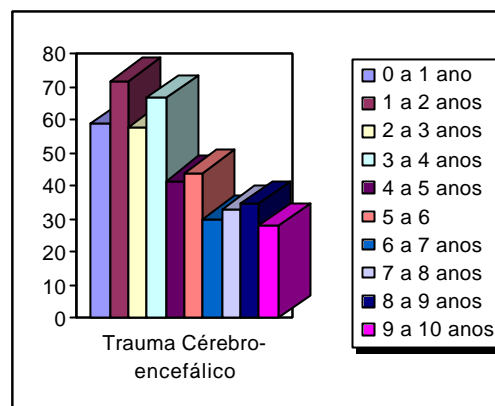
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 12 – Representação Gráfica de Trauma (por idade – 2000)



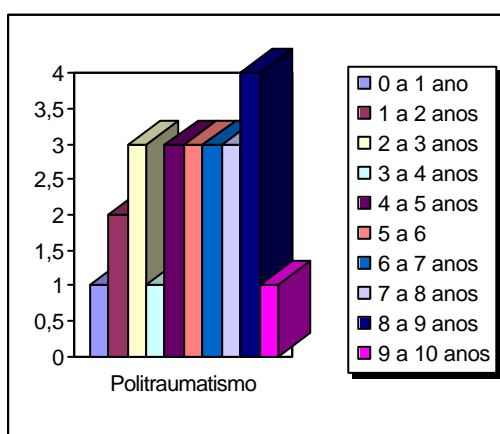
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 13 – Representação Gráfica de Trauma Crânio encefálico (por idade – 2000)



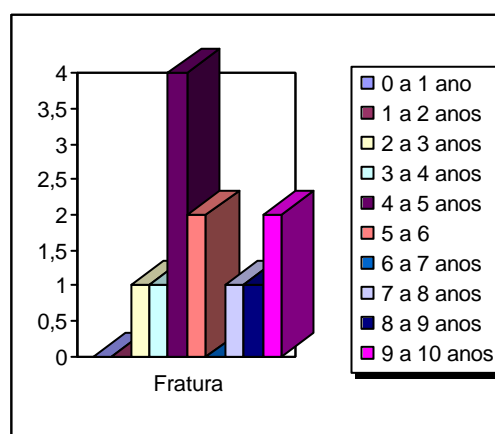
Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 14 – Representação Gráfica de Politraumatismo (por idade – 2000)



Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Figura 15 – Representação Gráfica de Fratura (por idade – 2000)



Fonte: Dados obtidos no Setor de Faturamento do Hospital Universitário de Maringá-PR

Embora os dados nos gráficos sejam explícitos, gostaria de ressaltar os três tipos de acidentes que foram mais freqüentes, no ano de 2000, com as respectivas idades dos acidentados para então tecer algumas considerações:

- **0 a 1 ano:** Trauma crânioencefálico (59), Queda (24), Contusão (10);
- **1 a 2 anos:** Trauma crânio encefálico (72), Queda (25), Trauma (23);
- **2 a 3 anos:** Corpo estranho (62), Trauma crânio encefálico (58), Lesão corto-contusa (35);
- **3 a 4 anos:** trauma crânio encefálico (67), Corpo estranho (36), Lesão corto-contusa (34);
- **4 a 5 anos:** Trauma crânio encefálico (42), Lesão corto-contusa (37), Corpo estranho (33);
- **5 a 6 anos:** Trauma crânio encefálico (44), Corpo estranho (33), Lesão corto-contusa (31);
- **6 a 7 anos:** Lesão corto-contusa (37), Trauma crânio encefálico (30), Trauma (21);
- **7 a 8 anos:** Trauma crânio encefálico (33), Lesão corto-contusa (27), Ferimento (27), Trauma (20);
- **8 a 9 anos:** Trauma crânio encefálico (35), Lesão corto-contusa (25), Trauma (23);
- **9 a 10 anos:** Lesão corto-contusa (41), Trauma crânio encefálico (28), Ferimento (19).

Ao traçar reflexões sobre os dados aqui apresentados, não tenho a pretensão de apresentar nenhuma constatação, mas sim questionamentos que poderão ser respondidos num estudo posterior, pois este fica impossibilitado por causa do pouco tempo e da amplitude do tema estudado.

Como pode-se observar, o trauma cérebro-encefálico ocupa, se não o primeiro lugar, o segundo no que tange à prevalência. O que chama a atenção é o alto

índice desta ocorrência em crianças de zero a um ano. Durante esta etapa, a criança ainda não adquiriu maturidade motora nem intelectual para administrar suas próprias ações, necessitando de um adulto cuidador. Embora não tenha sido aprofundada a pesquisa neste aspecto, em decorrência do tempo que demandaria, conjecturo algumas hipóteses para tais números, como a negligência de pais ou cuidadores ou mesmo agressões. Tal aspecto merece um estudo pormenorizado.

A idade de 2 a 3 anos é caracterizada pela ampliação das experiências da criança. Em geral, ela deixa de rastejar e gradativamente vai assumindo a posição vertical. Era de se esperar que os índices de traumatismo fossem os de maior prevalência, entretanto a introdução de corpo estranho ocupou o primeiro lugar, havendo uma pequena diferença, de quatro casos.

A teoria psicanalítica ajuda a compreender melhor estes dados a partir do entendimento das fases do desenvolvimento infantil. Por ser uma idade em que a criança está conhecendo o mundo pelas cavidades (boca, nariz, ouvido), há uma tendência ou predisposição à introdução de corpo estranho em orifícios do corpo. A importância de conhecer as fases do desenvolvimento infantil está na maior possibilidade de atuar de forma preventiva.

A lesão corto-contusa aparece nas idades de seis a sete anos e de nove a dez anos como de maior prevalência. Neste período, fase da latência, a criança está mais aberta para envolver-se com o mundo que a rodeia, sendo extremamente curiosa com tudo à sua volta. O andar de bicicleta, subir em árvores, explorar a vizinhança são atividades comuns para este grupo etário. Tal momento de maturação psicológica pode ser um aspecto facilitador para envolver-se com objetos menos seguros.

Vários são os fatores associados aos acidentes, como os ambientais – insegurança do meio –, fatores sócioeconômicos – profissão dos pais, nível de escolaridade, estrutura da casa –, fisiológicos – desnutrição que compromete o

aspecto motor, fadiga que diminui a capacidade de defesa –, psicológicos – estrutura psíquica, os quais precisam ser considerados ao se tratar deste tema.

1.3.2 Coleta dos Dados Qualitativos

Os dados qualitativos foram obtidos através da entrevista psicológica. O modelo de entrevista utilizado, nesta pesquisa, é o proposto por Bleger (1993). Prefiro denominar as entrevistas de psicológicas e não psicanalíticas, já que meu objetivo não foi a análise psicanalítica da fala mas sim a coleta dos dados.

Bleger (1993, p.10) distingue dois tipos de entrevistas: fechada e aberta. A primeira se constitui de perguntas elaboradas previamente que o entrevistador deverá seguir criteriosamente. “A entrevista fechada é, na realidade, um questionário que passa a ter uma relação estreita com a entrevista, na medida em que uma manipulação de certos princípios e regras da mesma facilita e possibilita a aplicação do questionário.”

Na entrevista aberta, que foi utilizada nesta pesquisa, há uma maior liberdade e flexibilidade para questionar e intervir, em cada caso especificamente.

A liberdade do entrevistador, no caso da entrevista aberta, reside numa flexibilidade suficiente para permitir, na medida do possível, que o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular, ou – dito de outra maneira – que o campo da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado. (BLEGER, 1993, p.10)

Escolhi a entrevista aberta, por ser esta um meio facilitador de investigação das causas dos acidentes infantis sem ter, contudo, nada determinado aprioristicamente. Foi então possível que os entrevistados configurassem seus campos, estabelecessem vínculos e assim pudessem expressar suas concepções

não só sobre os acidentes, mas também sobre outras temáticas que foram emergindo no decorrer da entrevista, estabelecendo, desse modo, um terreno fértil para a compreensão científica do que acontece no cotidiano das mães ou responsáveis pelas crianças.

TEMÁTICAS ABORDADAS NAS ENTREVISTAS

Como já foi explicitado acima, a entrevista aqui utilizada foi do tipo aberta, portanto não teve um roteiro fixo de perguntas. Embora eu tivesse algumas questões para fazer, muitas outras apareceram de acordo com a característica de cada entrevistado, tendo, portanto, configurações diferentes. Muitos temas abordados, mesmo sem terem sido questionados, eram estimulados para que o entrevistado pudesse falar, já que foram julgados importantes.

Apresento, a seguir, o roteiro que norteou as entrevistas tanto com familiares como com profissionais.

a) Temáticas abordadas na entrevista com pais/familiares:

- Identificação pessoal: Idade da criança, estado civil dos pais, quantidade de filhos;
- Constituição familiar: número de pessoas que residem na casa, pessoas provedoras e cuidadoras;
- Exercício profissional dos pais;
- Comportamento da Criança: (agressividade, sociabilidade, tranquilidade): em casa, na escola, com amigos;
- Acidentes: quantidade e tipo de acidentes, tipo de socorro, pessoa que socorreu, vivências de situações de acidentes, concepção da família sobre os acidentes infantis;
- Educação: pontos mais difíceis, imagem sobre a criança;
- Temperamento do cuidador (agressivo/calmo): concepção pessoal, concepção dada pelas pessoas com quem convive;

- Dificuldades da criança: comer, dormir, medos;
- Doenças: internação, tipos de doenças acometidas, dores freqüentes;
- Aceitação própria (da criança): corpo, cor, posição social.

b) Temáticas abordadas nas entrevistas com profissionais:

- Identificação profissional: local em que reside, tempo de residência, local da graduação, tipo de formação/especialização, tempo de formado, avaliação da formação recebida e local atual de trabalho;
- Dificuldades da profissão;
- Trabalho na rede pública e privada: diferenciações, semelhanças, dificuldades;
- Índice de acidentes na prática clínica, reincidência;
- Formas de atendimento da criança acidentada: encaminhamentos, informações para familiares;
- Atitude dos pais frente ao acidente: naturalidade, medos;
- Perfil da criança que se acidenta com freqüência;
- Depressão infantil: diagnóstico, condução do caso;
- Concepção sobre os acidentes;
- Preparo dos profissionais frente à criança acidentada.

A seguir, relato, sucintamente, com nomes fictícios das crianças e dos profissionais de saúde, um resumo de cada entrevista, objetivando possibilitar uma compreensão particular de cada pessoa que se propôs a participar desta pesquisa.

RESUMO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM PAIS E/OU CUIDADORES

a) Nome: Ricardo

Idade na ocasião do acidente: cinco anos

Acidente: Tapa com pincel

Na ocasião da entrevista, Ricardo estava com seis anos de idade, sendo cuidado pela avó. Vivem com ele o avô, a avó, a tia e um primo. Tem uma irmã por parte de mãe, mas esta vive com a mãe e seu padrasto. Desde que nasceu, Ricardo sempre viveu com a avó, não aceitando, hoje, morar com a mãe. A mãe engravidou de Ricardo aos quinze anos, como não conseguia cuidar corretamente da criança e, logo após o parto, assumiu um trabalho, pediu à avó materna que cuidasse da criança. Atualmente, a mãe mora bem próximo da casa da avó e convidou o menino para morar com ela. Este recusou dizendo que iria lá apenas para tomar banho e comer, mas para dormir seria com a avó.

Ricardo, com os amigos, é quieto. Pela concepção da avó é porque ele tem medo dos maiores. Ultimamente tem mudado de comportamento, avisando a avó que não irá mais ficar calado frente às brigas, mas que, ao contrário, irá bater também.

A avó relatou que é muito difícil educar Ricardo já que este é teimoso, desobediente, com dificuldades para cumprir as tarefas solicitadas pela escola. Com relação ao avô, ele obedece sem precisar de muitas palavras. O avô trabalha no período em que Ricardo está em casa, o contato entre eles acontece mais nos finais de semana. A avó disse que tenta educá-lo usando muitas vezes do castigo como forma de repreensão. Às vezes, dá umas palmadas.

Ricardo sai para a rua sem que a avó veja, e foi numa destas saídas que houve o acidente. Estava brincando com um menino na rua, de oito anos. Na brincadeira, o colega pegou um pincel de pintar paredes e bateu no rosto de Ricardo. O pincel estava com a lata que envolve as cerdas rompida e enferrujada, lesionando assim a região próxima ao olho.

A avó relata ser nervosa, encontrando muita dificuldade para educar Ricardo. Preocupa-se com os acidentes graves já que, segundo ela, o atendimento público é demorado e restrito.

b) Nome: Alex

Idade na ocasião do acidente: seis anos

Acidente: Pedrada na cabeça (TCE)

Atualmente, Alex tem sete anos de idade e sua família é composta por pai, mãe e um irmão. A mãe vive há doze anos com o pai, não trabalha fora e é ela mesma quem cuida dos filhos.

Alex é uma criança expansiva, fazendo amizades facilmente. Sofreu um acidente quando esteve na pré-escola e outro mais recentemente, na rua. Na pré-escola, estava no gira-gira e uma coleguinha queria entrar. A menina deu uma bolsada em Alex e este caiu e amoleceu o dente, trazendo até hoje alguns transtornos. O acidente mais recente foi numa ocasião em que estava brincando em frente de sua casa com alguns colegas. Por ser um período de férias, muitas crianças brincavam juntas. Um dos amigos, conforme relato da mãe, por ciúme, apanhou uma pedra e acertou na testa de Alex, o supercílio inchou, foi levado ao médico, mas não houve maiores comprometimentos.

Conforme a entrevista foi acontecendo, a mãe se lembrava de outros acidentes e os relatava. Alex caiu quando era ainda bebê, tinha menos de dois anos. Estava na casa de alguns parentes tropeçou, caiu e bateu na porta do guarda-roupa que estava aberta, ferindo o supercílio. Quando tinha menos de dois anos, houve uma queda, batendo a cabeça. A mãe diz que Alex ficou traumatizado, pois estavam numa cidade pequena, com poucos recursos, sofrendo um pouco mais em função disso. Um outro acidente aconteceu no ano passado, quando Alex estava com o pai, arrumando bancos de uma igreja, tropeçou, caiu e bateu a cabeça, necessitando de seis pontos na região frontal. Teve uma internação no ano passado, por meningite. Tem reclamado de dor de barriga, mas nada orgânico foi encontrado. Quando estava com três anos tinha muita dor de cabeça, precisando tomar medicação forte. Os sintomas já desapareceram.

Segundo a mãe, Alex, quando está com os amigos, torna-se mais afoito, querendo brincar o máximo em pouco tempo, exagerando nas brincadeiras. Em

sua concepção, é por isso que cai tanto e bate a cabeça. Em casa "é calmo, generoso, bondoso de coração".

Com o nascimento do irmão, há um ano e meio, a educação ficou mais difícil já que Alex se desprende mais de casa, da mãe e do pai. Ele vai ao mercadinho, compra figurinhas, anda de bicicleta pelo quarteirão, mas a mãe está sempre olhando por temer acidentes.

Com relação ao comportamento, ele está num período de maior teimosia, nestes momentos, a mãe procura repreendê-lo através do diálogo e, quando não resolve, umas palmadas são dadas. A mãe acredita que as dificuldades para educar Alex se devem pelas influências recebidas dos amigos e da televisão. Para a mãe seu filho é uma criança maravilhosa. Diz que necessita apenas de paciência e compreensão para educar.

A mãe se considera calma, diz tentar entender cada fase da criança.

c) Nome: Cleiton

Idade na ocasião do acidente: seis anos

Acidente: Chute na boca

Na ocasião da entrevista, Cleiton estava com sete anos. Vivia com a mãe e o pai. A mãe, ao iniciar a entrevista, relatou sentir-se bem por saber que estava conversando com uma psicóloga. Iniciou dizendo do sofrimento familiar pelo qual estava vivendo. O esposo tem uma amante, esta, ao fazer contato pelo telefone, falava com Cleiton. A mãe disse que tal fato prejudicou muito a criança.

Cleiton é uma criança apavorada, nervosa. Ao tentar realizar uma tarefa da qual não sabe, chora muito. Algumas vezes, não quer ir à escola, chorando muito também. Tem momentos em que ele chora sem ter nenhuma razão, conforme relato da mãe. "Chora tanto que as pessoas podem até pensar que está apanhando". Um dia Cleiton levantou, sentou-se no sofá e começou a chorar. A

mãe perguntou sobre o motivo do choro e ele disse que não era nada, pedindo para que a mãe o abraçasse. Então perguntou: "mãe você me ama?" A mãe respondeu afirmativamente, mas ainda assim permaneceu bastante tempo chorando.

Com todos estes problemas conjugais, a mãe se acha muito nervosa e acredita que seu temperamento traz prejuízos para Cleiton. Na última briga que houve, o marido a agrediu dando-lhe alguns tapas. Cleiton presenciou e, após o ocorrido, foi para o quarto junto com a mãe que estava chorando muito. Cleiton, no dia seguinte, disse à mãe que quando a viu apanhando, teve vontade de matar o pai.

A mãe esteve um ano separada do marido. Neste período, Cleiton acompanhava o pai, indo passar o final de semana com ele e a outra mulher. Cleiton disse que odeia "aquela vagabunda". A mãe não conta tudo o que ocorreu para Cleiton, mas certa vez, ao conversar com sua irmã ao telefone, a criança ouviu a conversa, o que de certa forma o prejudicou, segundo a mãe. Neste diálogo, a mãe estava bastante alterada, contando à irmã que a amante odeia Cleiton. Relata que a criança não tem desejo de ficar com o pai no final de semana, preferindo a mãe.

A mãe é evangélica, quando vai trabalhar, procura deixá-lo na casa de uma amiga, também evangélica, porque acredita poder melhorar a educação de seu filho com o cuidado desta amiga. Pelo fato de estar tão difícil educar Cleiton, resolveu deixar alguns empregos. Quanto à forma de educar, a mãe bate com chinelo, já o pai não bate. A mãe acha que esta diferença faz com que Cleiton acabe gostando mais do pai, porque ele não bate. Em geral, a mãe bate na hora do banho, pois pede ao filho para tomar banho, mas este resiste xingando. Pelos relatos pude perceber que há muita discordância do casal quanto a questões específicas na educação.

Quanto aos acidentes de Cleiton, a mãe relatou que no natal do ano que passou, ao chegar próximo à ceia, por volta das onze e meia, o pai saiu para encontrar-se com a amante, logo depois Cleiton cortou a perna na coroa da bicicleta. A mãe tentou localizar o pai pelo celular, mas estava desligado. Resolveu então levar a criança para o hospital. No dia seguinte, quando o pai chegou, a mãe estava muito nervosa. Ao falar do ocorrido, o pai afirmou que Cleiton é assim mesmo... A mãe assegura que o filho não é assim porque quer, mas que isto "tem a ver com os dois lá fora" (pai e amante). Um outro acidente foi quando Cleiton estava brincando e seu primo acertou sua boca amolecendo três dentes.

Nos relacionamentos com os amigos, Cleiton não agride, mas xinga muito e chora com facilidade. Reclama para a tia que sua mãe o deixa muito. Os dias que a mãe vai trabalhar Cleiton chora e fica triste. Não gosta do seu cabelo, querendo alisá-lo. Não gosta de sua cor porque algumas crianças o chamam de "nego".

A mãe se considera bem nervosa, justificando seu temperamento em função da situação em que vive. Quanto aos acidentes, diz que as crianças não devem ficar próximas do fogão. Diz ter ensinado o filho a tomar leite frio para não precisar esquentar. A mãe pergunta se a criança quer leite, e se esta aceita ela então pede para que vá e faça seu leite, mas não esquente.

Embora seja raro o pai dormir com a mãe, quando isto acontece Cleiton fica bravo. Diz que quer dormir com a mãe porque "nunca fui fora, nunca deixei você. Não tem disso não, quem tem que dormir com você sou eu".

d) Nome: Henrique

Idade na ocasião do acidente: quatro anos

Acidente: Corte na mão com a palha de aço

Henrique, quando realizei a entrevista, estava com seis anos de idade, vivendo com a avó, avô, irmão com dez anos (não há nenhum grau de consangüinidade entre eles já que Henrique é filho da mãe, mas não do pai e o irmão é filho do pai e não da mãe, mas por viverem juntos são chamados de irmãos) e uma prima de dezesseis anos. Desde quando nasceu, é criado pela avó (o pai não é o pai biológico de Henrique e a mãe não sabe quem é). A mãe foi embora de casa logo que Henrique nasceu, é usuária de drogas.

Henrique é muito bravo, joga coisas nas pessoas e, ao ser corrigido, grita muito, responde mal, é muito agressivo, conforme relato da avó. Considera a avó como mãe, afirmando não querer ir com a mãe biológica já que esta não cuida dele. A avó acredita que na escola ele tem um bom comportamento já que a avó nunca foi chamada para resolver nenhuma questão de disciplina de Henrique.

Quanto à educação, a avó bate na boca ao responder mal, alegando que foi ensinada assim pela mãe. Eles (Henrique e o irmão) são muito desobedientes: "A gente dá uns (referindo-se a tapas), porque precisa dar, agora se alguém achar ruim trata deles, né?"

A avó relata que tanto ela como o avô têm sofrido muito com Henrique e o irmão. Diz não terem mais idade para cuidarem de crianças e passarem nervoso com elas. Quer levar Henrique para uma psicóloga, mas não consegue vaga.

Aos sete dias de nascido, Henrique sofreu uma queda, pois a mãe o derrubou da cama. Quando ainda bebê foi levado à pediatra, ela percebeu o comportamento irritadiço da criança. Chorava muito, ficava nervoso quando queria uma coisa e não tinha, é assim ainda hoje, segundo a avó.

Henrique já se envolveu em muitos acidentes. Um com uma palha de aço. A avó comprou e deixou sobre a mesa, acreditando que o pedreiro logo pegaria. A criança pegou o pacote e abriu, conforme o movimento, a palha de aço lesionou a palma da mão profundamente. Na época do acidente, a criança estava com

quatro anos. A avó, ao levar o neto para o hospital, passa mal precisando de cuidados médicos. Diz que tal acidente ocorreu por descuido dela e do pedreiro. Logo em seguida, ele cortou-se com um caco de vidro na mão. Foi muito difícil a remoção do caco porque este perfurou profundamente. Houve também um incidente numa brincadeira com o irmão em que o mesmo jogou um bonequinho de ponta, acertando a testa de Henrique. Foi necessário dar pontos. A avó disse que é preciso ficar vigiando Henrique e gritando com ele o tempo todo. Outra vez se acidentou com uma bicicleta, sendo socorrido no Posto de Saúde. Seu irmão também se envolveu com acidentes, caindo de cima do muro sobre uma lata velha, enferrujada. O avô coleta papelão e lata velha para vender. Certa vez o avô chegou com uma tampa de vidro, Henrique pisou descalço, cortando o pé. A avó disse que ele fez de propósito e que está passando momentos muito difíceis com as duas crianças.

Henrique, quando pequeno, esteve internado por três vezes. Teve pneumonia e uma infecção de intestino. A avó disse que a criança estava “podre”, cheirava muito mal. A nora que acompanhava a entrevista disse que esta infecção aumentou depois que a mãe deixou a criança.

Ao ser perguntado pela neta (filha do atual casamento do filho com a terceira mulher), diz que esta nunca se envolveu com acidentes, porque é bem cuidada. Quanto à sua concepção sobre acidentes pede sempre a Deus que os proteja, pois é tão difícil conseguir atendimento no hospital. Quando precisa sair para o mercado, leva o fósforo consigo porque teme chegar em casa e ver a única coisa que conseguiu na vida destruída (referindo-se à sua casa). Disse que não se preocupa muito com as crianças, em caso de incêndio, porque eles sairiam correndo, mas com a casa não, tudo ficaria destruído. Quando relatou sobre seu temor dos acidentes, se emociona e chora. Diz temer que “uma criança quebre a espinha e fique numa cadeira de rodas e tenha que ficar no hospital cuidando, enquanto os outros em casa precisam ser cuidados. Estraga a vida de todo mundo.”

No momento a avó está tentando a custódia da criança.

e) Nome: Renan

Idade na ocasião do acidente: quatro anos

Agressão da avó

Na ocasião da realização da entrevista, Renan estava com cinco anos de idade, nasceu em Petrolina-Pernambuco. Vive com a mãe, pai e irmão. Estão vivendo há dois anos na cidade de Maringá. Os pais estão casados há seis anos. Na ficha de Renan constava que o mesmo havia sofrido estrangulamento. Tal agressão foi causada pela avó paterna. A tia levou Renan para passear junto com o avô de Renan e sua atual esposa. A ex-esposa, ou seja, a avó de Renan, é alcoólatra: até às três horas da tarde é considerada normal, a partir daí fica extremamente alterada podendo até mesmo "matar alguém", conforme relato da mãe. Por volta das dezesseis horas, quando Renan, tia, avó, avô e atual esposa do avô entraram no carro, a avó forçou-o a sentar no seu colo, Renan não queria. A avó tentou segurá-lo, ele bateu e quebrou sua unha. A avó irritou-se e tentou enforcá-lo. O avô, a tia, e os sobrinhos que estavam no carro tentaram segurar a avó mas foi difícil, ficando Renan todo arranhado, segundo descreve a mãe.

Difícilmente saem juntos, mas durante seis meses morou numa casa nos fundos da casa da avó de Renan. A mãe sabia que a avó bebia, sabia que tinha crises de choro, via beber um litro de pinga pela manhã, um pela tarde e outro à noite, mas nunca imaginou que pudesse ser agressiva. Depois do ocorrido pessoas disseram para a mãe que a avó tinha tentado matar um adulto, uma criança, o ex-marido e tentado o suicídio, permanecendo inválida por algum tempo.

Foi dada queixa junto à delegacia. Posteriormente, Renan foi levado para o hospital a fim de tratar dos ferimentos. Iniciou tratamento psicoterápico, mas não permaneceu, pois, para a profissional, não havia necessidade porque Renan tinha "apenas quatro anos de idade, sendo o trauma maior para os pais", segundo relato da mãe.

Após este acontecimento, a criança ficou muito doente, com febre, vômito, não queria comer, em seguida melhorou. O pai de Renan ficou revoltado com o ocorrido, principalmente porque o avô disse que a tentativa de enforcamento havia acontecido por culpa da criança porque esta era muito agressivo.

Renan é uma criança muito ativa, gosta de brincar, pular. No dia anterior à entrevista, ele havia caído do balanço, tendo apenas ferimento leve. Quando bebê, tinha muita dificuldade para dormir. Foi feito eletroencefalograma, medicação, mas ainda assim não dormia.

Quanto à educação, a mãe diz ser muito difícil já que Renan tem dificuldade para obedecer. O pai não concorda que bata nele, mas a mãe disse que fica o dia inteiro falando e que tem hora que passa do limite, por isso, de vez em quando, dá uns tapas ou bate com chinelo, mas não para espancar, justifica. Renan, nestes momentos, reage com "violência também". Quando a mãe bate, este fica mais bravo, derruba o que tem por perto, atira o que tem na mão. A mãe diz: "violência gera violência, né?"

A mãe se considera calma, embora neste período, em especial, esteja mais irritada por estar passando momentos de stress.

Renan tem poucos amigos em função da mãe não ter tempo para estar em casa, já que trabalha num bar da família.

Quanto aos acidentes, a mãe pensa que é algo acidental, como o próprio nome diz, mas que precisa de alguns cuidados básicos, como, por exemplo, ao invés de cimentar o parquinho, onde as crianças brincam na creche, colocar grama. Pensa que as professoras não estão preparadas para lidarem com esta questão dos acidentes, deixando de prevenir como deveria.

f) Nome: Juliano⁶

Idade na ocasião do Acidente: seis anos

A solicitação da entrevista foi respaldada no diagnóstico médico de lesão na face. Ao entrar em contato com a família, o diagnóstico era outro. Foi realizada, ainda assim, a entrevista no intuito de entender e quem sabe buscar algum dado importante para este estudo. Ao fim, percebi que, mesmo sem ser um caso de acidente propriamente dito, Juliano tinha uma história de luta pela vida, de sofrimento, de desespero, de depressão.

A avó é a responsável por cuidar de Juliano. Não aceitou assinar o termo de consentimento, mas mostrou-se receptiva para responder às questões.

Os pais de Juliano residem na cidade de Santos. A mãe e o pai já estiveram presos por tráfico de droga. Quando tal incidente aconteceu, a criança estava com menos de um ano. A avó assumiu a criação de Juliano já que os pais estavam presos. Depois de um tempo, quando a mãe saiu da cadeia, buscou a criança para cuidar. Ao retornar para seus pais, Juliano estava com aproximadamente três anos, hoje está com oito. A avó diz que Juliano era muito pequeno e, portanto, não se importava com o que estava acontecendo ao seu redor, aos três anos, pela concepção da avó, ele " não tinha emoção". Aos três anos de idade apresentou uma feridinha no rosto, após várias investigações, recentemente (há dois anos atrás) descobriu-se que estava com câncer raro e de difícil prognóstico.

Após as sessões quimioterápicas, Juliano ficou muito agressivo e depressivo. Hoje ele está bem, mas ainda não sabe que tem câncer, por orientação da psicóloga e do médico de Curitiba-PR que tratam de Juliano. A avó, os familiares e os profissionais dizem, para ele, que tem apenas um tumor.

⁶ Esta criança não foi computada como sujeito da pesquisa. Embora constava o diagnóstico como trauma de face, Juliano não havia sofrido nenhum acidente. Seu problema era um câncer no rosto.

Depois de receber atendimento em Curitiba e retornar a Maringá, sentiu-se triste, sem amigos, chorava muito. Sentava no sofá, pegava uma foto sua e dizia: "eu era feliz, agora não tenho mais felicidade".

Juliano não saía mais de casa e quando convidado dizia que estava desanimado com a vida. Certa feita precisou realizar alguns exames no Hospital do Câncer, ficando muito angustiado, pois dizia que não tinha tal doença, então, por que deveria estar num Hospital como esse. A avó assim se refere ao fato:

No lençol tem as iniciais HC, daí ele dizia: eu não estou entendendo nada. H é de hospital, C é de câncer... eu não tenho câncer... eu só tenho um tumor... então, o que é que eu estou fazendo aqui. A enfermeira chegou com a roupa também com aquelas letras e ele dizia eu não preciso ficar aqui não, porque eu não tenho câncer... eu só tenho um tumor. Fica observando no quarto em que estão algumas crianças com tumores grandes por todo o rosto. Diz para a tia se ela sabe que ele não está com câncer. Diz que esteve quase dois anos no hospital em Curitiba e que ninguém disse para ele que estava com câncer. "Câncer mata e eu não tenho isso não... Agora eu vou prá lá e chegando lá eu vou perguntar pro meu médico. Se ele falar que sim eu sei que vou morrer porque câncer não tem cura... e quando eu falar com o meu médico eu vou ligar pra vocês contando que ele me disse que eu não tenho essa doença não e que eu não vou morrer."

Juliano retornou para Curitiba, está tomando altíssimas doses de quimioterapia. A avó diz que, em breve, deverá retornar.

g) Nome: Tiago

Idade na ocasião do acidente: seis anos

Acidente: Paulada no olho

Tiago, na ocasião da entrevista estava com sete anos. Reside com a mãe, uma sobrinha, uma irmã de quatorze anos, o pai e a avó. Faz quinze anos que os pais estão casados. A mãe trabalha fora, ficando a filha mais velha responsável pelo menor.

Ele é uma criança muito agitada. Gosta de correr, pular. Há alguns dias, caiu, machucou o braço precisando usar tala por quinze dias, diz a mãe.

Tiago, aos dois meses de idade, esteve internado por motivo de uma cirurgia de hérnia. Recentemente, a mãe diz que não sabe o que a criança andou aprontando, mas que, de madrugada, teve vômito e diarreia. Deu-lhe soro caseiro, porém nada adiantou, decidindo levá-lo ao hospital. Chegando lá, o enfermeiro teve dificuldade para pegar a veia porque Tiago estava desnutrido (o termo provável para este quadro deveria ser desidratado).

Quanto à educação, Tiago dá muito trabalho. Há uns dois anos, levou-o para a psicóloga por encaminhamento da diretora da creche. O motivo da solicitação foi porque Tiago xingou a professora, falou palavrões. Deixou de ir para a creche, permanecendo em casa sob os cuidados da avó. No colégio, embora tenha tido uma briga entre ele e um colega, seu comportamento é bom. A mãe nunca foi chamada na escola por tais questões. A mãe disse que precisa falar várias vezes com seu filho, necessitando gritar e pegar uma cinta ou mangueira, para então conseguir a obediência. Com relação ao pai, Tiago também o desobedece. Quando o pai diz que vai bater, daí sim, ele obedece, mas, conforme declaração da mãe, quase não bate.

A mãe se considera calma, embora a família a considere nervosa. A irmã que fica mais tempo com Tiago é muito nervosa, "de vez em quando, ela dá umas cacetadas nele". Certa vez a irmã, por ordem do pai, bateu no Tiago a ponto da avó dizer para a mãe que a irmã quase havia matado Tiago, de tanto bater. Ela justifica sua ação dizendo que o pai havia dito que, se Tiago fosse à rua, ela poderia bater.

Quando a irmã de Tiago era pequena, estava aproximadamente com dois anos de idade, a mãe foi colar um vaso com a cola superbonder, próximo da criança. A cola espirrou e caiu nos olhos da menina. Foi levada ao pronto-socorro sendo atendida imediatamente, sem maiores prejuízos. Um outro acidente relatado é

de uma sobrinha que a mãe de Tiago cuidava. Ela era pequena e chorava porque queria curau. A mãe de Tiago tirou do fogo para esfriar. A menina veio de encontro com a tia, derrubando assim o curau sobre a criança. A pele das pernas saiu imediatamente. Depois de tratada houve excelente restabelecimento.

Quanto ao acidente com Tiago, no ano de 2000, ele estava brincando com um vizinho e o colega, com um pau seco na mão, acertou seu olho. Tiago diz que não estavam brigando, mas uma outra criança, que ali estava, afirma que sim. A mãe fala que Tiago e este colega brigam constantemente, precisando, às vezes, serem separados por alguém.

h) Nome: Alexandre

Idade na ocasião do acidente: cinco anos

Acidente: Engoliu moeda

Alexandre não quis ir à escola porque sabia que iríamos à sua casa. Ele participou da entrevista juntamente com a mãe, fornecendo dados importantes. Disse que a mãe mandou cortar seu cabelo só porque eu estaria em sua casa.

No ano em que a entrevista foi realizada, Alexandre estava com seis anos de idade. Vive com seus pais e mais dois irmãos. Quando perguntado sobre o comportamento do menino, a mãe respondeu que antes era terrível, mas tem melhorado bastante. É uma criança muito curiosa, ouve tudo o que está sendo conversado e gosta de "ouvir aqui e falar lá".

Alexandre disse que um dia seu irmão estava pondo fogo no mato e ele estava trazendo um copo com óleo e foi atropelado por uma bicicleta. Conta ainda que, numa outra vez, engoliu moeda. Outra, bateu com a testa na estante, lesionando-a. Num primeiro momento havia necessidade de ficar internado, mas depois foi suspensa tal recomendação. Alexandre disse que o irmão já se envolveu também com acidentes. Quando era pequeno, engoliu prego.

A mãe reclama que foi muito difícil cuidar dos dois meninos quando pequenos. Alexandre é desobediente, segundo relato da mãe.

A mãe se acha nervosa, sem paciência para falar, conversar. Quando a criança não obedece, disse que tem “vontade de pegar e ma...”, embora questionada sobre o significado do termo, ela apenas sorri e não completa a frase. Alexandre relata que a mãe bate quando ele pega uma fruta para comer lá fora. Ao fazer algumas travessuras, como colocar terra no tanque, a mãe reage batendo, conforme relato de Alexandre. A mãe diz que Alexandre adora ficar na rua. Mesmo dizendo que não tem controle sobre ele quando está na rua, ela permite que vá.

Alexandre diz que, quando freqüentava a creche, a professora dava beliscões nele. A mãe conversou com a diretora e esta disse que era invenção de Alexandre. Alexandre reclama de dor de barriga por frescura, porque não quer ir à escola, conforme descrição da mãe.

Alexandre diz não ter nenhum amigo, fato que a mãe contesta. Quando questionado sobre a razão de não ter amigos, diz que é por ser chato. Quando pergunto se ele se sente triste, diz que sim, olha para a mãe e esta pergunta: “triste por quê?” e ele responde: “quando meu pai e minha mãe brigam comigo”. A mãe fala em tom mais alto: “teu pai não briga, não”. Alexandre retruca: “bate sim, um dia meu pai quase enforcou meu irmão”. A mãe justifica dizendo que, se realmente fosse assim, o pai teria matado o irmão.

ENTREVISTAS COM PEDIATRAS E ENFERMEIRA

a) Nome: Aline

Profissão: médica pediatra

Tempo de Profissão: 20 anos

Aline atua como pediatra há vinte anos. Fez formação na PUC, em Curitiba. Trabalha tanto na rede pública como no setor privado. Percebe algumas

diferenças entre as populações que procuram estes dois setores, mas afirma que, atualmente, tem se misturado um pouco estas diferenças. Na rede pública, entende que as crianças têm ficado mais terceirizadas – creches, avós, tias, vizinhas – e as mães que estão em camadas mais favorecidas também não podem cuidar de seus filhos porque precisam trabalhar, deixando-os em escolas, com babás, etc.

Com esta forma de cuidar dos filhos, Aline acredita que as crianças ficam mais vulneráveis aos acidentes devido estarem sendo cuidadas por outras pessoas e não pelas mães. “Acontece, aí, muita agressão física, verbal. Há, com tudo isso, um alto índice de problemas escolares. Os pais procuram os pediatras solicitando o eletroencefalograma e a psicóloga”, esclarece a pediatra. Um outro problema apontado por Aline é o aumento de adolescentes exercendo a maternidade.

Como muitas mães estão trabalhando fora, têm sido os pai que traz o filho para o consultório, não sabendo relatar a história da criança. Aline não acredita que a mãe não possa sair um pouco do seu trabalho para levar o filho ao médico, ela pensa que não é um “não poder” mas sim um “não querer”. Acrescenta ainda que “atualmente, têm chegado muitas queixas psicossomáticas no consultório. Dores epigástricas, dores de cabeça, dores abdominais que não têm uma causa orgânica. As dietas infantis estão inadequadas por conta da comodidade, da facilidade, da rapidez.”

Aline relata que têm aparecido muitos casos de depressão infantil. Apresenta um caso que atendeu em que a mãe está morando no Japão, o irmão mais velho bate no mais novo, estando este depressivo, verbalizando seu desejo de morrer. A família está desestruturada, na concepção de Aline, ou porque muitas mães estão em outros países, ou por causa do pai que está trabalhando no exterior, ficando a mãe com os filhos. O abandono dos filhos acontece tanto no setor público como no setor privado. No público, os pais precisam ganhar o sustento; no privado, os pais precisam sustentar suas posições sociais. “Muitos filhos de pais financeiramente estáveis estão abandonados dentro de casas chiques”.

Quanto à incidência de acidentes, Aline diz que, principalmente no pronto atendimento, tem tido um número elevado. Cita exemplo de uma criança pequena que, ao estar deitada no chão, sofre queimadura de taturana. A pediatra pergunta: “será que não teria nenhum adulto que cuidasse dessa criança?” Para ela, falta um adulto cuidador seja ele o pai, a mãe, o tio ou mesmo a empregada.

Casos mais graves, que necessitam de cirurgia ou alguma sutura, são encaminhados diretamente para o cirurgião, portanto o pediatra tem pouco acesso a casos assim. Os casos mais freqüentes são de crianças chorosas, crianças que ingeriram remédio, crianças tristes, daí o encaminhamento é para o setor da psicologia. Nos casos de violência, é realizada a denúncia.

Aline já recebeu alguns casos de violência, como, por exemplo, a criança que é jogada contra paredes ásperas. A mãe disse à médica que ele fez alguma coisa muito feia, mas não contou o que é. Alguns pais chegam dizendo que perderam o controle e bateu. Outros omitem, mas é difícil. Segundo a pediatra se for bem apurado não há como negar. Para Aline o problema está no despreparo dos profissionais. Segundo ela, o atual profissional necessita mudar de paradigma. Não é possível pensar apenas na doença. É preciso pensar no psicossomático, no psicológico, na orientação familiar. O profissional precisa de boa saúde mental: refere-se aos casos de pedofilia que a mídia divulgou recentemente, em especial um colega de profissão de Maringá, citado por nós no início deste capítulo.

Aline relata um caso em que a mãe a procurou solicitando exames e vitaminas porque a criança estava muito fraquinha. Ao ser melhor investigado, descobriu-se que aquela criança estava entristecida porque havia sido violentada fisicamente por seu pai. Depois de muito esforço, descobriu-se que a mãe era conivente com tudo o que estava acontecendo.

O que Aline tem presenciado em sua prática é a agressão que ela denomina de psicológica.

A mãe que deprecia, que maltrata a criança pelas palavras. Os pais dizem que o filho é independente, mas até que ponto essa criança não queria ser melhor cuidada? O perfil dessa mãe é de não conseguir cuidar: permite que o filho atravesse a rua, se acidentando; deixa horas o xixi na fralda, provocando sérias assaduras; se vem para o hospital e precisa cuidar do soro, deixa infiltrar. Esta mãe não consegue cuidar lá em casa e nem aqui no hospital. Aline-pediatra

Quanto às campanhas educativas, Aline diz que acha importante, pois, pelo muito falar, mudanças podem ocorrer, mas muitas coisas ela acredita serem de cunho social, como a necessidade de trabalho dos pais e de cuidado da criança.

Quanto à falta de informações sobre o paciente no prontuário, Aline diz que a maioria dos profissionais tem dificuldade de escrever porque eles acham que é perda de tempo. Conclui dizendo: "Como profissional homem, além de lidar mal com a emoção, ele é homem, se for cirurgião, ainda é outro perfil, ele tem o perfil de `Deus`. É tipo assim: eu vou atender rápido para me livrar... É o que é hoje, um mundo descartável, sem compromisso".

b) Nome: Carmem

Profissão: médica pediatra

Tempo de profissão: 20 anos

Carmem atua como pediatra há vinte anos. Atualmente, trabalha tanto na rede pública como no setor privado. Afirmo que ambos os setores possuem diferenças entre si. No setor público, percebe muito mais doenças, a doença está ligada ao fator sócio-econômico dos pais; no setor privado, a criança é mais sadia. Com relação aos acidentes, Carmem percebe que na rede pública, estes são mais recorrentes. Afirmou ainda que no posto de saúde, é mais difícil receber casos de acidentes, mas enquanto plantonista do hospital universitário, os acidentes domésticos fazem parte de uma prática muito comum.

Segundo a pediatra, a visão dos pais, com relação aos acidentes, é de naturalidade, sem perceber que se houvesse uma prevenção talvez o acidente não teria ocorrido. Carmem acredita que existem algumas crianças de

temperamento mais agitado que acabam reincidindo mais nesta questão dos acidentes.

Quando a pediatra percebe algum mau trato, violência, ela encaminha para a assistente social e a psicóloga para que sejam tomadas as providências necessárias. Em geral, são realizadas visitas domiciliares a fim de averiguar melhor o caso. Enquanto trabalhava no pronto-socorro, encaminhava casos semelhantes para o Conselho Tutelar, mas nunca soube do resultado, mesmo porque era feito rodízio de plantões, ficando quase impossível retomar o mesmo caso.

Quanto à depressão infantil, Carmem assevera que “o fato de a criança ser mais quietinha em casa acaba sendo cômodo para os pais, porque não precisa ficar cuidando dessa criança, postergando assim a procura por tratamento.”

c) Nome: Ana

Profissão: enfermeira

Tempo de profissão: 2 anos

Ana trabalha como enfermeira no Setor de Saúde da Família. Ao receber alguma reclamação, as agentes comunitárias visitam a residência para proceder ao encaminhamento necessário. Atuou tanto no setor privado quanto público. Para ela, a diferença que percebe entre os setores está no tipo de patologia. “As patologias da classe baixa é mais relacionada a problemas respiratórios. A patologia da classe mais alta é diferente. As pessoas da classe mais baixa não têm os cuidados que a classe média tem.”

Quanto aos acidentes, Ana diz que o número dos que chegam no setor privado é mínimo e,

quando chega, é por motivos "bobos" como, engolir feijão, colocar algum grão no nariz, cair e fraturar a perna; no setor público, é o tanque que cai sobre a criança. Além disso, eles não têm a informação de que, se lavar com água e sabão, vai sarar rápido e nem precisaria ir ao posto. No setor público, as pessoas procuram atendimento mesmo que, para isso, tenham que mentir. Entretanto, parece que no privado as pessoas mentem melhor. Eles dizem, por exemplo, que a criança estava não sei aonde, com não sei quem e que de repente caiu... é o disfarce chique. Daí não se vai mais a fundo e deixa-se de ver que essa mãe é muito nervosa e pode ter agredido essa criança Ana – enfermeira.

Quanto ao relato dos acidentes pelos pais, Ana diz que, em geral, inventam explicações. Em casos de agressões, é sempre encaminhado, contudo não se consegue passar sequer um. Ana acredita que a criança que se acidenta mais é aquela que é arteira, daí a importância de pensar na educação que recebe destes pais. Para Ana, a reincidência em acidentes tem a ver com o perfil da mãe.

d) Nome: Joana

Profissão: médica pediatra

Tempo de profissão: quatro anos

Joana fez residência recentemente. Está atuando há quase dois anos, apenas na rede pública. Afirma ser freqüente receber crianças acidentadas e, quando há casos de reincidência, procura investigar melhor. Diz já ter recebido uma criança com fraturas várias vezes e, ao ser investigado, ela estava sendo agredida fisicamente. Para Joana, a criança vítima freqüente de acidentes pode ser hiperativa, conseqüentemente a mãe fica mais nervosa e bate com maior freqüência. Portanto, pode se acidentiar por ser hiperativa ou pode sofrer maus tratos por ser mais agitada.

e) Nome: Alfredo

Profissão: médico pediatra

Tempo de profissão: trinta anos

Alfredo mora em Maringá, atua há trinta anos como pediatra. Fez sua formação no Rio de Janeiro. Trabalha tanto na rede pública como privada. A diferença que

percebe entre estas duas populações é a dificuldade da classe menos favorecida explicar o diagnóstico.

Afirma ser freqüente receber crianças acidentadas, numa proporção aproximada de dois por um. Sua concepção sobre acidentes é a de que "isto é coisa de terceiro mundo". Na concepção de Alfredo, se as casas fossem amplas, armários planejados, portas trancadas, não haveria acidente.

Às vezes, os pais trazem seus filhos com queixas de acidentes, mas na verdade não é. Eles temem falar que foi talvez uma agressão. Mas dá para o médico saber, dependendo do local, da extensão e do ferimento.

O que acontece é que a gente não quer se comprometer. Deixa como acidente mesmo e evita dor de cabeça. Às vezes foi uma agressão, mas só num minuto de raiva, depois o pai se arrepende e pronto, para quê ficar vasculhando... Tem alguns psicólogos que dizem que não pode bater na criança, que traumatiza, que não sei mais o quê... Mas veja, quem é o pai que nunca deu um bofete num filho. Num momento de raiva..., sei lá, às vezes, até o filho estava precisando naquele momento. Eu vou contar uma coisa pra você. Eu, que sou médico, informado, já dei um murro nos meus dois filhos... não me arrependo não... talvez se eu não tivesse feito isso estaria pior. A criança tem que respeitar.

Para Alfredo, o acidente é culpa da mãe. "É a mãe que não cuida. Esse negócio da mulher querer trabalhar fora... Eu acho isso, acidente é porque a mãe não cuida direito".

Quanto à questão de depressão infantil, Alfredo acredita que conversando se resolve, não é preciso encaminhar para psicólogos, "porque agora tudo é psicológico".

CONCEPÇÃO DE INFÂNCIA, FAMÍLIA E AMOR PARENTAL

[...] a família é também um grupo social composto de indivíduos diferenciados por sexo e por idade, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções; ela não é uma soma de indivíduos, mas um conjunto vivo, contraditório e cambiante de pessoas com sua própria individualidade e personalidade. (BRUSCHINI, 1997, p.63)

A família, como o lugar em que acontecem os acidentes domésticos infantis, mereceu, neste trabalho, ênfase em seu estudo, já que os acidentes guardam estreita relação com os aspectos familiares. O tema da minha pesquisa suscita questionamentos sobre a família, a infância e o cuidado que os pais têm para com seus filhos. Portanto, este capítulo aborda questões referentes à família, à infância e ao amor parental. Demonstra ainda, que a forma de amor e cuidado conhecida hoje por nós, teve na história sua construção.

A formação da estrutura familiar está intimamente relacionada às questões sociais e ao momento histórico vivido. Em virtude da família estar inserida num emaranhado de forças sociais e políticas, sua compreensão requer a contribuição de múltiplos conhecimentos e diversos enfoques.

As teorias relacionadas à família, surgiram a partir de duas grandes abordagens, a naturalista e a sociológica (ADORNO; HORKEIMER, 1956). No enfoque naturalista, como o próprio nome diz, a tônica repousa sobre a naturalidade da existência da família. É como se sua organização, tal qual se conhece atualmente, fosse sempre presente, independentemente dos aspectos sociais. Já na abordagem sociológica, o que é realçado é o aspecto social, despojando, assim, características de autonomia que possam ser inculcadas à família.

Da fusão destas duas abordagens, muitas são as teorias que surgiram objetivando compreender a complexidade e a abrangência da estrutura e das funções familiares.

As tentativas de conciliação dessas concepções "sociológica" e "naturalista" deram origem a numerosas teorias pluralistas, nas quais a família é considerada como algo natural e, ao mesmo tempo, histórico, biológico e, no entanto, social, fisiológico e, no entanto, ético-cultural. (ADORNO; HORKEIMER, 1956, p.135)

A composição familiar, bem como suas funções, guardam estreita relação com a cultura, os costumes, a política e a economia de uma sociedade. De acordo com Araújo (1993, p.11), a família... "se constitui de formas diversas em situações e tempos diferentes para responder às necessidades sociais. Sua estrutura e funções são determinadas pelo grau de desenvolvimento da sociedade".

Os fatores culturais, biológicos, políticos, religiosos e sociais, proporcionam à família a característica de ser peculiar, possuindo particularidades inerentes ao contexto em que está inserida. No Brasil, numa sociedade marcada pelas desigualdades sociais, tanto as normas familiares como sua composição tendem a variar de acordo com os parâmetros sócio-econômicos de cada classe.

Com relação à composição familiar dos entrevistados desta pesquisa, das oito entrevistas realizadas, o maior número (cinco casos) foi de crianças vivendo com seus pais, dentro de um modelo de família nuclear e três moravam com suas avós. Com relação às pessoas que cuidavam, houve um predomínio (seis casos) das avós, tios, vizinhas, creche, irmã mais velha, do que da mãe (dois casos). O cuidado com os filhos, dentro do universo pesquisado, tem sido difícil para as mães ou por trabalharem fora ou, ainda, por se acharem imaturas, nervosas e com pouca paciência, sendo outorgado o cuidado da criança a outrem.

Nesta pesquisa duas famílias não se enquadraram na constituição nuclear, apresentando uma configuração que rompe com este modelo de família composta por pai, mãe e filhos, sendo cuidados por tios, avós. Em algumas, existem crianças que são irmãos apenas por parte de pai ou mãe, em função de novos casamentos, pais que não puderam educar por terem concebido a criança ainda quando adolescentes, sendo a avó responsabilizada para tal função. Estas

novas constituições familiares, requerem entendimentos diferenciados para melhor efetivação de intervenções profiláticas.

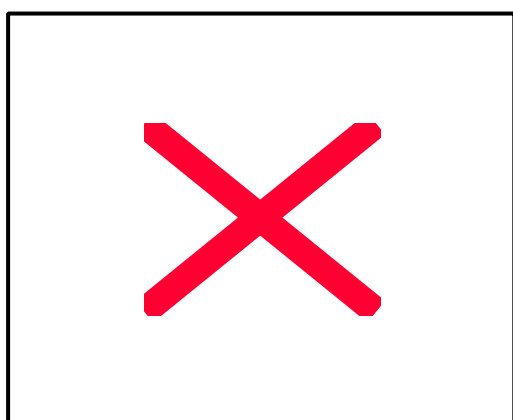
Assim sendo, não é possível estabelecer um modelo familiar, por exemplo da família nuclear burguesa, como sendo comum para todos os indivíduos, já que valores, condutas e práticas tendem a variar de região para região. "Diferentes condições de vida engendram visões diferentes do mundo e, por extensão, sensibilidades familiares particulares", destaca Fonseca (1999, p.261). A imagem de pai, mãe e filhos, unidos por laços afetivos e cumplicidade entre si, o amor materno, a educação das crianças e o cuidado pela saúde são partes constituintes da dinâmica social que compõem o cenário de uma sociedade fundamentada em contradições econômicas e interesses políticos.

A história apresenta diferentes constituições familiares que, gradativamente, foram incorporadas na sociedade ao longo dos séculos. Poster (1979) salienta quatro modelos de família: a aristocrática, a camponesa, a burguesa e a proletária. Cada uma possui características próprias condizentes com o momento sócio-político vivido.

A seguir saliento algumas características que marcaram os diferentes modelos familiares descritos por Poster (1979). Posteriormente, me detenho em alguns aspectos históricos da família burguesa – a partir do século XVIII. Dou ênfase a este modelo em função de sua predominância na sociedade contemporânea.

2.1 PERCURSO HISTÓRICO DA FAMÍLIA

A **família aristocrática** era composta por indivíduos favorecidos economicamente pelas dádivas reais. Seus bens deveriam ser preservados, para tanto, o casamento deveria ser voltado, exclusivamente, para a possibilidade da perpetuação da riqueza, dando assim condições para que a linhagem permanecesse 'pura'.



Nesse modelo, as pessoas se uniam não por sentimentos afetivos, como acontecerá posteriormente com a família burguesa, mas sim visando a conservação da riqueza, do poder econômico, como demonstra a figura ao lado.

Figura 16 – Um Casamento de Reparação de Paul Gavarni (1839)

Fonte: Ariés (1991, p.97).

A família era caracterizada como um agrupamento de pessoas que viviam nos grandes castelos. Tais agrupamentos tinham um número elevado de pessoas, já que ali vivia desde os donos dos bens até os escravos.

O modelo predominante de família na sociedade ocidental, até o século XVII era do tipo patriarcal, constituída por inúmeras pessoas (até 200 pessoas), juntando, além de parentes consangüíneos, escravos, agregados, sem uma obrigação de laços afetivos. (MATTIOLI, 1988, p.152)

Pelo grande número de habitantes, poucas eram as condições de saúde e higiene, havendo elevada taxa de mortalidade infantil. Na França, o berço da amamentação terceirizada, a entrega dos filhos para serem amamentados pela ama-de-leite contribuía para a morte infantil numa proporção duas vezes maior

do que as mães que amamentavam. Mesmo com os altos índices de mortalidade registrados na época, ainda assim, o predomínio era de pais entregando seus filhos para serem amamentados por amas-de-leite.

As crianças cujas famílias tinham menos recursos financeiros, sofriam mais, já que precisavam fazer um longo percurso até os campos para serem amamentadas. Este caminho era penoso e muitas delas morriam ao estarem expostas às oscilações de temperatura (vento, sol, chuva). Muitos pais, nos dias seguintes à partida dos seus bebês, recebiam de volta seus filhos mortos. Neste contexto, a morte não era sofrida, mas sim vista como consequência natural da busca pela amamentação.

O mínimo que se pode dizer é que a mãe não faz grande coisa para resistir à natureza, ou seja, no caso, para ajudar o bebê a lutar contra os imprevistos. Somos mesmos tentados a ver, nessa não interferência indolente, uma espécie de substituto inconsciente de nosso aborto. A assustadora mortalidade infantil é o mais gritante testemunho disso. (BADINTER, 1985, p.137)

Os pais, em média, conviviam com seus filhos, por cerca de cinco ou seis anos. A criança ao nascer era entregue à ama-de-leite, permanecendo até aos quatro anos. Quando conseguia sobreviver até esta idade, era devolvida para os pais, mas não eram estes que assumiam o cuidado pela criança, mas sim os pajens. Aos filhos, era vedada a visita espontânea aos aposentos paternos, permanecendo estes em companhia da governanta ou do preceptor, no caso dos meninos. A terceira fase da educação consistia no envio da criança para o internato, com o objetivo de estudar e aprender bons costumes.

Quando consideramos os três atos da educação (entrega à ama, governanta ou preceptor, e partida para o colégio), não podemos deixar de perceber a idéia diretriz, que os preside: "como livrar-se dos filhos mantendo a cabeça erguida. É essa a principal preocupação dos pais, pois, nesse domínio, a mãe não se distingue absolutamente do pai. (BADINTER, 1985, p.137)

A mulher aristocrática buscava a liberdade. A delegação dos filhos a outros a desprendia dos cuidados de amamentação, higiene e educação, podendo assim ser livre para submeter-se aos ditames sociais.

A **família camponesa**, agregada em espaços menores, pouco se diferenciava da aristocrática no que tange à educação. As crianças viviam em comunidade, estabelecendo também vínculos com seus habitantes. As mães precisavam trabalhar no campo, ficando as crianças sob o cuidado de alguém do povoado. A vida de seus membros era compartilhada com todos os moradores da aldeia. “Apesar de viver em pequenas unidades nucleares, a família camponesa, tendo toda sua vida voltada para fora de si, também desconhecia e não valorizava a domesticidade e a privacidade” (REIS, 1995, p.108).

Mesmo com as advertências médicas e com os ensinamentos do filósofo Rousseau, as mães camponesas tinham o hábito de enfaixar seus filhos a fim de liberá-las para o trabalho. Ao ser imobilizada, estaria protegida contra os acidentes, poupando quem cuidava da criança.

Interrompendo o raciocínio histórico que está sendo traçado, para retomá-lo logo a seguir, quero enfatizar a sutil semelhança entre a família camponesa e a realidade de algumas famílias entrevistadas. Se a mãe camponesa enfaixava seus filhos para conseguir trabalhar ou para ter menos trabalho com suas crianças, mesmo cientes dos malefícios desta prática, metaforicamente, as mães ou responsáveis entrevistadas nesta pesquisa também parecem usar de práticas semelhantes. Permitem a permanência das crianças nas ruas já que precisam administrar seus afazeres domésticos ou, ainda, por não disporem, muitas vezes, de paciência para cuidar dos pequenos, havendo, portanto, maior exposição a perigos. A avó de Ricardo expressa essa realidade.

Mas olha, pra ele ficá o dia intero dentro de casa é fogo [...].

Num tem só as coisa deles, tem mais coisa pra resolvê. Tem serviço pra fazê, ropa pra passa...aí a gente fica preocupada cada dia mais [...].

Meu nervo é a fror da pele [...].

a gente tem que dá conta daquele jeito, mais tem que dá né? Fazê o quê? Num tem saída né? Senão de que jeito vai sê? É a vó mesmo que tem que se ralar.

[...]

Nós já não tem mais idade pra criar criança (avó de Henrique).

Estas falas demonstram a dificuldade de cuidado e proteção. Demarcam, ainda, a existência de pouca energia para suprir as necessidades do desenvolvimento físico e emocional da criança. Quero salientar, rapidamente, alguns aspectos físicos das casas em que as entrevistas aconteceram, com o objetivo de proporcionar maiores informações para a compreensão deste aspecto – brincar na rua. Na caracterização da cidade em que a pesquisa aconteceu, como já foi descrito no capítulo anterior, não há favelas na cidade de Maringá, o que diferencia as casas e os bairros de periferia de outras cidades brasileiras.

A pobreza, como na grande maioria das cidades, está distribuída pelos diversos bairros. Com relação às condições de vida dos entrevistados, a maioria das mães trabalham fora. Algumas desempenham funções árduas como: empregada doméstica (2) catadora de papel (1). Quanto às demais funções exercidas pelas mães tem-se: funcionária de bar (1), trabalho no lar (2), professora (1). As casas que visitei eram simples, mas todas de alvenaria, com boas estruturas de sobrevivência. Todas possuíam quartos, sala, cozinha, banheiro, algumas equipadas por aparelhos eletrodomésticos como televisão, rádio, geladeira, microondas. As casas, mesmo as menores, possuíam espaços para as crianças brincarem, com quintal relativamente amplo, garagens, mesmo sem possuírem carros. A questão da criança brincar na rua, tão mencionada nas entrevistas, denotou muito mais uma possibilidade de a criança estar fora de casa, facilitando assim o serviço daquele que cuida, do que, necessariamente, por falta de espaço.

Retomando as considerações históricas sobre a família, cabe salientar que o filósofo Rousseau, trouxe significativas mudanças nos paradigmas familiares dos séculos XVIII em diante. Gradativamente seus ensinamentos foram sendo absorvidos. É curioso notar que a classe que mais rápido aceitou as mudanças de

condutas referentes à educação das crianças não foi a mais abastada, a aristocrática, mas sim a burguesa. As mulheres burguesas tentavam se adequar aos ensinamentos dos higienistas a fim de que suas crianças tivessem um bom desenvolvimento. Ao mesmo tempo eram desejosas de encontrarem a felicidade tão propalada para aquelas que se dedicavam aos filhos.

Com o advento da **burguesia**, o ambiente físico também passou por mudanças. As casas se modificaram buscando maior privacidade. Os ambientes externo e interno se diferenciaram. Os cômodos diminuíram de tamanho, aumentaram em quantidade e tornaram-se mais privativos, permitindo assim a entrada e a saída de um recinto sem precisar passar por outro. Com o advento da intimidade, abriu-se espaço para as relações afetivas entre os membros da família. "A família busca sua individualidade no recôndito do lar, no privado" (PERROT, 1991, p.110).

Os bebês que até então eram enfaixados para poupar sua mães de trabalho, no modelo burguês, passaram a ser livres. As faixas cederam lugar às roupas largas que permitiam os movimentos. A mãe passou a amamentar já que era alto o índice de mortes de crianças alimentadas por amas-de-leite. Tais fatores proporcionaram um maior contato da mãe com a criança. O toque, o calor, a atenção, as trocas afetivas, tudo isso levou ao nascimento de um novo tipo de relação. O cuidado estava pautado no amor, a morte de um filho passava agora a ser lamentada e sofrida. Surgia assim um novo relacionamento entre pais e filhos.

O espaço doméstico, livre das tarefas produtivas, encontra sua vocação moderna: a de ser o lugar da exploração e da educação dos afetos de seus membros, doravante unidos pela livre decisão fundada no amor. (BEZERRA JÚNIOR, 1982, p.229)

O sentimento de família e de infância tem na história seu surgimento. A citação de Mattioli (1988, p.16) tece, em rápidas palavras, o percurso histórico do nascimento destes sentimentos tão naturalizados na sociedade atual.

A partir do século XVIII, dois fenômenos foram observados: simultaneamente a uma maior intimidade e privacidade dos membros da família estabelece-se, também, uma relação mais afetiva entre eles, manifestando-se, assim, o "sentimento de família". Em consequência de uma maior preocupação com a infância, esta faixa etária passou a ter um significado tal, que toda família se juntava no sentido de promover e educar seus filhos, expressando um "sentimento pela infância", sendo a criança considerada como um ser frágil, dependente e que deveria ser amada.

Por ser a criança tão frágil, fazia-se necessário orientações de saúde e educação. Médicos, filósofos, formadores de opinião, surgiram tentando capacitar a família com informações sobre higiene, alimentação, cuidado e envolvimento dos pais com seus filhos. A educação passou a ser prioritária na formação de "bons adultos". Toda ciência envolvida com os aspectos humanos, em especial a Medicina – detentora do poder da razão, das idéias –, voltou-se para questões referentes à criança levando aos pais teorias e leis que viabilizassem melhores condições educacionais, higienizando assim as famílias.

Os higienistas reproduziram o ideal burguês de reunir amor, sexo e casamento. As regras do casamento foram mudadas, passou-se a enfatizar o direito à escolha do parceiro, instituíram-se novas formas de relacionamento afetivo entre pais filhos e o casal. Alimentava-se o "ideal de 'família amorosa' baseada no prazer de procriar e cuidar dos filhos como um ato de amor" (COSTA, 1983, p.65).

Araújo (1993, p.38) assim interpreta a ação dos higienistas:

As estratégias higienistas tentavam minimizar o poder do patriarca. Em nome da saúde, os higienistas, aliados às mulheres e às crianças, foram gradativamente domesticando a família à ordem médica. A ideologia do amor materno supervalorizava a relação mãe-filho e enaltecia o papel da mulher como mãe, ativa e dedicada ao lar. A família ganhava importância como "célula básica da sociedade".

Com a Revolução Industrial a forma de ser burguesa estende-se também à família dos trabalhadores sofrendo importantes modificações. Se antes sua

função econômica estava em produzir para seu próprio sustento, sendo portanto uma produção restrita ao contexto familiar, com a industrialização houve um rompimento deste limite. A produção saiu do contexto familiar e alcançou as fábricas, dando início ao terceiro tipo de família – a **proletária**, tendo sua gênese marcada pelo processo da industrialização (início do século XIX).

A **família proletária** passou por algumas transformações até finalmente adotar as características da família burguesa. O início deste período foi marcado pela extenuante jornada de trabalho, sendo comum todos os membros da família trabalharem, inclusive as crianças. As condições sanitárias e de trabalho eram precárias resultando num alto índice de mortalidade infantil. Os pais não dispunham de tempo para estarem com seus filhos, sendo estes criados de modo informal (REIS, 1995).

Na segunda metade do século XIX, a classe operária sofreu algumas transformações. Ao aprimorar-se, transformou seu ambiente de trabalho. Contribuíram, para isso, as novas ações humanitárias da burguesia, que manifestavam preocupações concernentes às condições de vida daqueles que se ocupavam do trabalho. Iniciou-se assim uma diferenciação no que tange às diferenças de gênero. A mulher, tida como frágil e vulnerável, passou a dedicar-se mais à vida familiar.

A ideologia da burguesia ganhou novos espaços junto ao proletariado. À mulher coube a realização das atividades circunscritas ao lar, portanto num contexto mais privado. Ficando em casa poderia cuidar melhor dos filhos, educando-os, evitando assim mortes prematuras e desarranjos familiares, além de submeter-se ao homem. Para tal atividade, não recebia nenhuma gratificação. O homem deveria vender sua mão-de-obra às fábricas recebendo remuneração por este trabalho realizado fora do lar.

A vida da família proletária foi tornando-se mais reservada. Diferentemente da educação informal, dada anteriormente pelos habitantes do povoado, com a

vinda da mãe para o lar, a educação dos seus filhos passou a ser essencial. A mulher, “ficou isolada no lar e o homem passou a valorizar a domesticidade e a privacidade. Ao mesmo tempo, a educação e o futuro dos filhos passaram a ser prioridade da família” (REIS, 1995, p.109).

A família foi se modificando e se adaptando ao contexto social sendo a economia capitalista a principal responsável pelas grandes transformações sociais.

Conforme argumenta Veras (1999, p.73),

nos séculos XIX e XX, o advento da economia capitalista provocou grandes mudanças sociais que repercutiram nos padrões de comportamento e conseqüentemente levaram a modificações na estrutura familiar. Embora algumas dessas mudanças tenham sido grandemente renovadoras, outras provocaram o progressivo isolamento da célula familiar, fato que, aliado a uma ideologia de consumismo – indutora de uma busca de prazer instantâneo e imediato – contribuiu para o surgimento de conflitos e desajustes.

O ideal burguês de educação foi sendo gradativamente inculcado e os proletários foram aderindo às normas e regras de vida a tal ponto que,

[...]um século depois do seu nascimento a família proletária quase não se distinguia mais da família burguesa, em termos de padrões emocionais que caracterizavam suas relações internas. Isso significa que houve um aburguesamento ideológico da classe operária no que concerne à vida familiar. (REIS, 1995, p.109)

Com tais responsabilidades a mãe passou a ser pivô de fracassos na educação. A burguesia não construiu apenas o sentimento de família, mas também gerou o tão famigerado sentimento de culpa. Esta realidade pude observar nas falas dos entrevistados. A mãe ocupou o lugar de destaque nos discursos sobre a causalidade dos acidentes e dos desarranjos ambientais.

Porque se acontece o acidente a bem culpada é a mãe (Avó de Ricardo).

Acidente é porque a mãe não cuida direito. Igual, tem plantas que não pode ter, então a mãe tem que acabar com elas (Alfredo – Pediatra).

A mãe, ao estar isolada, assumiu a culpabilidade pela não assertividade das teorias, ou seja, se algo “não dava certo”, era sua a culpa, já que as leis higienistas prometiam não só a assertividade na educação, mas também a felicidade da mãe como consequência do cumprimento das regras, de cunho político. E é exatamente esta postura que está presente, atualmente, na grande maioria dos discursos sobre os acidentes infantis domésticos. Se a criança se acidenta é porque a mãe não higienizou seu ambiente, não cuidou do seu filho, mas pouco se reflete sobre a condição econômica e psicológica da mãe para que estas funções possam acontecer.

A família é compreendida, na atualidade, como o lugar em que os conflitos entre as gerações são manifestos, a estrutura psíquica é formada, onde os sexos assumem suas diferenças e a distribuição do poder é feita. Alguns autores discutem sobre as diversas funções que a família exerce como: reprodutiva, econômica, social (VERAS, 1999; BRUSCHINI, 1997; TEIXEIRA FILHO, 2000, MATTIOLI, 1988, 1997). Descreverei a seguir estas funções acima mencionadas.

a) A **função reprodutiva** da família é a condição de gerar, de procriar dada aos seres vivos. Embora seja uma condição universal, o homem se distingue pela capacidade de controlar e escolher o momento de gerar um novo ser. A reprodução, principalmente na sociedade capitalista, está relacionada aos aspectos sociais já que o número de membros na família definirá o status social, o tipo de educação, a posse de bens, a cultura, a saúde, etc.

b) A segunda função que destaco é a **econômica**, estando diretamente ligada à produção, à mão-de-obra, ao capital. O crescimento material da família, antes do capitalismo, dependia de seus membros, já com o advento deste as atividades econômicas saíram do âmbito restrito da família para alcançar as fábricas, o território fora do lar.

Com a ruptura entre local de produção e local de reprodução trazida pelo capitalismo, a função econômica da família reduz-se à produção de valores de uso ou prestação de serviços domésticos, através do trabalho doméstico, já que a produção de bens propriamente dita passa a ser feita no mercado, nas fábricas, nas empresas. (BRUSCHINI, 1997, p.65)

No capitalismo, a família recebe mais uma característica, a do consumo. Não é mais preciso produzir para sua sobrevivência, podendo comprar o que necessita nos mercados ou nas fábricas. Uma outra questão é que a família não só compra o que seus membros precisam para sobreviverem, mas também buscam no consumo das mercadorias, satisfação para necessidades criadas por uma sociedade que visa lucros.

c) A **terceira função**, identificação social, vai além da procriação, da reprodução dos indivíduos, é a condição de pertencer a um grupo. “Essa questão torna-se fundamental para a sobrevivência de uma criança, mesmo nos tempos atuais, já que é a partir desta que o grupo familiar se une para ampará-la” (TEIXEIRA FILHO, 2000, p.229).

d) A última função a ser descrita, a da **socialização**, seria o uso de formas e estratégias, visando inserir a criança no mundo adulto. A reprodução dos valores da família, de conceitos sobre higiene, saúde, sexualidade, gênero, encontram aqui o lugar de aprendizado. Costumes e crenças são herdados e a família passa a ser agente de transmissão de conceitos e teorias relacionadas principalmente à educação e à saúde.

2.2 ASPECTO HISTÓRICO DO ABANDONO DE CRIANÇAS

Pode-se entender como infância um grupo de pessoas que se diferencia dos adultos por suas características físicas e psíquicas e que, acima de tudo, requer um cuidado específico. Os fatos históricos demonstram que a criança, em muitos momentos, sofreu com a ausência de uma figura que proporcionasse proteção e amparo. Ainda hoje, seja num plano micro ou macro-social, a história se repete nas práticas cotidianas de exclusão e de interesses pessoais daqueles que deveriam proporcionar cuidado às crianças.

Nos parágrafos que se seguem, quero me ater ao aspecto histórico do abandono, ou mais precisamente, da exposição de crianças na roda dos expostos (século XIX), já que, hoje, estamos convivendo, literalmente, com a mesma problemática.

No mundo ocidental, o abandono de crianças por adultos é fato milenar. Na tradição judaica, a criança sofria abandono tanto pelos pais como pelo Estado. O ato dos pais desampararem seus filhos era perfeitamente aceito, já que estes tinham poder de vender seus descendentes, caso estivessem passando por extrema necessidade econômica. Por outro lado, muitas crianças também eram raptadas, arrancadas de seus pais a fim de servirem de mão-de-obra barata para as embarcações portuguesas (MARCÍLIO, 1998).

A mitologia também contribuiu para reforçar esta prática de abandono, apresentando vários mitos sobre esta questão. O mais conhecido é o abandono de Édipo¹. Na Roma antiga, a tradição não era em nada diferente, havendo até lugares específicos para quem quisesse abandonar seus filhos. Muitos destes abandonados eram escravizados, outros eram vítimas de diversos tipos de agressões, das mais variadas possíveis. Desde abusos sexuais até maltratos

¹ Édipo era filho de Jocasta e Laio. "O pai foi advertido pelo oráculo que seu filho o mataria. Temeroso, mandou abandoná-lo no monte Citéron, atando fortemente seus pés, para que aí morresse. Um pastor o salvou e levou-o ao rei de Corinto, Políbio, que, não tendo filhos, o adotou. Édipo tornou-se um herói, mas a profecia do oráculo se realizou, como se sabe. Édipo casou-se com sua própria mãe e teve morte trágica" (MARCÍLIO, 1998, p.22).

físicos, como quebrar membros, furar olhos a fim de obter compaixão dos transeuntes.

Neste contexto, não havia diferenças entre classes sociais, nem justificativas mais ou menos convincentes para que os pais enjeitassem seus filhos. Os pequenos eram abandonados com muita frequência e as causas eram as mais variadas possíveis, desde pobreza até aqueles que eram ricos, mas não queriam dividir seus bens. "Não eram apenas as mulheres sozinhas e abandonadas que enjeitavam os filhos, mas também os casais despossuídos que, eventualmente, podiam retomar o filho mais tarde" (ARIÈS, 1991, p.268).

A Antigüidade é marcada tanto pelo abandono das crianças como pela inexistência de Instituições que visassem cuidar desses pequenos. Eles cresciam livremente, deixados à própria sorte, tornando-se vulneráveis a vários tipos de violência, inclusive paternas. Priore (1999, p.39) relata que "na iminência de naufrágios, os pais esqueciam seus filhos nas embarcações e os comandantes preferiam salvar barris com biscoitos a crianças".

A violência contra a criança tem, na história, seu registro sangrento. Muitas eram violentadas sexualmente, estupradas por marinheiros e, assim como nos dias atuais, a lei do silêncio imperava, já que, por vergonha ou medo, estas crianças não tinham para quem recorrer, pois na maioria das vezes eram os próprios oficiais que cometiam a barbárie.

Com o advento da Idade Média, as obras de misericórdia para com a criança passaram a ser preponderantes. Acreditava-se que, ao atender ao pobre, ao desvalido, ao enfermo, conquistava-se um lugar no céu, pois a caridade não era simplesmente para quem a recebia, mas sim para Deus. O velho adágio "quem dá aos pobres empresta a Deus" exemplifica este pensamento de que ao doar, ao ajudar, a salvação poderia ser garantida. Frentes de apoio à infância surgem com a finalidade de proporcionar à criança condições para sobreviverem.

O século XVIII, conhecido como a era do utilitarismo, tem seus esforços dirigidos ao prolongamento da vida infantil, objetivando a participação futura destes nos combates em prol à pátria.

O utilitarismo do século XVIII vê com horror a alta mortalidade dos expostos: são cidadãos úteis que a pátria não deveria perder. Eles poderiam servir nos exércitos ou trabalhar em serviços pesados; ou poderiam ser embarcados para as colônias que a Europa conquistara na América, na África e na Ásia (especialmente para as regiões de vida mais difícil e inóspita). (MARCÍLIO, 1998, p.72)

Com a defesa do conceito de utilitarismo, a criança poderia se tornar um cidadão útil para a guerra, para as expedições, então dever-se-ia cuidar da sua saúde, buscando sua sobrevivência durante os primeiros anos, para posteriormente utilizá-la no horror das embarcações. A infância só é, portanto, “valorizada” a partir do momento em que o Estado decide investir nela para obter lucro posteriormente.

Este momento marca a apropriação do indivíduo pelo Estado. O homem passou a ser valorizado não por seus aspectos humanos, mas sim comerciais. Tornou-se, mercadoria. Como destaca Marcílio (1998, p.76), “o ser humano torna-se um produto precioso para o Estado. Por conseqüência, toda perda humana passa a ser considerada uma perda para o Estado”.

Pautados nesses princípios, amplos debates internacionais criaram corpo e as questões do abandono começaram a ser olhadas mais de perto. O grande índice de mortalidade infantil chocou aqueles que tinham interesse pela infância. Os gastos com as crianças eram dispendiosos, no entanto, as suas vidas eram curtas, dificilmente chegavam aos vinte anos de idade. Para o Estado, estava havendo um investimento, mas sem retorno, portanto algo deveria ser feito. O pensamento da época era poder dar mais assistência aos abandonados para que depois eles pudessem devolver ao Estado a gratidão pela vida, oferecendo seu trabalho. Muitas crianças não conseguiam sobreviver a esta fase marcada por sofrimento e abandono.

A roda dos expostos² era o lugar legitimado para abandonar crianças. Os pais possuíam poder absoluto sobre seus filhos, podendo expor, matar ou vendê-los. O aborto e o infanticídio eram práticas admissíveis (MARCÍLIO, 1998). As crianças eram depositadas, anonimamente, para que os hospitais, as santa-casas cuidassem. Contraditoriamente, era ali que mais vidas infantis eram ceifadas, vítimas de maus-tratos, alimentação precária, superlotação, vítimas uma vez mais da violência.

O período da razão, das luzes, traz a ciência médica como o poder supremo, inquestionável, e foram eles, os médicos higienistas, os primeiros e os grandes batalhadores na luta pela extinção da Roda dos Expostos. O movimento higienista, contribuiu em muito para que a criança passasse a ser vista como um ser diferente do adulto, necessitando portanto, de cuidados diferenciados. As ciências aprimoraram e evoluíram, contribuindo para um entendimento diferente não só da criança, mas também do mundo. "Não existe um século que tenha sido tão profundamente penetrado e empolgado pela idéia de progresso intelectual quanto o século das Luzes. O século XVIII está impregnado de fé na unidade e imutabilidade da razão" (CASSIER, 1994, p.23).

Dentre os ideais iluministas, a busca pelo abandono da violência, da barbárie passou a ser prioridade. Temas importantes referentes à criança eram discutidos como, por exemplo, a questão da extinção da roda dos expostos, visando incutir novas formas de tratar a criança.

No Brasil, a criança, desde o período da colonização, sofreu diferentes formas de abandono e de exclusão. Aquelas que haviam sido expostas viviam a mercê da caridade do próximo. Os jesuítas que aqui chegaram, com a "divina" missão de civilizar, ensinar e evangelizar, logo se ocuparam em criar um tipo de pedagogia

² De forma cilíndrica, e com uma divisória no meio, esse dispositivo era fixado no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior da parte externa, o expositor colocava a criancinha que enjeitava, girava a Roda, e puxava um cordão com uma sineta para avisar à vigilante – ou Rodeira – que um bebê acabara de ser abandonado, retirando-se furtivamente do local, sem ser reconhecido" (MARCÍLIO, 1998, p.57).

capaz de alcançar os índios, esquecendo-se totalmente daqueles que eram abandonados. Instituições educacionais foram criadas a fim de atender a demanda de crianças indígenas, “mas, durante todo tempo que estiveram no país e tiveram a hegemonia educacional da infância brasileira, *nunca* criaram uma única instituição destinada à educação da infância desvalida e desamparada” (MARCÍLIO, 1998, p.131, grifo do autor).

Conforme a autora acima citada, no período em que o Brasil foi colônia de Portugal, não houve um movimento do Estado ou da Igreja no sentido de assistir aos pequenos abandonados. Atuavam indiretamente, através de assistencialismo, sem contudo assumir efetivas responsabilidades frente a este quadro de abandono.

O século XX foi marcado por um aumento significativo da população, multiplicando, assim, a pobreza, a existência de habitações precárias, a exploração de mão-de-obra feminina e infantil. Todo este cenário social contribuiu, em muito, para que houvesse um aumento de crianças desamparadas, maltrapilhas, impondo-se, então, a questão do menor que exigia políticas e ações concretas. Cabe salientar ainda que, neste contexto de maior desamparo e dificuldades econômicas, os acidentes domésticos infantis encontraram maior força, fazendo, portanto, mais vítimas.

Já nas últimas décadas do século XX, o Estado assumiu a responsabilidade sobre a criança desvalida, proporcionando-lhe leis que a reconhecesse como cidadão, portanto, um sujeito de direito. Mas, embora a criança, hoje, seja amparada por leis, pouco tem sido feito, de fato, para que a mesma usufrua dos direitos já conquistados.

A criança brasileira ocupa diferentes espaços, aqueles que podemos enxergar e aqueles que não podemos sequer notar! É bem verdade que há criança feliz, mas há também a depressiva; há aquela que é amada, mas há também aquela que é rejeitada; há aquela que vai para a escola, mas há aquela que não pode

ascender a este “mundo intelectualizado”, já que o seu mundo é o do trabalho; há aquelas que vão para a rua, buscar diversão em shopping e parques e ao final do dia podem retornar para suas casas e ainda há aquelas que a rua é a sua casa. Para qual dessas infâncias se quer olhar? Por que as pessoas se defendem tanto dos sofrimentos existentes no mundo da criança?

A história mostra os avanços conseguidos concernente aos cuidados infantis, porém, em tempos modernos, são vistos alguns retrocessos, como por exemplo a instalação de portinholas na Alemanha, que estarei descrevendo logo a seguir. A infância só existe porque foi possível criar um mundo infantil, mas com a modernidade³, a tendência, segundo Postman (1999), é que a infância desapareça, já que os “segredos infantis” que separam os dois mundos – adulto e infantil – têm gradativamente se dissipado.

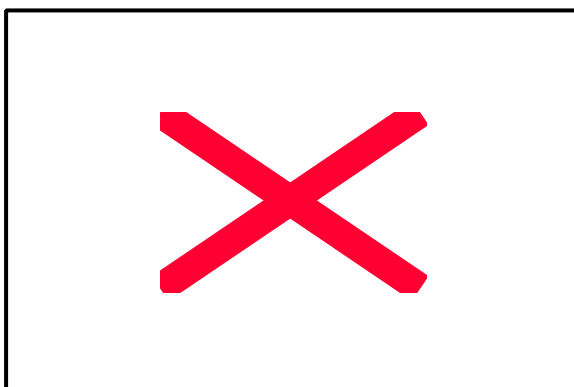
Para o autor acima referido, a infância só existe a partir do momento em que há conteúdos do mundo adulto que são desconhecidos pela criança. Nesta visão, se na Idade Média não havia infância, já que a criança compartilhava de todos os aspectos da vida adulta, atualmente, com a mídia, a criança passa, igualmente, a viver no mundo sem segredos, ficando novamente tênue a linha divisória entre adulto-criança, podendo até mesmo se romper. Se não houver segredos, não pode haver infância.

Embora existam leis que objetivam proteger a criança, sabe-se que ainda falta muito para que a mesma usufrua plenamente de seus direitos humanos. Há crianças padecendo por falta de alimento, educação, cuidado e amparo. A realidade do abandono está presente de diversas formas e em diferentes contextos, desde a família até o Estado.

³ Aceitamos a idéia de alguns autores, dentre eles Giddens, 1991, que acreditam que ainda vivemos a modernidade. “[...]em vez de estarmos entrando num período de pós modernidade, estamos alcançando um período em que as conseqüências da modernidade estão se tornando mais radicalizadas e universalizadas do que antes” (GIDDENS, 1991, p.13).

Numa matéria feita por Bittencourt (2002, p.19) à Folha de S.Paulo, há o retrato do abandono de crianças em letras garrafais "Berlim tem portinhola para mãe deixar bebê". Embora cause um certo espanto, a notícia lá está posta. Os hospitais alemães voltaram a instituir dispositivos para depositarem crianças abandonadas.

Figura 17 – Portinhola Alemã



A figura ao lado, ilustra uma demonstração do funcionamento da babyklappe (Roda), feita por uma enfermeira berlinesa.

Fonte: Folha de S.Paulo (2002).

Tem havido muitas controvérsias com relação a tal projeto, mas o fato é que já existem, na Alemanha, aproximadamente 30 "portinholas – também apelidadas de "janelas", "ninhos de Moisés ou portas da vida" – para ali ficarem as crianças depositadas. Aos moldes antigos, o expositor, ao deixar a criança, toca uma sineta para que o responsável recolha a criança. Em seguida, o expositor se ausenta do recinto sem ser identificado.

As portinholas alemãs surgiram após um bebê ter sido encontrado na lata do lixo. Com tais dispositivos, acredita-se que o índice de crianças abandonadas pelas ruas ou latas de lixo diminuam, diante da possibilidade dos pais, depositarem seus filhos na "Roda" em sigilo.

Se hoje ainda é necessária a criação de dispositivos legais para depositar crianças, é porque a realidade do abandono é concreta e necessita de intervenções. Ainda há retrocessos a meios outrora abandonados porque não se pode efetuar práticas concretas e efetivas contra o abandono de crianças.

Embora, no Brasil, as Rodas dos Expostos permaneçam literalmente nos museus, de modo simbólico, elas ainda ressurgem em quadros como o do trabalho infantil, da discriminação, do abandono e da violência contra a criança.

Parece que, ainda hoje, os resquícios de um país colonial ressurgem ao se tratar de temas referentes às crianças brasileiras, pois o Estado ainda não assume completamente para si a responsabilidade por estes pequenos que adoecem e/ou morrem vítimas de trabalho precoce, de prostituição, de maus-tratos, da falta de saneamento básico, de leitos hospitalares.

A população civil, mais uma vez, tenta, de alguma forma, conter o sofrimento imanente de uma classe desvalida, criando então as organizações não governamentais (ONGS), objetivando acolher o desamparado, o enjeitado socialmente. A escola, também, passa a ser responsabilidade da população civil. É o que estamos presenciando com o projeto "Amigo da Criança" em que a população civil deve arcar com a responsabilidade de uma escola bem limpa, bem organizada, estruturada, quando na verdade esta deveria ser a função do Estado.

Nas últimas décadas, várias transformações ocorreram na sociedade brasileira, inclusive nas famílias. A crescente pauperização da população, a falta de políticas públicas no campo social têm contribuído para o esfacelamento das famílias nas camadas sociais inferiores. Há, assim, pouca possibilidade de manter os cuidados familiares com as crianças, aumentando os riscos de acidentes e violência contra as mesmas e predispondo-as para o adoecimento psíquico. A família, neste tempo de Aids, de drogas, de violência, de informática, de bebê de proveta, de clones, anseia por novas respostas oriundas de novas ponderações.

A modernidade trouxe consigo novas formas de amor parental. Se, num período anterior, a rejeição era prática da época, hoje o amor desmedido passa a assumir este lugar de destaque. Os pais não conseguem colocar limites, temem expressar aquilo que sentem sobre seus filhos, tendem à superproteção, e como resultado "nascem" os verdadeiros reis e rainhas dentro dos lares. Como é possível entender tais atitudes?

Para Calligaris (1994, p.4), este novo jeito de amar as crianças “consiste em querê-las independentes de penosas obrigações, mas dependentes dos objetos de satisfação que tentamos colocar ao alcance de suas mãos.” Para o autor, o fato de as crianças estarem cada vez mais solitárias não se deve apenas ao efeito do momento histórico que se vive ou da instabilidade dos casais, mas, sobretudo, a um “narcisismo parental que cada vez mais vê na criança o adulto” e, caso o ideal não seja satisfeito, as crianças, objetos desse amor, correm o risco de serem abandonadas, por seus idealizadores.

Assim sendo, as crianças passam a ser amadas por seus pais, a partir das compensações que podem oferecer, e isto independentemente da classe social, já que para a classe média e alta a compensação pode estar no desempenho escolar, na inteligência aguçada, enquanto que para a classe menos favorecida a compensação pode estar no trabalho que a criança desenvolve em casa (cuidando dos irmãos, limpando, lavando), na rua (como vendedor ambulante, flanelinhas, etc.) ou ainda no comportamento pacato e submisso.

Freud, em seu texto “Sobre o Narcisismo”, escrito em 1914-15, traz valiosíssimos esclarecimentos sobre esta questão. Afirma que tais condutas paternas estão fixadas na evocação do narcisismo parental.

[...]Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram (FREUD, 1914-1915, p.96)

Continua dizendo, “[...]Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho – o que uma observação sóbria não permitiria – e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele” (FREUD, 1914-1915, p.96).

Concernente ao poder que o filho exerce sobre os pais, Freud traz algumas explicações para tal realidade,

A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – Sua Majestade o Bebê, como outrora nós mesmos nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram – o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe em compensação para sua mãe (FREUD, 1914-1915, p.97).

Freud concluiu dizendo que o amor parental “tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” (FREUD, 1914-1915, p.97). A criança passa a responder a uma necessidade narcísica dos pais, pois estas só podem ser “amadas” se corresponderem ao ideal narcísico de seus proenitores.

Numa das entrevistas desta pesquisa, uma avó, ao falar sobre amor, expressa um pouco o ideal narcísico de muitos pais: ser reconhecido e amado por seus filhos já que se doaram tanto. Tenta explicar o possível amor do neto para com ela a partir da seguinte relação de troca: se algo é gratificante, então é possível amar, mas se for frustrante, então odeie. Ela diz:

Aqui ele tem mamadeira pronta, depois antes de ir para a escola, tem comida pronta, chega tem mamadeira de novo, depois tem janta pronta, vai pra dormir eu dou mamadeira de novo, então ele tem que querer bem eu né? (Avó de Henrique)

O amor, a afetividade para esta avó está alicerçada nas gratificações que proporciona ao neto. Ora, se o pensamento é de que ele deve amá-la porque ela cumpre seu papel de cuidadora, logo, ela o amará caso ele cumpra seu papel de filho-neto. Talvez pelas idealizações não realizadas dessa avó, fique tão difícil dar conta dessa criança, sentindo-se uma sofredora, “nós dois (avó e avô) tem sofrido muito”, já que Henrique é “teimoso”, “desobediente” e “desaforento”. Este último adjetivo resume bem o que estou tentando salientar. Desaforar significa privar de direitos ou privilégios, isto significa que Henrique estaria

privando sua avó de alguns privilégios, talvez justamente aqueles que esperava receber ao suprir suas carências físicas.

As considerações que até aqui foram tecidas tiveram o objetivo de proporcionar reflexões sobre a influência dos aspectos sociais na construção familiar, entendendo que os acidentes infantis também são frutos de um contexto social e político que determina, em grande medida, as condutas dos indivíduos.

ACIDENTES INFANTIS COMO REFLEXO DE FATORES INDIVIDUAIS E SOCIAIS

Vemos as coisas não como são, mas como nós somos.
(TOMLISON, 1974, p.13)

Maior precisão dos diagnósticos, controle de doenças infecciosas, avanço científico e tecnológico foram alguns dos muitos fatores que contribuíram para a melhoria da expectativa de vida infantil. Morrendo-se menos crianças por doenças infecciosas e parasitárias, os acidentes infantis passaram a ser objeto de estudo de diferentes áreas – pediatria, epidemiologia, psicologia, serviço social, dentre outras – preocupadas com a saúde infantil (MELLO JORGE, 1988).

O interesse científico pela questão dos acidentes, teve início a partir da década de 20. Um dos estudos que trouxe significativas reflexões para a compreensão dos mesmos, foi o do Dr. William Haddon Júnior. Ao subdividir os acidentes em fases – pré-acidente, acidente e pós-acidente –, proporcionou à ciência maior visibilidade ao fenômeno (SANTORO JÚNIOR, 2001).

3.1 ACIDENTES INFANTIS COMO ACONTECIMENTOS CASUAIS

Emergiram, na década de 80, no Brasil, importantes debates que marcaram o início de um deciframento das reais causas dos acidentes. Em 1990 foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA –, tendo como função legalizar e fiscalizar o acolhimento de crianças cujos direitos tenham sido lesados. De acordo com tal Estatuto, tanto a comunidade como a família devem proporcionar cuidados e amparos para um adequado desenvolvimento físico e emocional da criança (BRASIL, 1990).

A definição usualmente dada ao acidente é a de um acontecimento casual, fortuito e imprevisto. De acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), acidentes infantis são eventos acontecidos que podem gerar morte ou seqüelas na criança, demandando assim atendimento nos serviços de saúde. O termo – acidentes – “só é usado pelo fato de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada, assumindo, assim, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis” (BRASIL, 2001a, p.1).

Ao conceber a idéia de acidente como “perfeitamente previsível e prevenível”, pode-se também correr o risco de não enxergar os significados latentes, intrínsecos dos acontecimentos, passando a acreditar que apenas campanhas preventivas são capazes de conter tais eventos. Embora a prevenção seja uma poderosa arma contra os acidentes, não se devem esquecer que por de trás dos mesmos existe um ser humano dotado de um psiquismo capaz de realizar atos inconscientes e incompreensíveis para a mente racional.

Os acidentes, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10), compõem a classe das chamadas causas externas, sendo, portanto, um conjunto de eventos agravantes à saúde que pode ou não levar a óbito, incluindo, assim, as causas ditas acidentais.

Exemplificando, teríamos os acidentes automobilísticos, afogamentos, queimaduras, quedas, envenenamentos, dentre outros tipos de acidentes (CLASSIFICAÇÃO..., 1999).

A mortalidade no Brasil por causas externas (acidente e violência) em crianças abaixo de um ano ocupa o oitavo lugar, passando a terceiro entre crianças de um a quatro anos e, acima de cinco anos, ocupa o primeiro lugar (ABRAMOVICI; SOUZA,1999, p.2). Embora esta estatística não mensure exclusivamente os acidentes, para nós, seu valor está em possibilitar uma análise do perfil da realidade em que as crianças brasileiras estão submetidas – acidentes e violências.

Com relação à mortalidade por acidentes, num período de oito anos, entre 1985 e 1993, ocorreram 2.916 mortes de crianças com menos de um ano por acidente no Estado de São Paulo. Isto corresponde à morte de uma criança por dia, todas vítimas de acidentes (SILVEIRA, 2002).

Se for considerado o aspecto econômico, os acidentes roubam dos cofres públicos quantidades altíssimas que poderiam ser revertidas para programas relacionados à saúde.

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total destes gastos correspondeu R\$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que estes valores estão bastantes subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações. (BRASIL, 2001a, p.7)

De acordo com Abramovici; Souza (1999, p.2),

[...]os acidentes no Brasil custam, desconsiderando o aspecto humano, a quantia de 2 bilhões de dólares em perdas materiais e outros 2 bilhões

de dólares em perdas sociais, ou seja, 4 bilhões de dólares ao ano e mais o imensurável valor em sofrimento.

Em um país onde necessidades básicas são tão evidentes, a perda desta soma vultuosa contribui mais ainda para a sobrecarga dos sistemas de saúde.

Embora as estatísticas oficiais tragam números preocupantes, a realidade mostra-se muito mais assustadora, já que os índices são subestimados, seja por desencorajamento dos pais em assumirem a morte acidental ou por falta de uma rotina eficiente de registros sobre as causas dos acidentes nos pronto-socorros. O que restam são dados imprecisos, que não são capazes de retratar o quadro real dos acidentes infantis.

Sabe-se que é dever legal de todo profissional envolvido com a criança, em especial o pediatra, investigar as causas dos acidentes no intuito de prevenir ou tratar de questões (violência, depressão etc) impeditivas para o desenvolvimento infantil. Mas, infelizmente, a realidade mostra um outro quadro. Os profissionais nem sempre exercem seu real dever. Os relatos abaixo ilustram esta dura constatação.

O que acontece é que a gente não quer se comprometer. Deixa como acidente mesmo e evita dor de cabeça. (Alfredo-pediatra)

A reincidência das crianças é lucro para o hospital, então para que tratar disso? (Delegado da Delegacia da Infância e Adolescência)

Não só sofre-se com a imprecisão de dados epidemiológicos, da ausência de políticas que viabilizem o enfrentamento direto e preciso dos acidentes infantis, mas sobretudo da omissão de pessoas responsáveis pela proteção da criança.

Alguns aspectos inerentes à idade da criança como pouca maturação física, baixa compreensão sobre os perigos, associados com situações sociais precárias predispoem as crianças a situações de risco, aumentando assim a probabilidade da ocorrência de acidentes.

A seguir, quero me deter na perspectiva da teoria psicanalítica, a qual possibilita uma compreensão não apenas das causas aparentes, mas, sobretudo, daquelas que estão veladas, buscando encontrar no inconsciente do indivíduo as possíveis causas de seu sofrimento.

Para a Psicanálise, há sempre um significado por detrás das palavras e das ações humanas. Freud (1901-1905, p.206) já dizia: “evidentemente os atos descuidados também podem servir a toda uma série de outros propósitos obscuros”.

Em *Psicopatologia da Vida Cotidiana*, Freud descreve alguns episódios salientando a ocorrência dos atos falhos que os seres humanos, cometem. Tais atos não se constituem apenas de palavras, mas também de atitudes que, na maioria das vezes, são ignoradas e incompreendidas.

Os equívocos da fala não deixam de ter paralelos. Correspondem às falhas que freqüentemente ocorrem em outras atividades humanas e são conhecidas pela denominação bastante tola de descuidos. (FREUD, 1901, p.201)

Portanto, continua Freud (1901-1905, p.201),

[...] não sou de modo algum o primeiro a supor um sentido e um propósito por trás das pequenas perturbações funcionais da vida cotidiana das pessoas sadias. Se os lapsos da fala – que é claramente uma função motora – podem ser entendidos dessa maneira, basta um pequeno passo para estender essa mesma expectativa aos erros em nossas outras atividades motoras.

Ele acrescenta, ainda,

Sabe-se que nos casos mais graves de psiconeuroses, os ferimentos auto-infligidos ocasionalmente aparecem como sintomas patológicos e que nesses casos, nunca se pode excluir o suicídio como possível desfecho do conflito psíquico. Sei agora, e posso provar com exemplos convincentes, que muitos ferimentos *aparentemente acidentais* sofridos

por esses doentes são, na realidade, lesões auto-infligidas. (FREUD, 1901, p.223, grifos do autor).

Voltando algumas páginas, nessa mesma obra (FREUD, 1901-1905, p.220), ele desmistifica ainda mais a questão do acaso fortuito e imprevisível.

Acontece que uma tendência à autopunição, que está constantemente à espreita e comumente se expressa na autocensura ou contribui para a formação do sintoma, tira hábil partido de uma situação externa oferecida pelo acaso, ou contribui para sua formação até que se dê o efeito lesivo desejado. Tais ocorrências de modo algum são raras, inclusive nos casos de gravidade moderada, e denunciam o papel desempenhado pela intenção inconsciente através de uma série de traços particulares – por exemplo a notável serenidade com que os pacientes encaram o suposto acidente.

Em seguida, Freud (1901-1905) relata, na obra já citada, a situação de uma paciente que sofreu uma fratura na perna num acidente de carruagem, ficando a mesma acamada por semanas. O que chamou atenção de Freud foi o fato de que, embora tivesse acontecido uma fratura, a paciente suportou tal “acidente” com muita tranqüilidade. Ao se realizar uma profunda investigação, descobriu-se que aquela jovem senhora havia se acidentado após uma calorosa discussão com seu marido ciumento, porque havia dançado cançã e obtido veementes aplausos. Ao decidir andar de carruagem, ela mesma escolheu os animais. A irmã mais moça queria que seu bebê e a ama a acompanhassem no trajeto, mas a paciente recusou terminantemente. Durante o trajeto, apresentou-se nervosa. Num determinado momento, quando os animais faziam um movimento brusco, saltou apressadamente do veículo, fraturando o membro inferior, enquanto os outros passageiros nada sofreram.

Embora, depois de descobrir estes detalhes, já não possamos duvidar de que o acidente, na verdade, foi arranjado, não podemos deixar de admirar a habilidade com que o acaso foi forçado a impor um castigo tão adequado ao crime: por muito tempo ela ficou impossibilitada de dançar o cançã. (FREUD, 1901, p.221)

Como pode ser evidenciado pela teoria psicanalítica, muitos acidentes não são meras casualidades, mas estão servindo a uma demanda inconsciente.

“Mecanismos vários são postos em funcionamento, acarretando acidentes calcados em sentimentos reprimidos de culpa e acusação com necessidade de auto-punição, desejos de vingança, valorização ou proteção pelo acidente” (MARCONDES, 1987, p.829).

Para Lima (1999, p.785), existe uma “predisposição” ao acidente. Haveria uma “síndrome do acidente”, em cuja origem estaria a inclinação ao acidente. Sua gênese tem mecanismos intra-psíquicos, inconscientes, de determinados tipos que são mais notados na infância.

A propensão ao acidente deve ser tomada como uma verdadeira enfermidade de origem psicológica, os pais têm a obrigação de compreender que quando um filho se acidenta com demasiada frequência, algo sério está se passando em seu interior. (KNOBEL apud SATLLER, 1980, p.71)

Para o autor, os acidentes não se devem apenas ao acaso, mas existem fatores psicológicos na sua motivação. Esta tem sido a tônica deste capítulo, enfatizar que os acidentes podem trazer consigo importantes significações psicológicas, desmistificando, assim, a crença de que estes são apenas eventos imprevisíveis.

A grande maioria das pessoas está acostumada a pensar em acidente como algo imprevisível, entendendo estes como independentes das circunstâncias e do meio. Através das falas dos entrevistados (8 pais ou responsáveis pela criança e 5 profissionais) desta pesquisa, pude compreender que embora se utilizem de diferentes discursos explicativos – educação, divindade, azar – para a questão dos acidentes, a base está na crença de que os mesmos são frutos do acaso. Tais pensamentos concretizam a idéia de vulnerabilidade do indivíduo frente ao acidente.

[...] tem nem como falar, acidente com criança, porque o nome já diz, é acidente, e criança é uma coisa imprevisível (Mãe de Renan).

[...] foi uma coisa de repente. [...]é coisa que tem que acontecer (Mãe de Cleiton).

Ora, se o acidente acontece repentinamente, se criança é sinônimo de imprevisto, o que fazer em tais circunstâncias? Dentro desta visão, nada pode ser realizado. Portanto, não é possível intervir, pois o objeto em questão (acidente) não pode ser controlado, já que é fruto do acaso.

Se o discurso da casualidade não pode ser sustentado, rapidamente uma nova compreensão é elaborada, visando dar conta da explicação dos acidentes. Neste modelo a responsabilidade pelo acidente é de "Deus", surgindo assim o discurso dos desígnios divinos, demonstrado na fala a seguir.

Deus foi tão bom pra mim, que o F. nunca se machucou na escola de tanto eu me apegá ao meu Deus. Eu oro todo momento pedindo que isso não me apareça no meu portão (Avó de Henrique).

Esta citação reflete a crença de que o indivíduo precisa ser bom para obter os favores divinos, similar à concepção do século XIX em que as benevolências às crianças, eram realizadas visando as bençãos divinas. Se o indivíduo não se apegar a Deus, Ele poderá castigá-lo, mas se houver obediência não haverá punição. Dentro desta perspectiva, não é possível compreender o contexto em que os acidentes ocorrem, submetendo assim sua ocorrência ao desejos divinos. Assim sendo, a função do indivíduo seria apenas pedir a Deus para que o acidente não acontecesse sem, contudo, poder viabilizar meios e alternativas preventivas.

Um terceiro modo, relatado pelos entrevistados, de analisar os acidentes foi o da crença de que crianças "bem cuidadas" não se acidentam. As falas abaixo ilustram este tipo de abordagem. A avó de Henrique, ao se referir a uma neta que nunca teve acidente diz:

[...] também é bem cuidada, né? Tem tempo pra cuidar, num deixa em lugar perigoso [...] (Avó de Henrique)

[...] a mãe bem que podia cuidá disso, porque se acontece o acidente a bem culpada é a mãe [...] (Avó de Ricardo)

[...] dependendo do tipo do acidente, você vê [...] muitas vezes a criança é vítima, por exemplo acidente de carro, do descontrole dos pais ou de um adulto [...] ela por si só se acidenta, geralmente estão abandonadas [...] tem a família mas estão meio desligadas [....].

[...] o perfil da mãe também é uma mãe meio enrustida, é uma mãe sabe que não tem aquele carinho, aquele afeto, ela larga, não cuida, fica horas com xixi na fralda...ela não troca, entendeu? Ela deixa no berço, ela fica distraída, ela infiltra o soro, porque não cuida, entendeu? Ela não cuida lá e não cuida aqui. Ela não consegue dar aquele suporte que precisaria dar [...] (Aline-pediatra).

[...] para mim acidente é culpa da mãe. É a mãe que não cuida (Alfredo-pediatra).

Estas falas, independentemente de grau de informação, já que tanto as avós como os pediatras compartilham do mesmo pressuposto, denotam a responsabilidade da família, principalmente da mãe, no que concerne à ocorrência dos acidentes. Acredita-se que estes acometem as crianças que não são bem cuidadas. Sem dúvida alguma, o cuidado com a criança é uma profilaxia segura e importante, todavia atribuir aos acidentes apenas este aspecto, demonstra uma visão simplista e superficial dos fatos, ignorando aspectos emocionais, ambientais e sociais.

Faz-se necessário compreender o significado de ser "bem cuidado", já que a criança pode estar bem cuidada fisicamente, mas não emocionalmente, ou seja, a criança pode ser provida de um ambiente seguro, cuidados com materiais tóxicos, dentre outras medidas, porém desprovida da afetividade, do vínculo, da presença. Abre-se aí a possibilidade de acidentes infantis acontecerem, podendo, portanto, revelar que algo não está indo muito bem. Os acidentes podem representar [...] um desejo de proteção e auxílio materno, indicando, ainda, uma necessidade de amor e de vida" (SATLLER, 1980, p,77).

Mas, se a visão for apenas de arranjos ambientais, esta questão emocional fica escondida, passando-se a acreditar que, se houver planejamento ambiental, não haverá acidente. Na visão de um dos pediatras entrevistados, ele deixa explícito este pensamento que salientei – se houvesse segurança ambiental não haveria acidentes.

[...] olha, acidente para mim é coisa de terceiro mundo. Queria ver se todo mundo tivesse uma casa ampla, armários formaplas embutidos lá no alto, todos com portas fechadas [...] queria ver se teria acidente [...] (Alfredo-pediatra)

É inegável atribuir à estrutura ambiental a maior ou menor probabilidade de ocorrência dos acidentes. Mas acreditar que este fator seja único é analisar de forma simplista a questão. No pensamento do pediatra citado acima, a causa do acidente está diretamente vinculada ao ambiente. Esta é uma questão que também desejo questionar, a da crença de que os acidentes são frutos de ambientes pobres, como se fossem “coisa de terceiro mundo”, como disse o pediatra entrevistado.

Faz-se importante, neste momento, desnaturalizar a idéia de que os acidentes são sintomas de países subdesenvolvidos. Indubitavelmente, em ambiente desprovido de segurança poderá haver maior prevalência dos acidentes. Mas não é possível reduzir este aspecto como sendo único, mesmo porque a alta incidência dos acidentes não é realidade apenas de países do terceiro mundo.

Mello Jorge (1988) ao considerar a gravidade dos acidentes infantis, reporta-se a dados de outros países demonstrando que este tem sido um problema de saúde pública independente do país. Ao citar um estudo sobre mortalidade causada por acidentes na infância em cinquenta países do mundo, ressalta que os Estados Unidos, em 1980, tiveram uma porcentagem de 46% de mortes entre crianças de 1 a 4 anos, vítimas de causas externas, sendo esta porcentagem aumentada para 55% entre 5 e 14 anos.

Ao compreender que os acidentes não acontecem unicamente pela insegurança ambiental, está dada a possibilidade de pensar sob outras perspectivas – violência contra a criança, depressão, negligência – entendendo que estas podem ser reveladoras ou sintomas reveladores de que algo, internamente, não está bem.

Resumidamente, pode-se afirmar que todas estas explicações dadas pelos entrevistados sobre a causa dos acidentes, carrega consigo a concepção de fatalidade ou responsabilidade materna. Ao se tratar deste tema, ronda no imaginário das pessoas um medo – o medo da morte – já que a associação acidente e morte é feita por muitos.

Ao falar a respeito de sua concepção sobre os acidentes a avó de Henrique afirma:

[...] eu penso que morre, né, eu penso que bate e morre e vem aquela notícia ruim pra mim. Eu acabo morrendo também [...].

Ao compreendê-los dessa forma, resta às pessoas a crença de que Deus os livre, de que esta “entidade”, chamada acidente, não bata “no portão”, mas, se ainda assim aparecer, “é porque tinha que acontecer”, entendendo-o como algo pré-determinado.

A morte é um tema evitado por muitos, desde profissionais altamente qualificados até pessoas com pouco ou nenhum nível de instrução. Ao estar o acidente vinculado à morte, deixa-se de questionar, de buscar entender as razões, os significados, ocultos ou aparentes. Tal conduta talvez deva-se à tentativa de proteger-se contra os próprios fantasmas.

Além destes aspectos salientados, acredito que há ainda o agravante de que os acidentes investigados aconteceram com crianças. Em geral, tem-se dificuldade para entender o universo infantil, atribuindo a este apenas momentos felizes.

Comumente, a idéia de infância remete a pensamentos de tempos felizes, de tranqüilidade, de segurança, de felicidade, de uma vida sem dores nem sofrimentos. Criança inspira lealdade, fidelidade, fragilidade, esperança e inocência. Atribui-se ao infante a responsabilidade de “melhorar o mundo”,

acreditando que eles carregam, dentro de si, a esperança e a confiança outrora perdidas (VARMA, 1992).

Como salientou ainda, o autor acima citado, o adulto espera, por intermédio das crianças, ter sua infância revivida de um jeito melhor. Querem protegê-las da dor, da tristeza, da violência e dos dissabores. Por acreditar que a criança vive um estado de extrema felicidade, há a tendência de evitar as lágrimas decorrentes de um olhar mais acurado sobre a infância, sobrando, muitas vezes, a negação como único caminho para se evitar a dor.

Atualmente, há um esforço no sentido de que as queixas de acidentes infantis sejam passíveis de melhor investigação, a fim de diferenciá-los da violência contra a criança. Muitas vezes, a queixa relatada pelos pais ou responsáveis da criança ao médico nem sempre coincide com o real. Pode-se falar de acidente, embora se constate violência. Entretanto, a grande maioria dos profissionais de saúde não está preparada para enfrentar esta realidade. Como ressalta Assis; Souza (1995, p.304), “[...] acontece de o médico perceber que, por detrás da queixa apresentada, existe uma história de violência velada, mas que ele acredita que não deve intervir, sob a alegação de não se tratar de um problema de saúde”.

Esta postura equivocada torna-se uma aliada da reincidência dos maus tratos e conivente com o sofrimento aos quais são submetidas essas vítimas. É precária a investigação das mortes violentas que envolvem crianças e adolescentes, uma vez que a tendência, mesmo na Instituição Policial, é classificá-las como “acidentais”.

Clinicamente, os quadros do mau trato infantil, muitas vezes, apresentam ser no início acidentes atendidos de urgência, porém trata-se de crianças apresentando lesões físicas por maus tratos corporais e sintomas psíquicos de apatia total que requerem continuidade de intervenções emergenciais, após o atendimento urgente. (ZELLERHOFF, 1989, p.63)

Uma outra questão que muito tem contribuído para o esclarecimento de acidentes infantis é o estudo mais intensivo da depressão na infância, assunto que até a década de 80 era pouco veiculado e a idéia de suicídio na infância era quase inexistente.

Embora a literatura assegure que os acidentes constituem uma importante causa de mortalidade, poucos são os trabalhos que contribuem para uma real compreensão destes acidentes, pois a maioria propõe prevenções, arranjos ambientais, deixando de analisar as motivações inconscientes, os significados latentes.

A questão que nos é imposta, ao pensarmos em acidentes com crianças, é a de que estes, em muitos momentos, são como mantos encobridores da negligência dos pais ou responsáveis, violência contra a criança e, também, de comportamentos auto-destrutivos. Precisamos pensar "o acontecimento não como o que acontece, mas como o que é no que acontece, o que é expresso e representado no que acontece" (SOUZA, 1999, p.139).

Sabe-se da existência de acidentes com crianças, porém pouco se pergunta sobre as causas. Sabe-se de vidas infantis que são ceifadas nesses acidentes, contudo prefere-se o silêncio, pois a realidade, em muitos momentos, é assustadora. É evidente que são várias as causas dos acidentes com crianças, entretanto um grande número delas estão encobertas e precisam ser desveladas. Em muitos casos, constatei que os acidentes infantis podem estar expressando algo do indizível, algo do que está escondido, fazendo-se necessário desvelar.

3.2 ACIDENTES INFANTIS COMO MANIFESTAÇÃO DA NEGLIGÊNCIA DOS RESPONSÁVEIS PELA CRIANÇA

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1990)

Crianças negligenciadas, desamparadas, destituídas do cuidado de um responsável, é fato na história infantil. O infanticídio, declarado ou oculto contribuiu para que os índices de mortalidade infantil, por longos séculos, se mantivessem elevados. A teologia cristã, na voz de Santo Agostinho, via na criança o símbolo do mal, concebia-a como um estorvo, devendo mantê-la distante dos afetos e vínculos paternos.

A amamentação mercenária, a ausência dos pais nos funerais dos filhos menores de cinco anos, o desinteresse pelo acompanhamento da vida do filho enquanto estava sob o cuidado das amas-de-leite, a falta de uma medicina infantil, a ausência na literatura da infância, são fatos que denotam o quanto a criança foi negligenciada tanto pela família como pelo poder público. (BADINTER, 1985)

A partir do século XX, a história da criança sofre significativas mudanças, sendo este período marcado por grandes transformações e descobertas. A amamentação materna passou a ser valorizada, a medicina evoluiu trazendo importantes contribuições para a compreensão do desenvolvimento infantil. Surgiu a medicina fetal capaz de estudar o feto e prever, em grande medida, sua saúde física.

O controle da morte e das doenças proporcionou o prolongamento da existência, abrindo espaços para a compreensão desta etapa da vida conhecida como infância. Na década de noventa, com a criação do Estatuto da Criança e do

Adolescente (ECA), a criança brasileira passou a ter direitos assegurados por lei.

A negligência, tão presente na vida infantil, configurou-se como crime. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no artigo 5º, dispõe:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma de lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990, p,1,grifo do autor).

Mesmo sendo ilegal, muitas são as crianças que padecem deste tipo de violência. Discorrer sobre negligência é denunciar práticas veladas, ideologias firmadas, responsabilidades abandonadas. Talvez isto explique um pouco a dificuldade encontrada ao se tratar deste tema.

Negligência, na relação adulto-criança, pode ser entendida como a falta de um adulto responsável que proporcione à criança condições de sobrevivência física e emocional. De acordo com Azevedo (1998, p.184), a negligência pode ser compreendida como,

[...]uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, de prover educação e supervisão adequadas, e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle.

Muitas podem ser as atitudes negligentes daqueles que se propõem a cuidar da criança. Deixá-la sozinha em casa, não protegê-la do contato com produtos químicos, medicamentos, fogão; não supervisioná-la em ambientes como piscina, rua; não dar-lhe o cuidado necessário como trocar fraldas, adequar a temperatura da água nos banhos; não "cuidar afetivamente", negando-lhe amparo e presença são alguns dos muitos fatores que envolvem a negligência.

Acreditando que a proteção e a defesa da vida são algumas das principais funções dos progenitores, espera-se que esta seja uma realidade presente em todos os lares. Mas é evidente que tal desejo não se constata efetivamente.

Muitas são as crianças que não têm o amparo da família, crescendo muitas vezes sem o cuidado de um responsável, num ambiente alheio e negligente às suas necessidades básicas.

A negligência não ocorre apenas nas classes menos favorecidas economicamente, acontece também dentro dos lares da classe média e alta. O diferenciador pode estar na maior facilidade para denunciar. Na classe economicamente desfavorecida, é mais fácil a vizinhança saber que na casa ao lado, ou no mesmo terreno, uma criança está sendo violentada. Um outro fator é que a classe média e alta têm condições econômicas que contribuem para velar a negligência ou a violência, procurando muitas vezes consultórios particulares para tratarem da criança vitimada. Esta realidade é descrita pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia).

a própria Abrapia, quando recebe alguma denúncia, tem dificuldade de chegar a esses pais de classe média, com seus técnicos sendo barrados pelos porteiros dos condomínios. E, quando algum desses pais chega à Abrapia, já vem acompanhado por seu advogado. (ASSOCIAÇÃO..., 2002, p.3)

Em se tratando dos acidentes, é comum ouvir a explicação de que a criança se acidentou em decorrência do descuido materno. É bem verdade que esta realidade engloba uma grande maioria dos casos, mas não se deve esquecer que existem outros fatores que podem corroborar para a incidência dos acidentes como, por exemplo, a falta de estrutura ambiental, a pouca idade da mãe, o despreparo emocional, as condições sociais e econômicas e a idade cronológica da criança. Ao valorizar esta variedade de elementos que compõem o cenário dos acidentes, sua compreensão torna-se mais completa, não sendo, portanto, possível reduzi-la apenas ao aspecto da culpa materna, tão propalada nos discursos de mães e médicos, que serão apresentados a seguir.

Como já esclarecido, o acidente infantil é um fenômeno complexo e multifatorial. Descreverei sucintamente alguns aspectos, já citados, que contribuem para a predisposição da criança ao acidente.

a) Fatores sócio-econômicos: Os fatores sociais estão intimamente relacionados com o índice dos acidentes infantis. A escassez de tempo no cuidado infantil, a desinformação, a falta de recursos financeiros para planejamento ambiental, a quantidade de crianças pequenas para serem assistidas simultaneamente são aspectos ligados à maior probabilidade de ocorrência dos acidentes infantis.

A recessão econômica gerando necessidade cada vez maior de vários membros da família, saírem em busca de sustento e somação de salários para cobrir despesas familiares cada vez maiores, pelo aumento constante de gastos básicos (água, luz, alimentos, transporte), têm contribuído para grande número de acidentes com crianças pequenas, ainda sem raciocínio lógico, que fica sem a presença de responsáveis. De maneira esquemática, esta situação pode ser reproduzida. (CAMPOS; OLIVEIRA, 1999, p.784)

b) Fator ambiental: Este fator pode estar associado aos aspectos sócio-econômicos, pois em geral a classe menos favorecida economicamente encontra maiores dificuldades para adequar os móveis de acordo com a idade da criança. Mas é importante lembrar que, independentemente da classe econômica, os acidentes relacionados aos fatores ambientais ocorrem por uma dificuldade de preparo ambiental para receber a criança. É verdade que a criança pode se acidentar com um tanque que não está chumbado no chão, mas também pode morrer dentro de uma piscina sem proteção. Um ambiente sem adequação para a criança, torna-se um grande fator de risco para sua saúde física e emocional. Muitas são as crianças que se acidentam com tanque de lavar roupas pelo fato deste não estar fixo no solo. A criança, ao se dependurar, acaba sendo esmagada pelo peso do tanque e o agravante é que em geral o peso fica sobre o tórax. Pela incidência, este acidente é conhecido como "síndrome do tanque".

Cabe lembrar a necessidade constante de uma higienização do ambiente físico das crianças, diminuindo sempre que possível, os fatores predisponentes e de manutenção de acidentes na casa, na escola, nas diversões, no trabalho, nos meios urbano e rural. Na casa, em todos os países, a cozinha constitui ambiente de grande risco para as crianças. (CAMPOS; OLIVEIRA, 1999, p.781)

c) Fator de gênero: Não é possível falar em acidentes infantis sem remeter as questões de gênero que estão implícitas na formação educacional. Conceitos como atividade e passividade fazem parte de diversos discursos psicológicos, pedagógicos e até religiosos.

Embora a sociedade tenha sofrido profundas transformações concernentes aos papéis masculino e feminino, ainda hoje carregam-se ranços de uma visão estigmatizada da sexualidade. Ao menino é dada a "liberdade" de agir, explorar, experimentar, enquanto a menina deve manter a meiguice, o "ar" angelical. Talvez este seja um importante fator para lançar os meninos à frente nas estatísticas de acidentes.

Em se tratando de acidentes, de acordo com as pesquisas, os meninos lideram em número de ocorrências. Brincadeiras que usam bicicleta, playground, determinam a maior frequência de acidentes. No presente estudo, o índice de meninos acidentados reincidentes foi de 80%, enquanto o das meninas correspondeu a um total de 20%, comprovando haver, de fato, uma relação estreita entre o índice de acidentes e o sexo da criança. Os dados coletados demonstraram que das quarenta crianças reincidentes em acidentes, 32 eram do sexo masculino e apenas oito do sexo feminino. Esta diferenciação talvez se deva pela educação recebida, pelo tipo de cuidado dos pais, pelas brincadeiras escolhidas. Para melhor investigação desta questão faz-se necessário novos estudos.

d) Idade: É também um importante fator para determinação do tipo de acidente. De acordo com os dados estatísticos da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre acidentes na infância (2001), os principais acidentes ocorridos por faixa etária são:

0-6 meses – afogamento, ingestão de corpo estranho, intoxicações, queimaduras, quedas, sufocações e engasgos;

7-12 meses – afogamento, aspirações e ingestões de corpo estranho, choques elétricos, intoxicações, quedas, queimadura;

1-3 anos – afogamento, choque elétrico, corpos estranhos, intoxicações, picadas venenosas, quedas e colisões, queimaduras;

3-7 anos – acidentes de trânsito, afogamento, choque elétrico, ferimentos, intoxicações, mordeduras, picadas venenosas, quedas e colisões, queimaduras;

7-12 anos – acidentes na escola, na vizinhança e nos esportes;

Cabe ressaltar que o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra pode favorecer alguns tipos de acidentes. Freud chamou de fases do desenvolvimento a organização da libido ao redor de uma zona erógena, evidenciando as características particulares de cada fase, sendo estas conhecidas como fase oral, anal, fálica, genital e latência. Entende-se por zonas erógenas “uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade” (FREUD, 1901-1905, p.171).

Em sua teoria sobre os instintos, pautado no modelo biológico, separa os instintos em dois grandes grupos – aqueles ligados à auto-preservação e os relacionados à preservação da espécie. Diz ele:

Dissemos a nós mesmos que provavelmente não iríamos perder o rumo, se começássemos por separar dois principais instintos, ou duas classes de instintos, ou dois grupos de instintos, em consonância com as duas grandes necessidades – fome e amor. Por mais ciosamente que em geral defendamos a independência da psicologia, de toda outra ciência, aqui se nos impõe o fato biológico inamovível de que o organismo individual vivo está sob o domínio de duas intenções, a autopreservação e a preservação da espécie, que parecem ser independentes uma da outra, que, até onde por ora sabemos, não têm origem comum, e cujos interesses muitas vezes estão em conflito na vida animal. (FREUD, 1976, p.120)

Freud observou que as crianças após suas mamadas, depois de satisfazerem sua necessidade biológica de alimento, continuavam tendo movimentos labiais de sucção, inclusive chupando dedos ou a mão inteira. Buscou então entender qual

a razão que levaria o bebê a sugar; qual era a necessidade. Se este já estava saciado, então havia uma outra necessidade, que não a de fome, que o mobilizava em busca de uma outra satisfação diferente da de alimentos.

Ao elaborar a teoria dos Instintos elucidou assim esta questão. O bebê ao sugar o dedo não estaria satisfazendo uma necessidade de fome, mas sim de prazer. Os primeiros instintos estariam relacionados com os aspectos biológicos, de manutenção física do indivíduo, como chorar e receber o leite, sentir fome e saciar-se, já o sugar pelo simples fato de sugar estaria relacionado com outra classe dos instintos, ligada a formas de obtenção de prazer (FREUD, 1976).

Como já salientado, para a psicanálise, a criança no decorrer de seu desenvolvimento passa por algumas etapas denominadas fases de organização primitiva. Tais etapas são flexíveis quanto à idade e características, já que num determinado período há a predominância de uma em detrimento de outra. A importância das fases não está na cronologia, ou em sua característica rígida, mas sim na possibilidade de entender a forma como a criança elabora e busca satisfação de seus instintos.

A teoria psicanalítica sobre o desenvolvimento psicosexual infantil possibilita maior compreensão da causa dos acidentes, uma vez que a fase do desenvolvimento psicosexual pode contribuir para tipos de ocorrências acidentais. Como exemplo cito uma criança na fase oral. A principal característica desta fase é a incorporação, portanto há maior probabilidade de ingestão de corpo estranho, de introjeção de corpo estranho em orifícios como nariz, ouvido, já que é pela incorporação que, nesta fase, a criança vai gradativamente conhecendo o mundo. O tipo de queda é um outro exemplo. As quedas com crianças, nesta fase oral primária que se estende, aproximadamente, até os seis meses de vida da criança, poderão estar mais relacionadas a aspectos de negligência do que de exploração do ambiente, diferente de uma criança mais velha em que a atividade motora é a forma de interação social e exploração de seu ambiente.

Como já discutido, os acidentes guardam estreita relação com a negligência. Os dados da presente pesquisa constataam esta realidade. Adotei o termo negligência para caracterizar ausência de cuidado, de proteção e de preservação, no contexto dos acidentes.

A partir dos dados coletados nas fichas de pronto-atendimento, pude constatar que o maior número de crianças acidentadas se situa na faixa etária dos dois aos três anos, com 265 casos, e o menor índice foi entre as crianças de zero a um ano, com 118 casos. O tipo de acidente mais freqüente foi o trauma cérebro encefálico (TCE), com 450 casos, e a menor notificação, foram as agressões com sete casos registrados.

Sabendo que há um subregistro dos índices de acidentes e violências, pode-se estimar um contingente bem maior de crianças vítimas de agressões e acidentes que não chegam aos hospitais, aproximadamente uma média de quatro vezes mais. Cabe ressaltar que, embora os registros com crianças de zero a um ano apresentaram-se menores em comparação com outras faixas etárias, o número isolado, por si só, constitui, a meu ver, um dado que traz preocupação.

Crianças nesta idade são totalmente dependentes de adultos cuidadores e os dados demonstraram que, no decorrer de um ano, cento e dezoito crianças, de zero a um ano, se acidentaram com quedas, traumas cérebro-encefálico, dentre outros tipos de acidentes, vítimas da ausência física, da proteção, do amparo de um cuidador, funções estas indispensáveis para o bom desenvolvimento infantil. Não é possível caracterizar tais comportamentos como negligência, em virtude de não possuir dados que comprovem tal afirmação, mas, sem dúvida alguma, os números acima mencionados demonstram que obstáculos de alguma natureza roubaram a garantia do cuidado apropriado dos bebês. Houve algumas dificuldades que foram impeditivas para a preservação física e psicológica da criança.

Uma pediatra, ao ser entrevistada, relata dois casos acontecidos durante aquela semana¹. O primeiro caso foi de uma criança com, aproximadamente, cinco meses. A mãe colocou uma banheira no chão, próximo da cama. Deixou a criança deitada sobre a cama e pediu ao pai que olhasse o bebê, enquanto foi buscar água fria para temperar, já que a água da banheira estava muito quente. Por alguma distração do pai, a criança rolou e caiu na água fervente, sofrendo queimaduras graves por todo o corpo. O segundo caso foi de uma briga entre o marido e a esposa. A criança, ao estar junto, recebeu “casualmente” uma martelada na cabeça, tendo um afundamento de crânio, vítima da incapacidade de adultos lidarem com seus conflitos.

Estes dois casos demonstram, claramente, a dificuldade dos pais exercerem algumas das funções paternas: cuidado, preservação, afetividade. Outros “pequenos” descuidos cometidos por pais ou cuidadores puderam ser percebidos pelas entrevistas realizadas. A Avó de Henrique dá um exemplo da dificuldade acima mencionada dizendo: “[...] quando ele tinha sete dias, a mãe dele derrubou ele da cama.”

Pode-se caracterizar a negligência como alguma ação física que pode revelar o descuido afetivo, emocional, psicológico. A seguir, transcrevo fragmentos de entrevistas, apresentando alguns atos que denotam tais ações.

A avó de Henrique chega do mercado e coloca sobre a mesa a palha de aço solicitada pelo pedreiro. Henrique fica curioso, tenta abrir o pacote e lesiona a mão com ferimento profundo. A avó então diz:

Eu não pensei, na minha cabeça, né, que ele vinha mexer na palha de aço, e você, ocupada né, cheia de serviço, você não vai pensar naquilo, né, e pensei também que o pedreiro, vinha e catava e levava para o trabalho dele [...]

[...] um pouco de descuido de mim e um pouco de descuido do homem (pedreiro).

¹ Não tivemos acesso a estes pacientes porque a nossa coleta de dados foi no ano de 2000. Entretanto, em função da greve e da dificuldade de aprovação do projeto, só pudemos realizar as entrevistas no ano de 2002.

Quando o irmão de Henrique cai sobre uma lata velha e enferrujada que estava no quintal e corta o pé e o tornozelo a avó fala para seu esposo: “[...] tem que cuidá direitinho, que isso aí é perigoso.”

Acima a avó justifica-se, dizendo não ter pensado sobre o perigo, e responsabiliza em parte o pedreiro como culpado por não ter guardado a palha de aço. Embora tente dar justificativas, sabe internamente que houve um descuido, que resultou num acidente. Quando diz ao esposo da necessidade de “cuidar direitinho”, diz exatamente desta necessidade infantil que é a proteção.

A mãe de Alexandre, ao relatar um acidente com o irmão dele, quando estava engatinhando, diz: “[...] meu marido mexia com sofá e, aqui no quintal, tinha né (se referindo à pregos), e tava ali, bem pertinho dele né (os pregos, próximo da criança), quando ele engoliu eu percebi que era né [....]”

A mãe diz também que Alexandre “adora a rua”. Entretanto, mesmo sabendo que é perigoso, mesmo já tendo sido atropelado, Alexandre continua brincando na rua. Interessante perceber que frente aos perigos, como, por exemplo, ficar na rua ou engatinhar apesar dos pregos pelo quintal, ainda assim as crianças continuam expostas a situações de risco.

A avó de Ricardo diz:

[...] ele é teimoso né, só qué [...] vê a rua [...].

Domingo mesmo os meninos tomou as duas burquinhas que eu di para ele, e tacô ele no carro e ele veio para casa com isso (lateral do rosto) tudo preto [...] bateu ainsim que inchô a boca. O menino pegô as burquinha dele e ainda empurrou ele no carro. Mas eu não deixei ele í pra rua, mas ele passou direto aqui em casa e foi lá pra cima [...].

Perguntei se ninguém sabia que Ricardo estava na rua. A avó respondeu:

Não, eu não sabia, a mãe dele achou que ele tava aqui e eu achei que ele tava lá [...] se viu como é as coisas né [...] não tem menino aqui com a idade dele pra ele brincá, só tem menina [...] (Avó de Ricardo).

Indago se Ricardo ia sempre à rua quando menor. A avó responde:

Não, a gente nunca foi de tá deixando [...] era perigoso e ele era bobinho [...] agora que a gente deixa ele í mais na rua, depois daquele acidente a gente deixa í menos [...] quanto mais eu posso segurá, mais eu seguro [...] (Avó de Ricardo).

A avó, em seguida, passa a relatar um caso acontecido naquela semana, noticiado pelos jornais.

Igual aquele caso daquela criança. O pai e a mãe estava na sala, e o coitadinho estava engatinhando, foi se levantá, segurou no fogão e a frigideira virou em cima do coitadinho, eles tinha acabado de fritá frango [...] Ele tinha nove meis, conseguiu viver [...] (Avó de Ricardo).

Aqui, a rua também é o lugar de brincadeira da criança. A mãe e avó se confundem de quem é a responsabilidade pelo cuidado da criança, ficando esta à mercê da sorte.

A mãe de Tiago também relata dois casos. “Uma vez eu estava fazendo curau e derrubei nas pernas da minha sobrinha [...] quando eu passei a mão, assim [...], o coro saiu junto [...]”. Acrescenta que, outra vez, Tiago estava brincando na rua e o “menino tacô um pau no olho dele [...]”.

Os pequenos acidentes acontecidos diariamente alertam para aquilo que Freud já havia demonstrado, que os atos pessoais, esquecimentos ou devaneios são ricos em significados e motivações inconscientes.

Compreender os acidentes com crianças é algo complexo, pois requer uma visão ampla e profunda daquele que se põe a pensar nos diferentes significados que estes podem assumir. Embora algumas publicações relacionem os acidentes com a violência, ou os acidentes com a negligência, não foi encontrado nenhum

trabalho que reunisse e se aprofundasse nestes quatro determinantes que o presente trabalho se propõe. Talvez, o mérito desta pesquisa não seja o de denunciar que o acidente pode revelar uma violência, ou uma negligência, mas agregar vários fatores que como uma teia, formam o quadro dos acidentes infantis, lançando assim reflexões sobre a necessidade da investigação diagnóstica ser muito mais ampla do que simplesmente uma categorização de sintomas físicos.

3.3 ACIDENTES INFANTIS COMO EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA FÍSICA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

A história da infância é um pesadelo do qual recentemente começamos a despertar. Quanto mais atrás regressamos na história, mais reduzido o nível de cuidado com as crianças, maior a probabilidade de que houvessem sido assassinadas, abandonadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas sexualmente. (LLYOD DEMAUSE, 1975 apud AZEVEDO, 1998, p.46)

Embora esta pesquisa não tenha como propósito inicial o estudo específico da violência física doméstica contra a criança, acredito não ser possível tratar dos acidentes sem lançar algumas reflexões sobre esta, pois, em muitos momentos, ambos os fenômenos se misturam. Este é o objetivo deste capítulo; compreender que os acidentes e a violência física doméstica contra a criança podem se constituírem faces de um mesmo fenômeno.

A violência, por ser um tema estudado por diferentes áreas de conhecimento, recebe enfoques distintos. A citação, a seguir, resume sucintamente as diferentes abordagens usadas, todas com o objetivo de compreender este tema, mas partindo de perspectivas diferentes.

Enquanto as abordagens sociológicas consideram a complexidade de situações sociais, a abordagem antropológica relaciona a violência com os diversos aspectos da natureza humana, fundamentando-a em diferentes bases: a neurofisiológica; desenvolvida a partir das contribuições da etologia, quando esta considera a violência humana da perspectiva dos comportamentos animais; a da antropologia pré-

histórica, que considera a evolução do homo sapiens e de suas aptidões, bem como a da psicologia e da psicanálise. (CAMARGO, 1996, p.14)

Esta diversidade de olhares lhe dá a característica de um fenômeno complexo e que, por isso, requer uma análise causal que englobe tanto questões sociais como as de ordem individual, uma vez que fatores como tipo de personalidade, pulsões agressivas, meio ambiente são requisitos indispensáveis para melhor compreensão do ato violento (AMORETTI, 1992).

Em se tratando do estudo da violência contra a criança, o enfoque deve ser ainda mais amplo, pois envolve tanto as questões familiares como também a do desenvolvimento físico e psicológico infantil.

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, a criança começou ter seus direitos adquiridos por lei. A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal, n.8.069, de 13 de junho de 1990), proporcionou à criança e ao adolescente a condição de ser um cidadão com seus direitos assegurados por uma Lei de abrangência Federal. O artigo 3º assim dispõe:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL, 1990, p.1)

Com relação à violência contra a criança, o artigo 18 declara o seguinte: "é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor." (BRASIL, 1990, p.3).

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, no uso de suas atribuições legais, tornou obrigatório a criação e o funcionamento de, no

mínimo, um Conselho Tutelar por município, independentemente do número de habitantes (BRASIL, 2001b).

Portanto, o órgão capacitado para lidar com os vários tipos de violência contra a criança e o adolescente e proceder encaminhamentos tanto individuais como familiares é o Conselho Tutelar, pois tem como atribuição zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente assegurados pelo ECA.

É atribuição do Conselho Tutelar, nos termos do art. 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao tomar conhecimento de fatos que caracterizem ameaça e/ou violação dos direitos da criança e do adolescente, adotar os procedimentos legais cabíveis e, se for o caso, aplicar as medidas de proteção previstas na legislação. (BRASIL, 2001b, p.2)

O Conselho Tutelar em Maringá-PR, cidade onde a pesquisa foi realizada, foi o primeiro Conselho a ser instituído no Brasil. Possui cinco conselheiros, escolhidos pela população em geral através do voto. Pode ser candidato qualquer cidadão que tenha idoneidade moral comprovada, maioridade civil e residência fixa no município. Qualquer outro requisito pode ser estabelecido pela lei municipal. O município de Maringá possuía como critério, para seleção do conselheiro, a exigência de ter concluído uma graduação, independente da área. Este critério, atualmente, não mais existe, trazendo, de acordo com um dos conselheiros, um grande problema para tomadas de decisões, já que a bagagem teórica contribui, de acordo com ele, para práticas mais assertivas.

Embora Maringá tenha sido o primeiro município a instalar o Conselho, ainda trabalha com muitas dificuldades. Não possui dados estatísticos precisos já que o sistema não é informatizado. Há uma demanda grande de atendimentos, em média são atendidos cento e cinquenta casos novos por mês para cada conselheiro, desconsiderando os casos antigos que requerem acompanhamento. Maringá possui apenas um Conselho Tutelar, o que faz com que a estrutura fique sobrecarregada.

O Conselho Tutelar de Maringá é um Centro de Referência à Criança e ao Adolescente, recebendo denúncias, solicitando averiguações e requisitando serviços.

A seguir, descrevo a violência em linhas gerais, tentando traçar alguns pontos que permitam a compreensão do ato violento; não isoladamente, mas sim no contexto social, político e econômico, visto que este contribui tanto para o aparecimento como para o agravamento da violência. Posteriormente, me atendo à violência física doméstica contra a criança, buscando traçar a relação entre esta e os acidentes infantis.

Muitos são os avanços científicos e tecnológicos que, ao longo dos anos, o homem conquistou. Promoveu meios para sua subsistência, criou instrumentos que possibilitassem a vida, instituiu formas de reprodução e inventou a clonagem. Este é o cenário da sociedade contemporânea; cenário marcado pelo desenvolvimento social, político, econômico e científico.

A saúde no Brasil acompanhou o desenvolvimento social e político. Sofreu alterações e se desenvolveu com o passar dos anos. Hoje, é possível vislumbrar os avanços tecnológicos a serviço do bem-estar físico das pessoas, como, por exemplo, exames modernos capazes de analisar uma minúscula célula e identificar possíveis anomalias, medicamentos atuais e potentes no combate às doenças, dentre tantas outras melhorias. Mas toda esta tecnologia não pode estar à disposição de todos os brasileiros que dela necessitam, apenas uma minoria usufrui dos benefícios tecnológicos e científicos. Enquanto alguns se submetem a aparelhos modernos para maior precisão diagnóstica, muitos são os que sucumbem ante a espera de um leito nos hospitais públicos. No Brasil, ainda se adoce por falta de saneamento básico; ainda se morre por falta de remédios e médicos; ainda se padece por ausência de políticas concretas e reais, gerando uma sociedade injusta e desigual.

A discriminação, a desigualdade social brasileira são refletidas pelas estatísticas.

De acordo com o IBGE (INSTITUTO..., 2000), há uma diferença significativa da qualidade de vida entre negros e brancos. Oitenta e dois por cento dos brancos possuem água encanada, enquanto apenas 67,2% dos negros ou pardos usufruem do mesmo benefício. Com relação ao esgoto e fossa séptica, a discrepância é maior: 62,7% dos brancos contra 39,6% dos negros ou pardos. No Brasil, estima-se que cerca de 30 milhões de pessoas não recebem água tratada, resultando em graves doenças e internações hospitalares. O Estado violenta na medida em que discrimina o cidadão usurpando seu direito à alimentação, ao estudo, à saúde e ao trabalho.

A partir do momento em que o Estado não preenche a lacuna deixada pelo mercado, ou seja, a situação de desemprego, carência, abandono e falta de escolaridade, ele pode ser entendido como um violentador, por não cumprir com a responsabilidade que ele próprio se atribui: a de tutor de todos os pais. Revela-se o outro lado da violência legítima monopolizada que define seu poder. (PASSETTI, 1999, p.56)

O Anuário Estatístico do Brasil de 1994, apud (CARNEVALE; RUIZ, 2002, p.1) demonstrou que houve um crescimento de 43,5% no número de mortes por causas violentas num período de dez anos – 1982-1992 –. Em 1992, a cada dez mortes que foram registradas uma teve causa violenta, sendo o homicídio o fator principal. Em dez anos morreram mais pessoas assassinadas do que de câncer. Em nosso país, todo ano, mais de 30 mil pessoas morrem dessa forma. Entre 1980 e 1995 houve um crescimento de 300% dos crimes violentos no eixo Rio-São Paulo. “Nós, no Brasil, temos a nossa guerra, onde 5.100 vítimas (da violência) são mortas por ano apenas em São Paulo. Isso mostra que estamos matando quatro vezes mais do que na guerra do Kosovo” (CAMPOS, 2001, p.11).

Seja através de fatos reais, como o divulgado pela ONU que coloca o Brasil entre líderes de mortes por armas, ou pela ficção, uma criança americana, antes de completar 13 anos, já assistiu a 18 mil assassinatos na televisão (CARNEVALE; RUIZ, 2002, p.1), a violência constitui parte do cenário social de todas as sociedades, independente de serem desenvolvidas ou não.

A violência, atualmente, tem ocupado grande parte dos espaços da mídia, realizando-se muitos estudos e pesquisas preocupados com a questão da influência que esta exerce sobre os indivíduos, em especial sobre as crianças. O debate sobre a violência na mídia teve seu início na década de 20, sendo intensificadas as discussões nas décadas posteriores (CARLSSON; FEILITZEN, 2000).

A partir dos anos de 1980, a mídia apresentou um crescimento vertiginoso e seu desenvolvimento proporcionou a condição da comunicação tornar-se globalizada. Atualmente, os problemas sociais existentes num país não são circunscritos apenas ao seu território; atravessam oceanos, perpassam barreiras étnicas e culturais, constituindo-se em problemas mundiais (FEATHERSTONE, 1994).

Do que até aqui foi posto, é possível compreender que a violência pode apresentar-se de forma manifesta ou oculta no cotidiano dos indivíduos. A manifesta é aquela noticiada em jornais, revistas, ou seja, pela mídia. Ela é visível e audível. Em muitos momentos, é usada para aumentar a audiência dos meios de comunicação, está estampada nas manchetes dos jornais e revistas, retratando a dor de quem é agredido.

Num primeiro momento, tais notícias podem causar, impacto; posteriormente a tendência é acomodar-se à idéia de que a vida é feita de agressores e agredidos.

Que idéia subjaz a tal comportamento? Como sociedade, acredita-se que existe uma certa naturalidade no curso das coisas, ou seja, ser violentado é destino de quem vive em sociedade, em grupo, portanto deve-se apenas selecionar meios de segurança, já que, como se diz popularmente, "no mundo em que vivemos, não tem jeito mesmo". É como se o conceito sustentado fosse de que a tragédia, a violência são conseqüências de uma sociedade desenvolvida, por isso, pouco pode ser feito.

Pode-se constatar tal realidade nos ditos populares: “fazer o que, né? Deus quis assim [...]”, ou ainda, “é [...] chegou a hora dele, quando chega a hora da gente não tem jeito”, ou o velho adágio, que dá um ar de brincadeira ao drama, de que “somente peru morre na véspera”. Estes dizeres encobrem a crença ideológica de que existe um momento predeterminado para cada um morrer, adoecer, sofrer, portanto pouco pode ser feito para evitar o “fatalismo”.

A consequência deste tipo de visão é a naturalização da violência, como se esta estivesse predefinida, por isso toda e qualquer ação não é capaz de mudar os fatos que estão postos. Os sentimentos que emergem são os de resignação, os quais se apresentam como uma defesa para não se deixar afetar frente à violência. Há, nesse sentido, uma tendência ao conformismo. Esta visão, impregnada nos discursos e práticas cotidianas, impede a reflexão das causalidades dos fatos, bem como as formas para resolvê-los ou evitar sua repetição.

A violência velada pode ser vista, no sistema econômico capitalista, assumindo diferentes formas e significados. Como disse o então Senador Lauro Campos (2001, p.9), em um dos seus discursos,

Na medida em que o capitalismo desenvolve suas técnicas, o seu saber, o seu poder, a sua capacidade de produção, a sua eficiência destruidora, vai também desenvolvendo a agressividade na sociedade. Vão se formando países e regiões que são condenadas pela fome, pelo sacrifício, pela exclusão, pelos pagamentos dos compromissos externos, da dívida externa, a aumentar a agressividade interna.

O Brasil, como país de terceiro mundo, sofre com a pobreza, com a falta de recursos básicos para sobrevivência, com a ausência de políticas efetivas no combate à miséria, à fome. Os sistemas educacionais e de saúde estão sucateados: sofrem pelo descaso e pelo desejo de lucro. A trágica consequência deste tipo de estrutura é o aumento considerável do número de pessoas que vivem em estado lastimável, no que concerne às condições básicas de sobrevivência. E, neste quadro, o pano de fundo é o abandono material das crianças, ficando estas à mercê da negligência dos pais, da violência física e

psicológica. É em meio à discriminação, a situações reais de abandono físico e emocional que a criança busca resistir. Cabe ressaltar, ainda, que, neste contexto de pobreza, de falta de recursos básicos, a criança fica mais vulnerável às situações de riscos, predispondo-se aos acidentes.

Como salientado no parágrafo anterior, a miséria, a pobreza são agravantes que predispoem a atos violentos, mas é necessário compreender que a condição social não é a única determinante, mesmo porque a violência se faz presente em diferentes classes econômicas. Muitos são os fatores motivacionais, podendo envolver desde questões sociais até distúrbios emocionais. Somente com um olhar que atravesse o que está manifesto, poder-se-á enxergar caminhos que visem o bem estar físico e emocional do ser humano, em especial das crianças.

3.3.1 Concepções sobre Violência Física Doméstica contra Crianças

Os homens acreditaram por longos anos, que eram conhecedores de si mesmos e das coisas que haviam sido criadas por eles. Contudo, ao longo da história, algumas grandes feridas narcísicas foram sendo abertas. Sigmund Freud foi um dos pensadores que contribuiu para "lesionar" essa ilusão humana quando descobriu o inconsciente. Descobriu-se também que a criança – o ser angelical eleito pelos adultos –, fonte de amor e meiguice, é agressiva, tem inveja, impulsos destrutivos, sente ódio. A psicóloga infantil, Melanie Klein, trouxe importantes considerações sobre este aspecto ao estruturar sua teoria sobre o desenvolvimento infantil, salientando que aspectos como agressividade, inveja, destrutividade compõem a tenra vida infantil.

Ao longo de sua trajetória, a criança vive alguns traumas, algumas "violências", que, antes de serem maléficas, são extremamente importantes para o seu desenvolvimento, para a estruturação de sua personalidade. Vive o trauma do nascimento, o desmame, a marcha, a fala, a castração, o complexo de Édipo, dentre outras situações conflitivas. Portanto, a constituição do sujeito é feita a

partir das contradições, dos conflitos, das violências simbólicas que, indubitavelmente, todos vivem.

Sanches (2001, p.63) diz que,

A travessia da criança pelos caminhos do desenvolvimento é assim, permeada por uma sucessão de violências simbólicas que culminam no Complexo de Édipo e decorrente internalização dos preceitos morais, a qual impele o indivíduo à busca de satisfação fora do círculo familiar, psicologicamente, corresponde à instituição do superego infantil.

As primeiras fases do desenvolvimento da criança são de extrema importância para o equilíbrio emocional. Winnicott (1971, p.266) ressalta a importância familiar para um desenvolvimento adequado. Quando o lar não supre as necessidades básicas da criança, este tende a buscar fora: "a criança cujo lar não conseguiu dar-lhe um sentimento de segurança procura fora de casa as quatro paredes que lhe faltaram [...] procura uma estabilidade externa, sem a qual enlouquecerá". De acordo com Winnicott (1971), o lar, a casa, a família são sustentáculos para a criança. E quando este lar, ao invés de proteger, violenta?

A violência física doméstica contra a criança sempre ocupou espaços em jornais, revistas e literaturas. O interesse científico por este tema surgiu a partir da publicação, nos Estados Unidos, de um trabalho realizado por F. Silverman e H. Kempe, em 1962. Os autores denominaram como Síndrome da Criança Espancada, aquelas que tinham menos de três anos e que apresentavam hematomas subdurais. Enfatizaram a discordância do discurso dos pais na tentativa de descrever o fato com os exames clínicos. Já nos idos de 1960, apontavam para a resistência médica para tratar tal questão (GUERRA, 1998, p.72).

[...] os radiologistas americanos desde a Segunda Guerra Mundial já estavam intrigados com o surgimento de casos de crianças com hematoma subdural, acumulação de sangue na base do crânio, fraturas recentes de ossos longos, curadas ou em processo de cura. Eles sabiam que as ações das crianças não poderiam ter provocado tal tipo de problema, chegando gradualmente, portanto, à conclusão de que elas

estavam sendo vítimas de um processo de violência por parte de seus pais.

A partir desse trabalho, a visão sustentada era a de que os pais apresentavam distúrbios emocionais, por isso a violentavam. É feita, então, a proposta de realizar terapia com os pais "doentes", visando dar a estes condições para exercerem seus papéis. Este era um modelo médico analisado sob o ângulo de causa-efeito. A causa era a doença dos pais, o efeito era a agressão. Tratar dos pais, portanto, seria o meio de cura. A terapia era voltada para a re-paternagem, durava cerca de 18 meses a 3 anos. Não era imputado ao agressor nenhum tipo de penalização, pois, caso contrário, poderia haver prejuízos para o tratamento (GUERRA, 1998).

Nesse contexto, a medicina assume a incubência de investigar tais ocorrências. "O médico tornou o guardião moral definindo o que era normal, adequado ou desejável: ele se investiu de poderes inquisitoriais para descobrir as coisas erradas a serem corrigidas" (GUERRA, 1998, p.73).

É na década de 70 que outras áreas do conhecimento apropriam-se de tal problemática, a partir de diferentes visões, com novas considerações e abordagens de tratamento. No Brasil, foi no ano de 1973, em São Paulo, o primeiro caso descrito pela literatura nacional de uma criança espancada. A partir daí, alguns são registrados dando prosseguimento a uma atuação mais abrangente da violência física doméstica.

Como já descrevi, é a partir da década de 80 que a infância no Brasil ascende em importância, com discussões referentes ao bem-estar da criança. A sociedade civil começa a organizar-se para contemplar questões referentes ao então chamado "menor". O Estado, com suas propostas, fez valer planos e ações voltadas para a infância. Aos poucos, maiores sensibilizações vão acontecendo e novas intervenções são feitas (SANCHES, 2001).

Atualmente, a criança brasileira adquiriu direitos, de “[...] proteção à vida e à saúde” (BRASIL, 1990, artigo 7º), mas embora haja garantia legal para a vida, muitas sucumbem ante aos maus-tratos, às lesões, ao sofrimento físico e emocional.

Pais estupram e mantêm relações sexuais com suas filhas sem que a mulher/mãe reaja, pois seu parceiro se constitui chefe da casa. Filhos são espancados, torturados, tendo em vista a prática de uma educação autoritária/violenta que deverá desde cedo transmitir regras, valores e comportamentos de submissão aceitos em nossa sociedade. Mulheres se submetem a estupros de seus maridos por se encontrarem em posição inferior a estes. E neste círculo vicioso as pessoas vão se matando, destruindo relações fundamentais para a construção do homem enquanto ser digno, cujo bem maior é o direito à vida. (ROURE, 1996, p.62)

Romper o ciclo, eis a função de todos aqueles que se envolvem com esta problemática. Nenhuma prática se constitui isolada, antes porém necessita da fusão de várias outras pertencentes a diferentes campos do conhecimento, formando assim um todo.

3.3.2 Tipos de Violência

De um modo geral, para fins didáticos, a violência que atinge crianças e adolescentes pode ser classificada nos principais tipos: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, negligência e outros tipos como exploração do trabalho e da mendicância, acidentes e suicídios (ASSIS; SOUZA, 1995). Sabe-se que, na maioria das vezes, diferentes tipos de violência ocorrem de forma correlacionada, como, por exemplo, a violência sexual relacionada com a violência física.

Privilegiei neste tópico a violência contra a criança acontecida no âmbito do lar. É ali, que ao receber o caráter de sigilo, a criança, um ser frágil, padece pela imposição da autoridade paterna. Saffioti (2000), na denominada “síndrome do

pequeno poder”, alerta para a questão do poder paterno que ultrapassa os limites humanos, escravizando, muitas vezes, o pequeno a condições desumanas.

[...] Crianças são espancadas, assassinadas, estupradas por adultos que, na maioria das vezes, têm justamente a função de protegê-las: mães, pais, outros parentes, responsáveis legais e profissionais da esfera infantil, como babás, professores, médicos etc. (SAFFIOTI, 2000, p.20-21)

O Ministério da Saúde (apud CAMARGO, 1996, p.19) define a violência familiar como uma “violência intra-classes sociais, mas que permeia todas as classes sociais, estando relacionada diretamente com o poder que o adulto exerce sobre a criança”, configurando-se em diferentes formas:

a) Violência Física: Corresponde ao uso da força física por um adulto sobre uma criança, ao discipliná-la. “A literatura é muito controvertida em termos de quais atos podem ser considerados violentos: desde a simples palmada no bumbum até agressões com armas brancas e de fogo, com instrumentos, socos e pontapés” (GUERRA, 1992, p.75). Nesta pesquisa, o conceito de violência física engloba tanto as surras dadas com objetivo de educar até as agressões mais graves.

Um conceito mais global de violência doméstica, emanada do Conselho da Europa em 1981, (apud AZEVEDO; GUERRA, 2001, p.22), define a violência física como:

[...] maltrato físico através do qual a criança ou o adolescente são objetos de agressões por parte daqueles que lhes estão próximos, tendo conseqüências físicas (como lesões cutâneas, oculares, viscerais, fraturas, queimaduras, lesões permanentes, morte).

b) Violência Sexual: Assim caracteriza Camargo (1996, p.19) essa violência:

[...] todo ato ou jogo, relação hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa.

Este tipo de violência, acrescenta a mesma autora, é marcado por medos, inseguranças e vergonha, ficando mais difícil delatar. Opta-se então, em grande parte, pelo pacto do silêncio.

c) Violência Psicológica: De acordo com Camargo (1996, p.20) “evidencia-se como a interferência negativa do adulto sobre a criança e sua competência social, conformando um padrão de comportamento destrutivo. Costuma se apresentar associada a outros tipos de violência”. Também designada como “tortura psicológica”, ocorre quando o adulto, constantemente, deprecia, ameaça, aterroriza a criança, causando-lhe grande sofrimento mental.

d) Negligência: Esta pode ser compreendida como

o fato da família se omitir em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se no comportamento dos pais ou responsáveis quando falham em alimentar, vestir adequadamente seus filhos, medicar, educar e evitar acidentes. Tais falhas só podem ser consideradas abusivas quando não são devidas à carência de recursos sócio-econômicos. (CAMARGO, 1996 p.20)

As estatísticas sobre violência contra a criança têm trazido números preocupantes. Estima-se que 1% das crianças brasileiras até 14 anos sofre algum tipo de violência – cerca de 500.000 casos por ano, ou seja, uma agressão por minuto (CARNEIRO, 2000, p.103). Sabe-se que os dados são subestimados, o que traz uma preocupação ainda maior. Com relação a esta questão dos sub-registros, um estudo sobre mortalidade, realizado no município de Maringá, constata esta difícil realidade e aponta a necessidade de intervenções mais contundentes que viabilize dados mais fidedignos.

Em casos de mortes violentas, quando o preenchimento da declaração de óbito cabe ao Instituto Médico Legal, é freqüente a falta de

preenchimento do tipo de violência, tipo de acidente, fonte de informação, acidente de trabalho e local do acidente [...]. Para óbitos infantis chamou a atenção que 87% da informação sobre filhos tidos mortos não seja conhecida. (MATHIAS; MELLO JORGE, 2000, p.762).

O trabalho citado corrobora com a questão levantada nesta pesquisa: o não preenchimento dos campos da ficha de atendimento. Tais práticas dificultam uma abordagem mais precisa sobre a questão do acidente.

É dentro deste panorama que procurei entender a violência contra a criança. Não como algo isolado, que ocorre apenas em casa tendo como culpados os pais, porém analisando-a a partir de fatores multicausais relacionados com uma sociedade que oprime, que discrimina, que violenta.

3.3.3 Acidente e Violência

Como já descrito, a violência não é um acontecimento novo na história da humanidade, muito menos na história infantil. Os infanticídios, os abandonos, as negligências, em alguma medida, sempre estiveram presentes compondo diferentes quadros sociais e políticos.

Procurei demonstrar, neste capítulo, que acidente e violência, em muitos momentos, têm caminhado juntos. Em algumas ocasiões, apresentam-se nebulosos, capazes de confundir não só o olhar do leigo, mas também de profissionais, não porque estes não saibam diferenciá-los, mas talvez porque a realidade acabe por despertar alguns temores. Tal fato pôde ser constatado através das entrevistas realizadas com os pediatras.

Indaguei aos profissionais, durante as entrevistas, se ocorriam casos de pais que levavam seus filhos ao consultório pediátrico com a queixa de acidentes e, quando realizado o exame médico, percebia-se que a informação não procedia.

As respostas foram afirmativas e contundentes. Esta realidade existe, mas muito pouco tem sido feito para alterá-la. Os depoimentos a seguir ilustram esta problemática.

[...]Isto acontece sim. Às vezes é porque teve uma agressão e não quer falar [...] mas dá pra gente saber. Dependendo do lugar do hematoma, do ferimento é possível saber. (Alfredo – pediatra)

Alguns chegam dizendo que perdeu o controle e bateu, agora outros omitem. Mas se você apurar você pega, não é tão complicado assim [...] (Aline – pediatra).

Na maioria da vezes não conta. Inventa as explicações. [...] diz que nem sabe o que aconteceu [...] (Ana – enfermeira chefe).

É fato que a violência contra a criança tem acontecido. Contudo, neste caso, não está explícita, pois guarda estreita relação com os acidentes, sendo estes usados como dissimuladores. As falas dos entrevistados deixam claro que o diagnóstico pode ser um eficaz instrumento no combate à violência contra a criança.

Alguns pais, ao consultarem o pediatra, o enfrentam, afirmando terem usado de violência, outros omitem. Nos casos de omissão, o diferenciador, com certeza, será o profissional. Se este for passivo frente ao que está recebendo, nada poderá ser feito transformando-se num agente perpetuador da violência. A questão, a meu ver, não é saber se a ocorrência é de acidente ou violência, já que tal procedimento é relativamente simples, mas sim a condição interna do profissional para enfrentar tais questões. Então o que acontece? Por que muitos casos ainda são vistos como acidentes se, na realidade, não o são?

O que acontece é que a gente não quer se comprometer. Deixa como acidente mesmo e evita dor de cabeça. Às vezes foi uma agressão, mas só num minuto de raiva, depois o pai se arrepende e pronto. Para que ficar vasculhando?!?(Alfredo – pediatra)

É muito difícil alguém denunciar. Os hospitais não querem se envolver, sabe, a reincidência das crianças é lucro para o hospital, então para que tratar disso? O médico também tem medo e, assim, ninguém fala nada (Sargento da Delegacia da Infância e Adolescência).

Parece que o discurso médico ainda tem sido aquele de manutenção da ordem, ou seja, tudo aquilo que fere os paradigmas médicos parece encontrar resistência. A violência vai contra o modelo cartesiano ainda presente em muitas práticas médicas, porque requer compreensão social, cultural, política e emocional. Demanda não a objetividade, que muitos médicos brilhantemente fazem em suas práticas, mas necessita da condição de escuta, precisa ir além da objetividade para alcançar a subjetividade daquele que ali está.

É da visada totalitária do discurso médico nada querer nem poder saber do que não lhe pertence, porque é inarticulável em seu sistema conceitual, e não pode resultar em nenhuma prática que não fosse médica. [...] os sofrimentos diversos, não justificáveis medicamente, é acolhido por uma maior ou menor boa vontade por parte do médico, mas este permanece inteiramente desarmado tanto para dar uma interpretação cientificamente aceitável como para tratá-los, uma vez que os diversos medicamentos que pode utilizar não tem maior especificidade que a antiga teriaga² (CLAVREUL, 1983, p.84).

Muitos são os profissionais que foram e estão sendo preparados para cuidar da doença e não do doente. Bons médicos são os que conseguem aplacar a dor física com um remédio de última geração, que possuem equipamentos potentes, que conhece detalhadamente o corpo. Mas este perfil não se sustenta num mundo globalizado do século XXI. Necessitam-se de médicos que não apenas conheçam o corpo humano, mas que valorizem as emoções e os sentimentos que constituem o ser humano.

Na visão de Aline, o pediatra tem dificuldade de estabelecer vínculos com seus pacientes porque,

[...] como profissional homem, além de lidar mal com suas emoções, ainda é homem, se for cirurgião, pior ainda, é um outro perfil, ele tem o perfil de "deus", então é complicado trabalhar assim, né? É tipo assim: eu vou atender rápido para me livrar [...] é o que é hoje, um mundo descartável, sem compromisso (Aline – pediatra).

² Medicamento de composição complicada, que os antigos empregavam contra a mordida de qualquer animal venenoso, de sabor amargo (FERREIRA, 1986).

A partir desta declaração, algumas ponderações podem ser feitas. Em sua fala, fica subentendida a naturalização dos aspectos maternais da mulher. A mulher é dotada de afeto, amor e cuidado, portanto melhor preparada biologicamente para o cuidado com a criança, já o homem, além de não saber administrar suas emoções, "ainda é homem". Ao analisar por essa ótica, pouco sobra para a sua atuação, já que ser homem pressupõe que tenha uma certa "indiferença às emoções".

Uma segunda questão levantada pela entrevistada é a de que ser médico pressupõe um grau maior de narcisismo. Esta médica denuncia isto ao dizer do perfil do cirurgião, demonstrando assim que a maior ou menor participação na vida do paciente dependerá da estrutura emocional daquele que se propõe a cuidar da criança.

Um terceiro aspecto a ser analisado nesta fala, é o da necessidade de "se livrar logo" do caso. Em se tratando da violência, isto parece ser mais verdadeiro, já que, ao ser detectada, não só moralmente como legalmente requer comprometimento, logo, quanto menos se souber, menor o envolvimento, menos "dor de cabeça", como um dos entrevistados expressou. Neste modelo, o que tem acontecido é que os pais acham que conseguiram enganar os médicos e os médicos acham que devem mantê-los enganados. Assim sendo, a criança vítima, mais uma vez, da incoerência do mundo adulto sofre e pede socorro.

A violência física contra a criança tem estado presente em muitas famílias e sua prática tem sido justificada como método educacional. Disciplina, obediência e limites são temas que têm despertado, nos dias atuais, grande interesse de pais e educadores. A Psicologia e a Pedagogia contribuíram em muito para a divulgação de procedimentos e técnicas educacionais. Sem dúvida alguma, esta proliferação do campo "psi" proporcionou importantes reflexões em muitos aspectos da vida humana, mas, por outro lado, pecou quando se transformou num "manual de instruções". Com o crescimento científico no campo da educação, publicações, programas de rádio e televisão visam, em muitos momentos, transmitir aos pais formas eficazes contra determinados comportamentos considerados difíceis de serem resolvidos. O resultado tem sido

pais temerosos, muitas vezes culpados por não conseguirem o ideal propagado.

Assim sendo, aceita passivamente o que é ditado como “normas para se viver feliz”.

Ao se pensar em desobediência, o tema convida a entrar num outro aspecto que é a questão do bater. Está impregnado na cultura que o bater nos filhos é uma eficiente forma de ensinar a obediência. Os pais referem-se à educação recebida por eles a fim de justificarem tal prática. O relato abaixo revela tal concepção:

[...] tem que obedecê, a gente dá porque precisa dá[...]Agora se alguém acha ruim tratá deles né? Porque a minha mãe me ensinou assim, com vara, ou pega uma vara ou senão uma cinta. Nós só fala, não bate [...]
(Avó de Henrique)

Este trecho é claro ao demonstrar a contradição existente na fala dessa avó. Se, num primeiro momento, diz que bate e que foi essa a educação que recebeu, num segundo, diz que é apenas “chantagem”. Esta avó tentou esconder o fato de bater no neto, provavelmente porque tem alguma informação de que tal prática atualmente é condenada. Contudo, este discurso demonstra o conflito interno de muitos pais, por um lado, a ciência tem mostrado os efeitos maléficos do bater, por outro, o castigo físico, como prática educativa, é um ato historicamente aceito sendo perpetuado por várias gerações.

O argumento desses pais que assim procedem é de que eles mesmos foram vítimas dos seus pais, entretanto venceram na vida, conseguiram ser pessoas “boas”. O que parece difícil, num primeiro momento, é entender os sentimentos e analisar que muitos conflitos vividos, hoje, podem ser frutos de uma educação violenta.

[...] ele está com muita dificuldade para obedecer, o pai não bate, eu já bato[...]eu estou sempre cuidando, mas meu marido não se importa.
(Mãe de Cleiton)

Culturalmente, o bater está associado ao bem cuidado, ao educado. Se a criança não apanha será desobediente, necessitando da vara para contenção da rebeldia. Alguns provérbios ilustram esta concepção. "Você está precisando de umas boas palmadas, é preferível apanhar dos pais do que da vida". Até letra de música afirmando que "um tapinha só não dói". Em meio a esta prática comum, dizer que é possível educar sem bater acaba sendo ironizado por muitos pais. É como se aquele que fala não está na pele daquele que educa. É o que tentou expressar a avó de Henrique quando disse que se alguém achasse ruim ao saber de sua forma de disciplinar que fosse cuidar.

Um outro exemplo do conflito entre bater e a informação que se tem a respeito está na contradição da fala da mãe de Cleiton:

[...] eu bato nele de chinelo né? Eu sempre bato nele no banheiro. Eu falo Cleiton vem tomar banho, e ele fala que não, acaba me xingando, daí eu vou e bato e digo não responde para sua mãe, você tem que me respeitar [...]

[...] eu sou bem nervosa, eu sou nervosa mesmo [...]

[...] quando estou nervosa eu não bato nele [...] eu só bato quando ele faz coisa errada...

Pelo relato sobre o acontecido no banheiro, é possível entender que se instalou uma situação de confronto, onde não houve limites, com um alto grau de irritação que provocou os palavrões e as palmadas. Somado a isto está o fato de a mãe ser nervosa. Pelo lado racional, a explicação é: "não bato quando estou nervosa", já pelo emocional "eu sou bem nervosa, eu bato nele".

Mãe de Alexandre:

[...] eu não tenho paciência de ficá falando [...] sabe, eu não tenho paciência assim de ficá falando, eu queria, eu gosto de falá e me obedece [...]

[...] a gente fala, a gente conversa, ele não escuta ninguém falando [...] a gente fala exprica as coisas pra eles [...].

Ao mesmo tempo em que diz não ter paciência para ficar falando, diz que conversa, explica as coisas, o problema está na criança que não obedece, daí a vontade de pegar e matar [...], embora ela não complete a palavra, ficando apenas subentendido: “A gente fala, fala e tá ali sabendo que não é pra fazê e faz, né? Aí dá vontade de pegá e ma...”

Quando questionada sobre a forma de educar, se incluía prática de punições físicas, a mãe tenta não responder dizendo que agora Alexandre melhorou bastante. O interessante, nesse momento, foi a intervenção da criança tentando esclarecer o que de fato acontece: “[...] às vezes também quando eu pego as coisa prá cumê e joga fora ela bate ni mim [...].” Neste momento a mãe interrompe dizendo: “ele melhorou bastante”. Pergunto, então, para a criança como isto acontece e ele diz: “pra mim cumê, quando eu como caqui, maçã, laranja eu joga fora, ela bate ni mim”. A mãe justifica que as crianças davam muito trabalho: “Eu passei uma luta com esses dois hein?”. Como a criança não deixa oculta esta prática presente na educação, a mãe se reporta para o trabalho dado pelos filhos, tentando mais uma vez justificar-se.

O depoimento da avó de Ricardo também traz a questão da desobediência e o método empregado na educação. Ao ser indagada sobre o fator mais difícil na educação de Ricardo, a avó diz: “[...] o negócio de cuidar, dele não obedecer, isso que fica difícil [...]”

Com relação ao seu temperamento diz:

[...] o meu é a flor da pele [...] Porque a gente quer corrigir do nosso jeito e eles não obedece aí a gente vai ficando mais nervosa. De vez em quando eu dou uns tapinhas nele, se não obedece leva uns tapinhas, daí ele fica uns dias bonzinho [...].

Tais relatos possibilitam pensar na questão do seqüestro emocional, salientado por Azevedo (2001, p.38), ou seja, aquele momento em que os pais, pela calorosa discussão, “resolvem” o conflito com um ou vários tapas. “É o seqüestro

emocional, o ataque de fúria, o ficar fora de si dos pais quando se sentem desafiados pela incontinência dos filhos”.

O bater em crianças, como já descrevi, é compreendido por muitos como forma educativa. Muitos acreditam que bater e violentar são coisas diferentes. Mas a realidade conta outra versão. Fala de pais que perdem o controle, de pais que batem com objetos provocando graves ferimentos, de pais que violentam sim seus filhos, mas escondem-se por detrás da justificativa de que estão educando. Infelizmente, a violência ainda tem sido uma prática educativa privilegiada por pais e aceita por profissionais. O trecho da entrevista abaixo, demonstra a concepção de um pediatra sobre a prática da punição física, mais precisamente do bater.

Tem alguns psicólogos que dizem que não pode bater na criança, que traumatiza, que não sei mais o que [...] mas veja, quem é o pai que nunca deu um bofete no filho? Num momento de raiva [...] sei lá [...] às vezes até o filho estava precisando naquele momento. Eu vou contar uma coisa pra você [...] eu que sou médico, informado, já dei um murro nos meus dois filhos (14 e 16 anos) [...] não me arrependo não [...].

[...] diziam que eu era um chato, e por aí a fora [...] eu perdi a cabeça, peguei minhas duas mãos juntas e vuuuum [...] dei um soco em cada boca. Tinha uns amigos deles ali, ficaram com vergonha[...]quando passaram a mão na boca, era só sangue. Foram para o quarto deles, e eu gritei, não venham falar mais comigo, e se quiserem podem pegar as coisas de vocês e se mandarem, vão embora [...].

[...] eu tenho coragem de contar isso que fiz, mas você acha que um pai vai dizer que bateu no seu filho?!? Vai nada, então para que ficar perguntando? É melhor atender ali e pronto. Hoje, tudo é psicológico [...] acho que não é bem assim não [...] (Alfredo – pediatra)

A violência, para este pediatra, é vista como algo natural e necessária. Generaliza que todo pai “já deu um bofete no filho”. Talvez afirme isto como forma de buscar justificativas para seu comportamento agressivo que descreve ao longo da entrevista. Com tal pensamento, deixa-se de diagnosticar a violência, já que o pai não vai contar, e o médico não precisa vasculhar! Assim a violência vai perpetuando, mesmo sendo vista, mas talvez não enxergada, dentro de muitos consultórios médicos e práticas sociais.

3.4 ACIDENTES INFANTIS COMO REPRESENTAÇÃO DE TRAÇOS DEPRESSIVOS

Grande trabalho é querer fazer alegre o rosto, quando o coração está triste; pano há que nunca toma essa tinta, porque se a Lua recebe bem a claridade do Sol, o rosto a recebe do coração (CAMÕES, 1524-1580).

Falar de acidentes e negligência, acidentes e violência física, acidentes e acaso, aparentemente parece ser mais coerente do que relacionar acidentes com depressão. Talvez porque, no imaginário da grande maioria das pessoas, a depressão esteja ligada a idéia de passividade e os acidentes à extrema atividade. Parecem coisas que não combinam.

Diferentemente da depressão do adulto, a criança tem sua forma peculiar de expressá-la. Se o adulto "internaliza a raiva em resposta às perdas", a criança tende a expressá-la através de comportamentos agressivos e arriscados. "As características de depressão nos adultos como desamparo, resignação e retração podem ser transformadas em comportamento agressivo e anti-social em crianças" (PEDROSO, 1986, p.291).

Acredito ser relevante destacar a importância da diferenciação entre depressão no adulto e depressão na criança, já que pode haver um sub-diagnóstico da depressão em detrimento desta dificuldade diagnóstica. Alguns profissionais referem-se aos sintomas da criança depressiva da mesma forma que o fazem para os adultos.

A depressão na criança é percebida, com maior freqüência, quando esta chora, não quer comer ou ir para a escola. É evidente que estes são importantes sinais diagnósticos, mas, quando a criança manifesta comportamentos agressivos e hostis, a tendência não é pensar na depressão e sim na "falta de educação" que a criança recebeu. Ana, em sua entrevista, salienta a dificuldade encontrada para diagnosticar depressão em crianças mais ativas.

Geralmente aquela que conversa mais, mais ativa, vai apresentar na escola uma certa improdutividade, e essa criança a gente só consegue saber quando a mãe ou a escola dá algum retorno. É muito difícil a gente saber [...] geralmente a depressão é em crianças mais quietinhas que você consegue perceber (Ana – enfermeira chefe).

Na atualidade, a depressão é um dos três transtornos mentais com maior prevalência na população mundial. Mais conhecida como doença psíquica do adulto, a depressão em crianças costuma ser subestimada. Crenças, como “o mito da infância feliz”, têm dificultado o diagnóstico e o tratamento precoce da depressão em crianças, pois os sintomas depressivos podem ser interpretados por pais ou profissionais como comportamentos próprios da infância. Crianças agitadas pelos sintomas maníacos são, muitas vezes, tidas como deseducadas, hiperativas ou então muito inteligentes e curiosas.

Segundo a American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (apud AMARAL; BARBOSA, 1990, p.33), cerca de cinco por cento das crianças e adolescentes da população em geral possuem um grau significativo de depressão. Os dados de Cytrin (apud FICHTNER, 1997) indicam alto índice de depressão infantil nas crianças americanas. Cerca de três milhões dessas crianças padecem de depressão sem serem diagnosticadas e tratadas, em torno de seis mil crianças e adolescentes praticam suicídio, sendo este a segunda causa de morte na adolescência.

Como já assinalado, a depressão é tida como um dos três transtornos psicológicos mais prevalentes, sendo os outros dois abuso de substâncias e ansiedade (HOLMES, 2001). Embora as estatísticas brasileiras sobre depressão sejam imprecisas, “estima-se que 8% das pessoas sofrem ou sofrerão de depressão em algum momento da sua vida” (HOLMES, 2001, p.158).

Apesar de ser um transtorno bastante comum na atualidade, a compreensão da depressão ainda passa pelas mesmas dificuldades de todos os transtornos mentais. Há uma tendência em considerá-la como uma doença “física”, na medida em que apresenta alterações bioquímicas no cérebro, respondendo favoravelmente às medicações de última geração. Por outro lado, também discute-se a depressão como uma expressão de sofrimentos infringidos aos indivíduos pela configuração da sociedade contemporânea.

Compartilho da concepção de que a compreensão do psiquismo humano e das doenças mentais requer tanto a consideração dos determinantes constitucionais, do olhar biológico, como dos aspectos sociais, culturais e emocionais. Dependendo do ambiente em que se vive, das relações que se estabelecem, o continuum saúde-doença é alterado.

Para a Psicanálise, a depressão está associada a situações de perdas. Freud, em *Luto e Melancolia* (1914-1915), faz uma comparação entre a depressão e o luto. Ambos apresentam, como sintomas, a angústia e a tristeza. Algumas considerações são importantes ao pensar na compreensão deste fenômeno dada por Freud.

Em seus estudos, Freud constatou que a depressão, assim como o luto, ocorrem a partir da perda de um objeto amado e que, em tais circunstâncias, os sentimentos são ambivalentes; ora se ama, ora se odeia, ora se chora pelo objeto que se foi, sentindo saudades, ora enraivece-se por ter sido abandonado. A tentativa, nesse caso, de lidar com a perda, é ser auto-crítico e introjetar, simbolicamente, o objeto perdido como uma parte constituinte do próprio sujeito. “[...] é assim que percebemos a chave do quadro clínico: percebemos que as auto-recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente” (FREUD, 1996, p.255).

Em um parágrafo de seus escritos sobre luto e melancolia, Freud assim resume o processo da melancolia,

Existe, num dado momento, uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular, então, devido a uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetal foi destruída. O resultado não foi o normal – uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento da mesma para um novo –, mas algo diferente, para cuja ocorrência várias condições parecem ser necessárias. A catexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi líquida. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; foi retirada para o ego. Ali, contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pode, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetal se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação. (FREUD, 1996, p.254-255)

A depressão seria uma perda do objeto amado e uma dificuldade de elaboração, já que o indivíduo não consegue identificar-se com um novo objeto de amor, transferindo, para si, toda amargura e dor.

Na criança, a amargura e a dor podem ser observadas a partir de alguns sintomas característicos. Fichtner (1997) resume alguns dos principais sintomas depressivos em crianças como sentimento de culpa: sentir-se desvalorizada, diferenciada, com baixa auto-estima, negativismo, alto índice de distratibilidade, ansiedade de separação, terror noturno, agressividade, uso demasiado da televisão, precária comunicação.

A depressão infantil, ainda tem o caráter de “[...] é coisa de criança”. Há visivelmente uma dificuldade para dar à depressão infantil o grau de importância que lhe é inerente. Os pais, em geral, atribuem à infância um tempo de felicidade. Não gostam de presentificar a doença, a depressão nas crianças. O adulto tem dificuldade para valorizar adequadamente as tristezas da criança ficando mais fácil “acreditar” que a situação foi uma mera brincadeira, sendo a causa insignificante. Não se detém para entender a seriedade do ato (VARMA,

1992). Embora haja esta concepção pueril da infância, a realidade mostra outro quadro: crianças se auto-destruindo, crianças se suicidando.

Segundo Couto (1998), há registro de crianças de apenas quatro anos de idade que usaram medicamentos como tentativa de suicídio. A esse respeito, Friedrich (1996, p.104) afirma que "os médicos nem sempre colocam no atestado de óbito que a morte foi causada por suicídio; os acidentes podem esconder a intenção suicida. O temor da responsabilidade do ato faz famílias esconderem o fato..."

Segundo Pedroso (1986, p.289),

[...] nas duas últimas décadas houve um aumento de 200% em mortes por suicídios entre 10 e 24 anos. Os acidentes são a primeira causa de morte em crianças de 5 a 14 anos. Cerca de 0,25 das admissões hospitalares por ano em hospital de emergência pediátrica são por tentativas de suicídio. Quanto ao local da tentativa de suicídio, a grande maioria ocorre em casa. Maior número de tentativas ocorrem com alguém nas proximidades, mais freqüentemente os pais estão presentes. Crianças muito jovens não deixam sinais de suicídio, e os métodos utilizados por elas são mais interpretados como acidentes em contraste ao comportamento suicida em indivíduos mais velhos.

Klein (1981, p.143), em seu trabalho clínico com crianças, convenceu-se de que a "ocorrência de pequenos acidentes, e algumas vezes de outros mais sérios, indica que eles são substitutos de auto-agressões de natureza mais grave, e podem representar tentativas de suicídio com meios insuficientes".

Sônia Friederich, uma das primeiras psiquiatras a estudar o suicídio infantil no Brasil, ressalta como resultado de sua pesquisa com 32 crianças suicidas entre 4 e 12 anos, que 7 delas eram deprimidas. Ela afirma que

[...] as tentativas mais graves foram feitas pelas crianças com a doença. A ingestão de comprimidos foi o método mais comum entre as crianças maiores. As pequenas usavam métodos mais violentos, como atirar-se de lugares altos, fazer uso de facas, tentar se enforcar (FRIEDERICH, 1996, p.107).

A pesquisadora alerta que, muitas vezes, o acidente ou a brincadeira mascaram a intenção suicida.

Raquel Sóifer ao se reportar aos acidentes, afirma que estes podem se constituir como sintomas de um estado depressivo.

A tentativa de suicídio ou o suicídio constituem a expressão do agravamento dos estados depressivos. Ao contrário, na primeira infância, trata-se muito mais de atitudes inconscientes veiculadas através da ingestão de tóxicos (detergentes, inseticidas, etc.), ou de medicamentos que se acham em casa; também o meio utilizado para tal são os atos motores perigosos, como trepar em lugares arriscados, saltar de alturas comedidas, correr precipitadamente, brincar temerariamente com fogo ou explosivos, etc.; por exemplo, provocar acidentes ou fraturas” (SÓIFER, 1985, p.116).

Lima (1999, p.785) ressalta que “os acidentes constituem uma importante causa de mortalidade e morbidade na infância em todo mundo”. Para o autor, existe uma “predisposição” ao acidente. Haveria uma “síndrome do acidente”, em cuja gênese estaria a inclinação ao acidente. Sua gênese tem mecanismos intrapsíquicos inconscientes, de determinados tipos, mais notados na infância. Ou seja, os acidentes não se devem apenas ao acaso, mas existem fatores psicológicos na sua motivação.

Knobel (apud SATLLER, 1980, p.71) afirma que

A propensão ao acidente deve ser tomada como uma verdadeira enfermidade de origem psicológica, os pais têm a obrigação de compreender que quando um filho se acidenta com demasiada freqüência, algo sério está se passando em seu interior.

Embora a literatura assegure que os acidentes constituem uma importante causa de mortalidade, como já demonstrado nesta pesquisa, poucos são os trabalhos que contribuem para uma real compreensão destes acidentes, pois a maioria

propõe prevenções, arranjos ambientais, deixando de analisar as motivações inconscientes, os significados latentes.

Acredito que as considerações que até aqui foram tecidas têm o sentido de proporcionar questionamentos sobre a crença na ocorrência "casual" dos acidentes, tentando demonstrar que o acidente traz consigo determinantes psíquicos que são ocultados pela prática auto-destrutiva, pela violência contra a criança ou ainda pela negligência. Um outro fator considerado para a melhor compreensão dos acidentes é a questão das relações familiares. Alguns autores como Knobel e Orgel (apud SATTLER, 1980), evidenciam a cultura familiar como fonte de informação para melhor entendimento sobre os acidentes e a depressão. As crianças que possuem dificuldade para depositar nos pais sua agressividade, acabam por direcioná-la contra si mesma.

De acordo com Sóifer (1985, p.117),

Estas situações de acidentes com crianças encontram uma estreita relação com momentos difíceis da família, em particular a enfermidade séria de alguns de seus membros, dissolução e/ou dispersão familiar, problemas econômicos e sociais. Um elemento constante nos casos de intoxicações e de tentativas de suicídio é a presença de acentuados traços depressivos nos progenitores.

Segundo Orgel, (apud SATLLER, 1980, p.76),

o comportamento autodestrutivo resulta da internalização da agressão. Esta ocorre quando a criança não encontra, em sua relação com os pais, um foco suficientemente forte no qual possa depositar seus impulsos agressivos, os quais, então, voltam-se contra o self.

Os acidentes infantis podem significar uma denúncia contra a estrutura familiar, ou seja, um alerta de que esta sofre dificuldades. Tais impedimentos podem ser desde problemas econômicos até emocionais. A família necessita ter condições de prover necessidades básicas para seus membros, para então exercer suas funções plenamente.

Infelizmente, a realidade brasileira demonstra que as famílias de nosso país têm estado longe de conseguir provisão para suas necessidades básicas. Os dados do censo do IBGE de 2000 trazem a informação do assombroso aumento do número de famílias constituídas pelas mães e numerosos filhos, sobrecarregando assim a mulher que precisa suprir tanto as necessidades de sobrevivência, quanto as educacionais.

Alguns fatores dificultam a realização mais precisa do diagnóstico de depressão. Já salientei a questão dos sintomas e gostaria de me deter um pouco no descrédito com que, em geral, as pessoas enfrentam esta temática.

Infância tem sido sinônimo de prazer, alegria, satisfação e ausência de sofrimentos. Se criança não sofre, como ter depressão? Ignoram-se os sentimentos de tristeza alegando ser “coisa de criança” e que logo passará. Alfredo, em sua entrevista ilustrou tal fato. Quando pergunto se tem sido freqüente a vinda de crianças depressivas ao consultório ele responde,

Tem aparecido sim, mas isso é só a gente conversar. Esta semana mesmo apareceu uma criança no meu consultório, e a mãe dizendo que ela não queria comer e estava sempre chorando. A menina lá no canto quieta. Comecei a conversar com ela. Perguntei como estava lá na escola e ela respondeu que estava péssimo. Por quê? Porque as pessoas ficam só no meu pé. Não sei se ficam mesmo, mas o fato é que ela estava incomodada das pessoas ficarem no pé dela. Então eu disse: amanhã você faz um monte de papel escrito – sai do meu pé chulé – e coloca em todas as carteiras, daí eles vão ver que você não quer que eles fiquem pegando no seu pé. Ela sorriu e pronto. Resolveu. Não precisou de mais nada. (Alfredo – pediatra).

Aqui está a visão de um pediatra sobre a questão da depressão infantil. Uma brincadeira feita, um sorriso esboçado significou, em sua visão, que nada mais precisaria ser feito. Não houve nenhum encaminhamento para atendimentos específicos, nem credibilidade aos sentimentos expressos pela criança. Os sintomas provavelmente continuarão sem, contudo, ser possível um tratamento adequado para tais questões.

Embora não tenha havido tempo hábil para investigar a ocorrência de depressão nos sujeitos³, todavia, nas entrevistas realizadas, pude observar sinalizadores de estados depressivos em algumas crianças com história de acidentes. Os acidentes podem não apenas velar a depressão como também atos suicidas.

As estatísticas a respeito de suicídio em crianças podem não corresponder à realidade, excluindo acidentes que, se investigados cuidadosamente, podem demonstrar tentativas planejadas de suicídio (PEDROSO, 1986, p.292).

Entender a ocorrência dos acidentes infantis exige, indubitavelmente buscar a compreensão da dinâmica interna daquele que se acidenta. "Muitos atos são denominados acidentais, mas no entanto, poder-se á mostrar que têm um fim que deve atribuir a desejos inconscientes ativos, que se aproveitam do aparecimento de uma ocorrência acidental ou casual" (MENNINGER apud SATLLER, 1980, p.70).

As falas dos entrevistados abrem caminhos para a reflexão da presente questão – acidente e depressão.

Avó de Henrique:

[...] o avô disse, mas Henrique eu não falei pra você. Quanto acidente você já teve. Aí ele falou: ai que me importa, eu não tô nem aí [...].

[...] eu acho que a dor de cabeça dele é disso. De tanto bater essa cabeça.

Ao relatar os acidentes de Henrique, a avó relata:

O Henrique já foi lá (hospital), várias vezes. Já foi várias vezes [...].

³ Pela exiguidade do tempo e burocracia enfrentadas, não foi possível realizar entrevistas com as crianças.

Ele é assim, tem que cuidá dele, tem que gritá com ele, vê o que ele tá fazendo, tem que ir lá tirá ele [...] eu não sei como ele não quebra uma perna, um braço, porque ele pula, ele cai, depois você vai ver onde ele tá? Tá lá em cima do muro [...].

A avó relata ainda um episódio em que Henrique se acidenta com vidro. A família se sustenta da venda de papel e ferro velho coletados pelas ruas, armazenam este material no quintal de casa.

[...] meu marido chegou lá com umas tampa de vidro assim, e disse que ele (Henrique) pisou assim pá, descalço, assim em cima. Disse que uma ponta do vidro fincô assim e a outra assim pá, pegou no pé dele. Ele (o marido) disse assim, eu vi os cacos em viola[...] (esta expressão "cacos em viola" refere-se à gravidade do acidente)

Ao ser questionada sobre o motivo que levou Henrique a ter esse procedimento a avó afirma que foi "pra destruí o vidro". Neste depoimento, pode-se perceber que Henrique parece não buscar se proteger dos perigos, ao contrário, se envolve cada vez mais em situações de risco. Pelo comentário da avó, é como se todos estes acidentes fossem pouco em comparação com o quanto ele se arrisca.

O segundo caso é o de Cleiton. Sua mãe está sofrendo com a infidelidade do pai, vivendo momentos muito difíceis. A seguir descrevo um trecho do relatos de um dos acidentes de Cleiton:

No natal deste ano, a gente estava todos felizes, lá na casa da minha irmã, a gente estava feliz, o Cleiton estava brincando, quando foi onze e meia, perto da ceia do natal, o pai dele saiu, para encontrar com a amante, logo depois Cleiton cortou a perna, daí vai eu pro HU, que era ali perto [...].

Ao relatar, no dia seguinte, para o pai o que ocorreu, este diz para a mãe: "Cleiton é assim mesmo". Quando questiono o que o pai quis dizer com esta frase acima citada ela diz:

[...]eu não sei, ele quer dizer que o Cleiton é nervoso desse jeito né, não sei o que, não sei o que[...]mas ó, mãe sabe quando o filho [...] eu tenho certeza absoluta que meu filho não é assim porque ele quer [...] eu tenho certeza absoluta que tudo isso que o Cleiton faz [...] tem a vê com os dois (amante e o pai) lá fora.

O relato seguinte mostra o quanto Cleiton não aceita o cabelo e nem sua cor de pele (moreno claro), chora bastante.

Agora ele botou na cabeça dele que quer alisar (o cabelo) [...].

[...] e outra coisa também é que ele é moreno claro e eu já reparei que sempre tem aquele engraçadinho que chama ele de nego e ele não gosta, ele se sente mal.

Ele fala pra minha irmã assim [...] ah, minha mãe me deixa muito [...].

[...] aquele dia ele levantou e parecia que tinha tirado o dia pra chorar [...] eu estava lavando roupa e eu vi que ele levantou e deitou ali no sofá, daqui a pouquinho, eu olhei e ele estava chorando, chorando [...] eu falei assim, Cleiton, por que você está chorando assim? Nada mamãe [...] me abraça!?! Você me ama?!? Eu falo amo, sabe [...] e ficou e chorou um tempão[...]foi a partir desse dia que eu fui na escola pedir uma psicóloga. Foi de repente, do nada assim... (mãe de Cleiton)

Esta criança também parece buscar denunciar de alguma forma seus sentimentos, seja pelos acidentes, seja pelo choro constante ou, ainda, pela insatisfação com seu aspecto físico.

É possível ler nestas falas da avó e da mãe, como os acidentes assumem outros significados, que não apenas da dor física. Henrique se fere, se bate constantemente e diz não se importar com isso. Não se preserva, não se cuida, pelo contrário, cada vez que isto é apontado, evidenciando como ele age de forma arriscada, se expõe ainda mais, subindo em lugares altos, pondo-se em perigo como fez ao cortar os pés no vidro.

Algo não tão velado assim demonstra a urgência de investigar melhor tais reincidências. Quando a avó diz que Henrique quis destruir o vidro, pode-se pensar em quais representações mentais este vidro teria para Henrique. Por que precisou ferir-se? Estaria se destruindo ou pedindo socorro? Tentaria destruir algo representativo na relação com avô/ avó?

O que poderiam dizer tais fatos não se sabe, não existem dados, apenas conjecturas, porém uma certeza cala fundo: o acidente não foi mero acidente como num primeiro momento poderia ser entendido, ele responde a uma demanda interna que precisa ser decifrada.

Cleiton se acidenta logo após a saída do pai, que pelo relato da mãe estava saindo para encontrar a amante. Tal episódio demonstra, de acordo com Sóifer (1985) que os acidentes podem guardar uma estreita relação com os momentos difíceis vividos pela família. A visão deste pai é de que esta criança é assim mesmo, já para a mãe suas artes, seus choros, seus acidentes têm um significado. O interessante, nestes dois casos, é o significado que a mãe e a avó atribuem aos acidentes. Talvez até porque "sabem", ainda que inconscientemente, que estas crianças estão necessitando de cuidados emocionais e não apenas de um profissional que cuide da dor física.

[...] falei para a orientadora que eu precisava levar ele numa psicóloga. Tem coisas L., que eu tenho certeza que ele não conta para mim, mas tá lá no fundo da cabecinha dele, então eu falei pra ela que eu queria que ele desabafasse, falasse o que ele sente [...] porque às vezes pra mim ele não fala, porque ele tem medo de me magoar, de me fazer chorar [...] (Mãe de Cleiton)

Como ressalta Sonia Friedrich, "as crianças também se matam" e os acidentes podem ser meios de alcançarem a sua própria destruição. Portanto, o profissional envolvido com a criança, seja ele professor, médico, psicólogo, enfermeiro, necessita atentar para o fato de que os acidentes não são casualidades e podem expressar aquilo que não pode ser simbolizado em palavras. Acidentes e suicídios podem andar de mãos dadas!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É curioso constatar que ao buscar cada vez mais um domínio racional sobre o seu mundo, o homem defronte-se e surpreenda-se com a direção irracional de seus feitos(MARIA LÚCIA DE OLIVEIRA, 1984)

Quando iniciei a pesquisa, concebia os acidentes infantis como mistérios que precisavam ser desvelados. Cada página lida, cada obstáculo vencido, cada supervisão realizada, cada fala ouvida, transformavam minhas concepções, meus preconceitos, minhas resistências. Assim, gradativamente, as causas dos acidentes infantis deixaram de ser nebulosas podendo ser enxergadas, compreendidas e analisadas.

Este trabalho teve a árdua tarefa de desnaturalizar mitos arraigados e solidificados como, por exemplo, o de que a família saudável é aquela estruturada a partir dos moldes burgueses, que a mãe é culpada pelo acidente, que a infância é um período de extrema felicidade, que o acidente é uma fatalidade, que a higienização do ambiente é fator seguro de proteção.

Esta desconstrução foi importante, pois a partir dela pude vislumbrar outras questões que permaneciam ocultas. Questões estas de cunho social, político, econômico e individual. Muitas foram as inquietações que surgiram com o decorrer da pesquisa, angustiando-me. Observei, por exemplo, que algumas crianças com sintomas depressivos tinham em suas histórias de vida reincidências de acidentes. Tal fato me trouxe preocupação, pois os acidentes eram diagnosticados e tratados, mas nenhuma relação com os aspectos emocionais era estabelecida. Um outro fator é o de que os maus-tratos contra crianças ainda são práticas que permanecem sigilosas, tanto pelos pais como pelos profissionais. Uma outra questão constatada é com relação ao despreparo acadêmico do médico pediatra no qual parece predominar a ignorância sobre os aspectos de ordem emocional.

Esta pesquisa foi realizada a partir da preocupação com a saúde física e emocional das crianças. Preocupação que trouxe como inquietação a razão dos altos índices de acidentes infantis. Uma situação grave que deve envolver o poder público e privado no combate a mortes prematuras e às seqüelas físicas e psicológicas, muitas vezes irreversíveis.

O objetivo desta investigação foi abrir caminhos para refletir sobre os significados dos acidentes com crianças. Propus a existência de quatro grandes determinantes para entender as causas dos acidentes: acidentes infantis como acontecimentos casuais, acidentes infantis como manifestação da negligência dos responsáveis pela criança, acidentes infantis como expressão da violência física doméstica contra a criança, acidentes infantis como representação de traços depressivos.

A coleta de dados junto às fichas dos pacientes permitiram algumas reflexões. Primeiramente, há um grande número de crianças sendo acidentadas sem que, contudo, tais acontecimentos sejam questionados. Crianças ainda muito pequenas sofrendo sérios traumatismos, outras se envolvendo com perigos, apresentando comportamentos arriscados, mas que são vistos por pais e profissionais, como simplesmente "acidentes". Mesmo com a obrigatoriedade legal, muitos médicos pediatras ainda se omitem, não intervindo em situações de extremo risco à integridade física e emocional da criança.

A meu ver, já não é mais possível nivelar os acidentes como sendo todos iguais ou ainda entendendo a todos como simplesmente casuais. É evidente que muitos acidentes se configuram como acidentes propriamente ditos, mas é bem verdade que tantos outros podem estar denunciando um sofrimento psíquico que requer práticas de intervenções diferenciadas.

Um outro aspecto, constatado a partir da análise documental, foi a verificação de que os profissionais, na sua grande maioria, não estão preparados para compreender os acidentes a partir de seus significados psicológicos,

preocupando-se apenas com os aspectos físicos. Este fato foi constatado também pelas entrevistas com os pediatras. A preocupação está em curar o ferimento, mesmo que o acidente se constitua num sintoma; trata-se do sintoma sem contudo investigá-lo. Talvez isto se deva à falta de preparo acadêmico, ao receio de comprometer-se ou ainda por não acreditar na gravidade dos conflitos emocionais, relegando, assim, os aspectos psicológicos da vida infantil.

Algumas considerações deste trabalho parecem, num primeiro momento, evidentes: demonstrar que as crianças estão morrendo por causas externas, já que as pesquisas estão aí para comprovar que o sistema de saúde no Brasil carece de políticas mais contundentes que visem o cuidado efetivo das crianças, que a violência física doméstica carrega consigo a característica de ser uma prática consentida, que o Estatuto da Criança é perfeito enquanto uma compilação de leis, necessitando de práticas mais contundentes.

Talvez estes pontos salientados não constituam fatos novos. Entretanto, o valor da pesquisa não está naquilo que está posto, naquilo que é possível enxergar, mas sim no que está entrelaçado com as questões sociais, físicas e sobretudo psicológicas. O mais importante é a relação que foi sendo tecida entre os dados numéricos e os qualitativos capacitando, com isso, a compreensão de que, ao se falar em acidentes, devem-se ampliar os horizontes em busca daquilo que não está fundamentalmente posto nos fatos.

O acidente pode encobrir práticas de maus-tratos físicos, sintomas depressivos, negligência das pessoas responsáveis pelo cuidado infantil, mas também revela o sistema econômico e político em que as famílias estão inseridas, desprovidas de estrutura básica para sobrevivência e habitação.

O acidente, velando a depressão, a violência física contra a criança, a negligência, não acontece apenas nos lares economicamente mais necessitados. É realidade nas famílias mais abastadas financeiramente também. A queixa de

violência física doméstica, num ambulatório de serviço público, pode ser interpretada de forma diferente daquela que acontece nos consultórios que oferecem serviços particulares. Portanto, o profissional deve estar consciente da sua responsabilidade de efetuar a denúncia independentemente da classe social do paciente, já que é seu dever legal assim proceder.

Os acidentes ainda são vistos por muitos, inclusive pais e profissionais, como casualidade. Esta visão é um impeditivo para práticas efetivas que visem não o acidente, mas sim o sujeito da ação. Faz-se mister que o estudante de medicina, em especial o de pediatria, receba em sua graduação a formação emocional do ser humano para que possa compreender que existem muitas motivações inconscientes que podem determinar o sintoma.

Com relação ao aspecto familiar, pude perceber que as pessoas responsáveis pelo cuidado das crianças queixavam-se do cansaço, da dificuldade para dar conta das crianças, do lar, do trabalho fora de casa. Nesse quadro moderno de novas reorganizações familiares, agrupamentos de pessoas com diferentes graus de consangüinidade e parentesco, a mulher desempenhando funções fora do lar, se é instado a desnaturalizar conceitos e rever práticas.

Pelas entrevistas realizadas, constatei que, em função, muitas vezes, da imaturidade dos pais, gravidezes precoces, a mãe abdica de sua função transferindo à avó, em geral, este cuidado. Cabe salientar que, pela idade mais avançada, há maior dificuldade para disciplinar, exigir, impor limites. Tais questões corroboram para que a criança fique mais predisposta aos acidentes.

Uma outra questão referida pelas pessoas entrevistadas foi o receio de necessitar de atendimento médico emergencial e não conseguir consultas. Maringá está passando, atualmente, por um período muito difícil no que se refere à saúde pública. Os hospitais têm estado superlotados, faltam leitos. Durante esta semana¹, dois recém-nascidos morreram por falta de UTI neonatal, as filas

¹ 20 de julho de 2002.

são imensas, pessoas idosas necessitando de UTI precisam aguardar dias numa fila. De fato, o sistema de saúde pública em Maringá está calamitoso. O que constatei, através das entrevistas, é que, ao invés de se requisitar atendimentos, leitos, a população mais pobre procura não levar ao médico já que pode tomar o lugar de outro que precisa mais, ou ainda cuidar da criança para não necessitar de atendimento médico, pois este é muito difícil. Parece não sentirem a saúde como um direito, mas como um favor.

As famílias, ao estarem angustiadas com a falta de amparo político no que concerne à saúde, acabam por buscar alternativas paliativas, deixando de cobrar do poder público seus direitos. O atendimento público acaba sendo visto como favor prestado ao cidadão e não direito do indivíduo, assegurado por leis.

Esta postura talvez se deva em função também do profissional que atende. Provavelmente esta fala é ouvida pelos familiares que vão até o hospital em busca de ajuda. A avó de Henrique relata um episódio vivido por ela em que o médico procura encaminhá-la ao posto de saúde, provavelmente para diminuir a demanda no hospital. Isto não quer dizer que o profissional não esteja querendo atender, mas talvez, pela alta demanda, busca-se diluir mais a população, para que o sistema não fique sobrecarregado. Em ambos os casos: evitar levar o filho ao médico ou tentar encaminhar os pacientes para outros setores, não são formas de resolver os problemas, já que deve haver uma política mais eficaz que busque, de fato, o exercício real e efetivo dos direitos à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICI, S.; SOUZA, R. L. de. Abordagem em crianças politraumatizadas. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.75, Suplemento 2, p.268-278, 1999. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br>>. Acesso em: 19 mar. 2002.

ADORNO, T.W.; HORKHEIMER, M. (Orgs.). *Temas básicos de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Cultrix, 1956.

AMARAL, V. L. A. R.; BARBOSA, M. K. Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre a depressão. *Estudos de Psicologia*, n.1, p.31-59, jan./jul. 1990.

AMORETTI, R. (Org.). *Psicanálise e violência: metapsicologia – clínica – cultura*. Petrópolis: Vozes, 1992.

ARAÚJO, M. de F. *Família igualitária ou democrática? As transformações atuais da família no Brasil*. 1993. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ARIÈS, P.; DUBY, G. *História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. v.4. Trad. Denise Bottman. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.71. n.6, p.303-316, nov./dez. 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA – ABRÁPIA. Didaticamente, quais e como são as formas mais comuns de maus-tratos? Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br>>. Acesso em: 18 dez. 2002.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de (Orgs.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de (Orgs.). *Infância e violência fatal em família*. São Paulo: Iglu, 1998.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de (Orgs.). *Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Iglu, 2001.

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BEZERRA JÚNIOR, C. B. *A noção de indivíduo: reflexão sobre um implícito pouco pensado*. 1982. 176f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BITTENCOURT, S. Berlim tem portinhola para mãe deixar bebê. *Folha de S.Paulo*. São Paulo, 7 jul. 2002. Folha Mundo, Caderno A, p.19.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n.75, 22 out. de 2001. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/conanda/resoluA>>. Acesso em: 12 nov. 2002.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal, n.8.069, 13 de junho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: 2001b. Disponível em <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em 17 out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria n.737/GM. 16 maio 2001a. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em 23 abr. 2002.

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. (Orgs.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 1997. p.81-96.

CALLIGARIS, C. O reino encantado chega ao fim. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 24 jul. 1994. Folha Mais, Caderno 6, p.4.

CAMARGO, C. L. de. *Violência física familiar contra criança e adolescentes: um recorte localizado*. 1996. 207f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CAMPOS, J. A.; OLIVEIRA, J. S. Acidentes da infância e da adolescência. In: LIMA, A.J. *Pediatria essencial*. São Paulo: Atheneu, 1999. p.780-787.

CAMPOS, L. *Neoliberalismo, crise e miséria*. Brasília, DF: Senado, 2001.

CARLSSON, U.; FEILITZEN, C. (Orgs.). *A criança e a violência na mídia*. Trad. Maria Elizabeth Santo Matar, Dinah de Abreu Azevedo. 2.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

CARNEIRO, M. Futuro ferido. *Revista Veja*, 15 mar. 2000. p.102-106.

CARNEVALE, A.; RUIZ, P. P. *Ética e cidadania: crimes*. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Pentagon/Barracks/5300/crimes2.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2002.

CASSIER, E. *A filosofia do iluminismo*. Trad. Álvaro Cabral. 2.ed. Campinas: Unicamp, 1994.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. CID-10. 7.ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, J. F. *A ordem médica e norma familiar*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COUTO, C. Sem saber por quê. *Revista Educação*, ano 25, n.209, p.28-38, set. 1998.

FEATHERSTONE, M. (Org.) *Cultura global, nacionalismo globalização e modernidade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FICHTNER, N. (Org.). *Transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FONSECA, Cláudia. *O abandono da razão: a descolonização dos discursos sobre a infância e a família*. In: *Psicanálise e colonização: Leituras do Sintoma Social no Brasil*. Sousa, Edson (Org). *Artes e Ofícios*, Porto Alegre-RS, 1999.

FREUD, S. *Ansiedade e vida instintual*. In: *Obras Psicológicas Completas*. v.22, Rio de Janeiro: Imago, 1976. p.103-140.

FREUD, S. *Luto e melancolia (1914-1915)*. In: *Obras Psicológicas Completas*. v.14, Rio de Janeiro: Imago 1996. p.249-263.

FREUD, S. *A psicopatologia da vida cotidiana*. In: *Obras Psicológicas Completas*. v.6, Rio de Janeiro: Imago, 1901. p.201-233.

FREUD, S. *A sexualidade infantil (1901-1905)*. In: *Obras Psicológicas Completas*. v.7, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.163-189.

FREUD, S. *Sobre o narcisismo: uma introdução (1914-1915)*. In: *Obras Psicológicas Completas*. v.14, Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FRIEDRICH, S. Suicídio na infância. In: ASSUMPÇÃO, J. (Ed.). *Transtornos afetivos da infância e adolescência*. São Paulo: Lemos, 1996. p.101-109.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.

GUERRA, V. N.A.; JÚNIOR, M. S.; AZEVEDO, M. Amélia. Violência doméstica contra a criança e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, ano 2, n.1, p.71-96 jan./jun. 1992.

GUERRA, V. N. de A. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revistada*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2.ed. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 1999. CD-ROM. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KLEIN, M. *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

LIMA, A. J. de. *Acidentes da infância e da adolescência: pediatria essencial*. São Paulo: Atheneu, 1999.

MARCÍLIO, M. L. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MARCONDES, Eduardo. *Pediatria básica*. v.2, 7.ed. São Paulo: Sarvier, 1987.

MATHIAS, T.A. ; MELLO JORGE, M. H. P. *Sistema de informações sobre mortalidade: análise da qualidade dos dados para o Município de Maringá, Estado do Paraná-Brasil*. Acta Scientiarum, v.23, n.3 ago/nov, Maringá UEM, PPG, 2001.p. 759-765

MATTIOLI, O. C. *No reino da ambigüidade*. 1988. 148f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MATTIOLI, O. C. *Profissionais de educação infantil: em busca de uma identidade*. 1997. 334f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, Marília.

MELLO JORGE, M. H. P. *Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na infância*. 1988. 338 f. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

NUNES, K. Galera que se cuida. *Jornal Correio Popular*. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.cosmo.com.br>>. Acesso em: 21 ago. 2001.

OLIVEIRA, M. L. *Des/obede/serás: sobre o sentido da contestação adolescente*. 1984. 301f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

PÁDUA, E. M. M. de. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática*. 7.ed. Campinas: Papirus, 2002. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

PASSETTI, E. *Violentados: crianças, adolescentes e justiça*. 2.ed. São Paulo: Imaginário, 1999.

PEDROSO, J. D. Suicídio na infância. *Revista AMIRGS*, Porto Alegre, v.30, n.4, p.289-293. out./dez. 1986.

PERROT, M. A família triunfante. In: ARIÉS, P.; DUBY, G. *História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. v.4. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. p.98-120.

POSTER, M. *Teoria crítica da família*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro. Zaar, 1979.

POSTMAN, N. *O desaparecimento da infância*. Trad. Suzana Menescal de Alencar Carvalho e José Laurenio de Melo. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

PRIORE, M. D. (Org.). *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1999.

REIS, José Roberto Tozoni. Família, emoção e ideologia. In: LANE, Silvia T. M.; CODO, Wanderley (Orgs.). *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p.99-123.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. A. *A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro. Editora Universitária Santa Úrsula, 1993. p.41-65.

ROURE, G. *Vidas silenciadas: a violência com crianças e adolescentes na sociedade*. Brasília, DF. Universidade Estadual Campinas, 1996.

SAFFIOTI, H. I. B. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. (Orgs.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 2000. p.13-47.

SANCHES, C. S. *Crianças e adolescentes em situação de rua: estudo qualitativo realizado em Marília-SP*. 2001. 164f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília.

SANTORO, Mário. Acidentes domésticos: o que os pais devem saber. *Primeiros Socorros Infantis*, n.036, p.2-8, jul. 2001.

SATLLER, M. Acidente infantil e agressão. *Instituto de Psicologia*, v.17, p.61-80, 1º semestre, 1980.

SILVEIRA, E. *Acidentes domésticos matam um bebê por dia, no Estado de São Paulo*. 2002. Disponível em: <<http://www.boasaude.uol.com.br>>. Acesso em: 13 jun. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Campanha nacional de prevenção de acidentes e violência na infância e adolescência. Disponível em: <<http://sbp.bibliomed.com.br>>. Acesso em: 17 out. 2001.

SÓIFER, R. *Psiquiatria infantil operativa*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

SOUSA, E. (Org.). *Psicanálise e colonização: leituras do sintoma social no Brasil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

TEIXEIRA FILHO, F. S. *As transmutações do corpo e a invenção da extrofia vesical*. 2000. v.1. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

TOMLISON, T. In: LACERDA, N. (Org.). *Dicionário de pensamentos*. São Paulo: Cultrix, 1974,

VARMA, V. P. *The secret life of vulnerable children*. Routledge, 1992.

VERAS, A. A família e as drogas: uma estreita relação. *Revista Psicologia Argumento*, ano 17, n.34, p.73-81, abr. 1999.

WINNICOTT, D. W. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

ZELLERHOFF, R. H. *Estudos de Psicologia*. Campinas: PUC/CAM, v.6, p.62-74, 1989.

APÊNDICES

Apêndice A - Modelo de ficha para identificação dos usuários

CLÍNICA CIRÚRGICA URGÊNCIAS	FICHA No.
MÊS:	DATA DE ATEN. / / 2000
DE:	HORÁRIO:
NOME:	
DATA NASC: / / 199 IDADE a m	
FONE:	
PAI:	
MÃE:	
ENDEREÇO:	
DIAGNÓSTICO:	

Apêndice B- Gráficos Mensais dos Atendimentos dos Acidentes com Crianças de zero a dez anos, realizados no Hospital Universitário de Maringá-PR, com suas respectivas ocorrências.

Apêndice C – Termo de consentimento

Título do Projeto: Acidentes Infantis e suas Interfaces

Esta pesquisa pretende investigar as causas dos Acidentes com crianças. Estamos pedindo sua colaboração para que responda algumas perguntas referentes a rotina da criança, bem como sua permissão para que façamos algumas perguntas ao menor, também relacionadas com suas tarefas diárias. Todos os dados serão guardados em sigilo. A entrevista será gravada a fim de facilitar nossa análise posterior. Depois de transcrevermos o conteúdo, destruiremos as fitas. Após concluirmos nossos estudos enviaremos aos nossos colaboradores uma cópia daquilo que obtivemos.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Psicóloga Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, **CONCORDO, VOLUNTARIAMENTE**, em participar do mesmo.
Atesto também, o recebimento de informações necessárias a minha compreensão do estudo.

Assinatura(do responsável) ou impressão datiloscópica

Data: __/__/__

Eu, Psicóloga Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, CRP-08/07337-4, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo para o entrevistado.
