



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**MYCHELANGELA DE ASSIS BRITO**

**ACIDENTES DOMÉSTICOS COM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS**

**Teresina, PI  
2015**

**MYCHELANGELA DE ASSIS BRITO**

**ACIDENTES DOMÉSTICOS COM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS**

Relatório final da dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

**Teresina, PI  
2015**

**MYCHELANGELA DE ASSIS BRITO**

**ACIDENTES DOMÉSTICOS COM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS**

Relatório final da dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro. Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 27 de Fevereiro de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha (Presidente/Orientadora)  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

---

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert (1ª Examinadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo (2ª Examinadora)  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

---

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia (Suplente)  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

## AGRADECIMENTOS

A Deus por compor tão agradáveis conquistas em minha vida, enxergando-me como digna de merecer todas as condições necessárias para esta realização e pela sua graça divina, além de ter colocado pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta! Também por ter me guiado nas estradas da vida, fazendo com que minhas muitas idas e vindas a Teresina tivessem sempre um final tranquilo, apesar do sono e do cansaço!

Aos meus pais, em especial à minha mãe Maria de Fátima de Assis Brito, por estar viva e se fazer presente nesta etapa tão especial da minha carreira e pelo apoio dado em todos os momentos da minha vida; pelo incentivo de sempre e pelo voto de confiança que deposita em mim. Vocês sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam A MELHOR de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

Ao meu irmão Dennery de Assis Brito, meu agradecimento especial, pois a seu modo sempre se orgulhou de mim e confiou no meu trabalho, mesmo sem entender o real sentido disso tudo. Obrigada pela confiança!

A todos meus familiares que vibraram comigo desde a minha aprovação e sempre fizeram “propaganda” positiva a meu respeito. Obrigada pela força!

Aos amigos Aldemes Barroso e Cleidson Madeira, pessoas iluminadas que Deus colocou no meu caminho nos momentos em que mais precisei de ajuda e apoio. Abriram as portas dos seus lares, abdicando de sua privacidade, para conceder-me um teto durante todo período em que precisei estar em Teresina para cumprir minhas obrigações enquanto mestranda. Serei profundamente grata a vocês por esse gesto de solidariedade e amizade!

Aos meus amigos de sempre, Juliana Monteiro (Ju), Priscila Rocha (Pri), Maria Luiza (Malu) e Danilo Ozório, por só quererem o meu bem e me valorizarem tanto como pessoa. Vocês sabiam as palavras certas nas horas incertas. Escutavam calados e atentos as minhas angústias e frustrações. Davam-me forças para superar todas as barreiras e dificuldades ao longo desse mestrado. Puxavam minhas orelhas quando eu pensava em desistir de tudo. Em especial, Pri e

sua família que nos últimos momentos da minha qualificação foram meu braço direito: estiveram comigo na pesquisa, nas agonias, concederam-me moradia em Teresina e acima de tudo, apesar do cansaço do trabalho, faziam-me companhia até a hora em que eu dizia: não dá mais, não aguento, vou dormir! Por tudo isso, obrigada a vocês!!! Serei eternamente grata!

Aos meus queridos alunos da Graduação em Enfermagem do Campus Amilcar Ferreira Sobral (CAFS/UFPI) por terem compreendido meus momentos de angústias e de ausências, e por todas as vezes que abriram mão dos sábados para que eu pudesse repor minhas aulas e poder cumprir minhas obrigações acadêmicas. Em especial à Profa Dra. Izabel Cristina Juvenal Barbosa, atualmente chefe de curso do CAFS, por entender meus horários e não me deixar desistir ou fraquejar diante dos obstáculos (que não foram poucos) e da incompreensão de alguns colegas de trabalho. Meu muito obrigada pelas palavras de força e incentivo. Sem vocês eu também não teria chegado até aqui.

À minha querida e admirável orientadora Dra. Silvana Santiago da Rocha, pela especial devoção, companheirismo, amizade, bom humor, paciência e perseverança direcionados para a concretização deste estudo e pelos conselhos maternos para que eu enfrentasse e superasse todos os obstáculos. Agradeço-a, especialmente, pela confiança e estímulo. Perto dela tudo parecia mais fácil! Um orgulho tê-la como orientadora. Obrigada pela colaboração para meu aprendizado e por ter me mostrado que a saúde da criança é bela, por ter compartilhado comigo seus saberes, por ter a árdua tarefa de me “aguentar” nesta dissertação. Mais do que nunca tenho a certeza de que escolhi a melhor professora para caminhar comigo, mais uma vez, nesta jornada importante da minha vida profissional.

Aos professores e amigos José Wicto Borges e Maria Augusta Bezerra, é claro, que acreditaram em meu potencial de uma forma que eu não acreditava ser capaz de corresponder. Incentivaram-me e estiveram ao meu lado desde a seleção do Mestrado. Sempre disponíveis e dispostos a ajudar, querendo que eu aproveitasse cada segundo dentro do mestrado para absorver algum tipo de conhecimento. Vocês não foram somente orientadores desse trabalho, mas, em alguns momentos, conselheiros, confidentes, pais e amigos. Vocês foram e são referências profissionais e pessoais para meu crescimento. Obrigada por estarem ao meu lado e acreditarem tanto em mim!

À banca examinadora composta pelas doutoras Fabiane do Amaral Gubert, Márcia Teles de Oliveira Gouveia e Telma Maria Evangelista de Araújo por aceitarem contribuir com o trabalho, apontando considerações e sugestões muito válidas para melhoraria do relatório final. Em especial, à Dra Fabiane, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), por mesmo não podendo estar presente no dia da qualificação, enviar preciosas contribuições através de um parecer, que foram de suma importância para abrilhantar ainda mais esse trabalho. Além de uma professora altamente competente, tornou-se uma verdadeira amiga, estando ao meu lado em grandes momentos da minha vida! Que nossa parceria se prolongue para vida toda! Admiro demais você enquanto pessoa e profissional.

Aos meus colegas de mestrado pelos momentos divididos juntos, especialmente à Alessandra Bezerra, Mary Ângela Canuto e Tamires Ferreira, que se tornaram verdadeiras amigas. Aos poucos nos tornamos mais que amigas, quase irmãs... Pela companhia e auxílio prestados em todas as etapas deste trabalho e por colaborarem direta ou indiretamente, conferindo mudanças e partilhando novas informações. E também por toda amizade e lembranças construídas ao longo desses dois anos. Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias e ouvirem minhas bobagens e lamentações (que não foram poucas). Foi bom poder contar com vocês! E espero poder contar sempre!!! Aprendi que na vida a gente não ganha amigos, a gente conquista! Amo vocês!!!

Ao Departamento de Pós-Graduação de Enfermagem da UFPI, na figura dos Mestres e Doutores pela disponibilidade, simpatia e atenção. Que o Senhor abençoe cada um de vocês, dando-lhes coragem, saúde e graça para continuarem nessa linda missão que é ensinar.

Ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano-PI, por ter autorizado a minha entrada nas Unidades Básicas de Saúde da zona Urbana para a realização desta pesquisa.

Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se deslocaram de seus lares na primeira etapa da pesquisa para participarem de uma reunião convocada por mim para explanação do projeto e solicitação de apoio para as demais etapas! Isso já valeu e muito... e aos que de fato me ajudaram no mapeamento das residências que possuíam crianças menores de cinco anos da sua área adscrita e que foram juntos comigo fazer as visitas domiciliares a fim de que eu

pudesse aplicar os instrumentos de coleta de dados. Vocês foram excepcionais para mim. Foi através de vocês que tive muita facilidade de adentrar aos lares sem causar nenhum tipo de constrangimento aos participantes da pesquisa. A jornada foi árdua, mas conseguimos. Afinal de contas não foi fácil encontrar horários compatíveis tanto para a pesquisadora quanto para os ACS e muito menos para os cuidadores. Meu muito obrigada!

A todos os cuidadores de crianças menores de cinco anos que participaram espontaneamente deste trabalho. Por causa de vocês é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno respeito e agradecimento.

A todos que não foram citados, mas que ajudaram e contribuíram direta ou indiretamente para esta pesquisa, deixo aqui a minha enorme e sincera gratidão.

Ter chegado ao fim deste árduo percurso significa não apenas ter concluído um mestrado em Enfermagem, mas ter aprendido a dura lição da perseverança e do domínio próprio, ficando para sempre a lição de que nada advém do acaso. Nem mesmo a graça de Deus poderá vir sobre nós se não abirmos mão de nossas próprias vontades.

## RESUMO

Os acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos são apontados como uma das principais causas de mortalidade e morbidade na população com idade entre um a 14 anos em todo o mundo. Consistem em situações complexas e revelam um grave problema de saúde pública, pois além dos custos sociais, econômicos e emocionais, são também responsáveis por eventos não fatais e sequelas que, em longo prazo, repercutem na família e na sociedade, penalizando crianças e adolescentes. Objetivou-se analisar a ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos. Estudo analítico com delineamento transversal, realizado com 330 cuidadores da zona urbana de Floriano-PI. Utilizou-se um formulário, feita observação do ambiente e preenchido um *check-list*. Realizou-se análises simples, bivariadas e multivariadas, utilizando-se da regressão logística múltipla hierarquizada. Os cuidadores foram constituídos por mulheres (98,5%), faixa etária de 20 a 29 anos (49,1%), com ensino médio (57,0%), pertencentes à classe econômica DE (78,8%), casadas/união estável (67,3%), sendo 67,9% prestadores de serviços domésticos. Das residências visitadas 52,4% possuíam de 4 a 5 pessoas, com apenas uma criança (45,2%), que não ficam sozinhas (91,5%) e quando ficam, a avó quem cuida (44,2%). Os acidentes aconteceram no domicílio em 97% dos casos, sendo mais comum as quedas (88,2%), pela manhã (44,8%), na área externa da casa (30%), a face a parte do corpo mais atingida (47,3%). Na associação entre fatores de risco relacionados a infraestrutura/ambiente do domicílio com a ocorrência de acidentes obteve-se a presença de escada ou degraus sem corrimão, local de brincadeiras com espinhos, pregos, cacos de vidro e outros e a presença de plantas/jardim ou quintal (99,4%) estatisticamente relevante. Na associação entre fatores de risco relacionados à disposição de objetos e móveis com a ocorrência de acidentes encontrou rede alta, saídas e passagens mantidos com brinquedos, móveis, caixas ou outros itens que possam ser obstrutivos, ventiladores ligados ao alcance das crianças, produtos de limpeza, inseticidas guardados em locais baixos e domicílio possui cortinas ou mosquiteiros. A associação entre fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças obteve-se brincam com madeiras e paus não polidas, os alimentos como amendoim, pipoca, certos doces duros, chicletes dados às crianças e alimentos sólidos oferecidos à criança. Na análise multivariada o número de pessoas residentes na casa (OR=1,625), escadas ou degraus sem corrimão (OR=15,998) e alimentos sólidos oferecidos à criança (OR=16,686) permaneceram no modelo final, explicando 43,5% da ocorrência dos acidentes domésticos. A regressão mostrou que o número de residentes em casa acima de quatro pessoas aumentam as chances da ocorrência do acidente em 1,6 vezes; a presença de escadas ou degraus sem corrimão aumenta em 15,9 e Alimentos sólidos são oferecidos à criança em 16,6 vezes as chances da ocorrência do acidente domiciliar. A pesquisa evidencia a importância da participação dos profissionais de saúde na elaboração e na atuação nos programas de prevenção de acidentes domésticos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidentes domésticos. Crianças. Fatores de risco. Enfermagem Pediátrica.

## ABSTRACT

The domestic accidents with children under five years old are appointed as a major cause of mortality and morbidity in the population with age between one to 14 years worldwide. They consist in complex situations and reveal a serious problem of public health, as well as social, economic and emotional costs, are also responsible for non-fatal events and consequences that in the long term resound on family and society, penalizing children and adolescents. To analyze the occurrence of domestic accidents with children under five years old. Analytical study with transversal delimitation, realized with 330 parental care in the city of Floriano-PI. We used a framework, made observation of the environment and filled a checklist. Carried out simple analysis, bivariate and multivariate using the logistic regression hierarquized multiple. The parental care were made by women (98.5%), aged 20 to 29 years old (49.1%), with high school (57.0%), belonging to the economy class DE (78.8%), married/common-law marriage (67.3%), being 67.9% domestic service providers. Of residences visited 52.4% had of 4 to 5 people with only one child (45.2%), which are not stay alone (91.5%) and when staying, grandmother who care (44.2%). The accidents occurred at domicile in 97% of cases, being more frequently falls (88.2%) in the morning (44.8%), in the outer area of the house (30%), the face, the part of the body more affected (47.3%). In the association between risk factors related to infrastructure/environment of domicile with the occurrence of accidents obtained the presence of stair or steps without handrail, place of play with thorns, nails, broken glass and other and the presence of plants/garden or yard (99.4%) statistically relevant. In the association between risk factors related to the disposal of objects and equipments with a occurrence of accidents found high network, exits and passageways kept with toys, equipments, boxes or other items that may be obstructive, fans connected to the reach of children, cleaning products, insecticide stored in low place and domicile have curtains or musketeers. The association between risk factors related to the practices of parental care and/or children's behavior obtained play with woods and not polished sticks, foods such as peanut, popcorn, some hard candy, gum given to children and solid foods offered to children. In multivariate analysis the number of people living in the house (OR=1.625), stairs and steps without handrail (OR=15.998) and solid foods offered to the child (OR=16.686) remained in the final model, explaining 43.5% of the occurrence of domestic accidents. The regression showed that the number of residents at home above of four people increase the chances of accident in 1.6 times; the presence of stairs or steps without handrail increase in 15.9 and solid foods are offered to the child in 16.6 times the chances of occurrence of domiciliar accident. The research shows the importance of the participation of health professionals in the elaboration and in performance in domestic accident prevention programs.

**KEYWORDS:** Domestic accidents. Children. Risk factors. Pediatric Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### \*LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Modelo hierarquizado dos marcadores para a ocorrência de acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014 38
- Figura 2** – Modelo teórico das variáveis predictoras do acidente doméstico em crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014 53

### \*LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014 42
- Gráfico 2** – Tipos de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014 42
- Gráfico 3** – Turno de ocorrência do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014 43
- Gráfico 4** – Área da casa que ocorreu o acidente doméstico com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014 43
- Gráfico 5** – Parte do corpo atingida na ocorrência do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014 44

### \*LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição da amostra estratificada por Unidade Básica de Saúde da Zona Urbana de Floriano-PI, 2014 31
- Tabela 2** – Perfil socioeconômico e demográfico dos cuidadores de crianças menores de cinco anos de idade e características do acidente. Floriano-PI, 2014 41
- Tabela 3** – Associação entre a idade da criança com o tipo de acidente doméstico em Floriano-PI, 2014 44
- Tabela 4** – Associação entre fatores de risco relacionadas à infraestrutura/ambiente do domicílio com a ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014 45

<b>Tabela 5</b> – Associação entre fatores de risco relacionados à disposição de objetos e móveis no domicílio com a ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014	47
<b>Tabela 6</b> – Associação entre fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças com a ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014	49
<b>Tabela 7</b> – Análise multivariada por blocos hierarquizados das variáveis preditoras do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014	51
<b>Tabela 8</b> – Modelo final da regressão logística das variáveis preditoras do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014	52

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DP	Desvio Padrão
ESF	Equipe Saúde da Família
eSF	Estratégia Saúde da Família
FIV	Fator de Inflação da Variância
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OR	<i>Odds Ratio</i>
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SPSS	<i>Statistics Package Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2 OBJETIVOS</b>	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	19
3.1 A influência do crescimento e do desenvolvimento para a ocorrência dos acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos	19
3.2 Principais acidentes na infância: aspectos epidemiológicos	21
3.3 Prevenção de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos	24
3.4 A atuação do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos	27
<b>4 METODOLOGIA</b>	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Local de estudo	29
4.3 População e Amostra	30
4.4 Coleta de dados	31
4.5 Variáveis do estudo	32
4.6 Análise dos dados	36
4.7 Aspectos éticos	39
<b>5 RESULTADOS</b>	40
5.1 Perfil socioeconômico e demográfico dos cuidadores e características do acidente	40
5.2 Análise bivariada entre os fatores de risco com a ocorrência dos acidentes	45
5.3 Análise multivariada por blocos hierarquizados: regressão logística	50
<b>6 DISCUSSÃO</b>	54
6.1 Limitações do estudo	67
<b>7 CONCLUSÃO</b>	68
<b>REFERÊNCIAS</b>	71
<b>ANEXO A</b> – Autorização da Instituição	79
<b>ANEXO B</b> – Parecer substanciado do CEP	80
<b>APÊNDICE A</b> – TCLE	83
<b>APÊNDICE B</b> – Formulário	86
<b>APÊNDICE C</b> – <i>Check-list</i>	87

## 1 INTRODUÇÃO

Mudanças importantes que ocorrem nas crianças menores de cinco anos apresentam características típicas de cada fase de crescimento e de desenvolvimento. Essas peculiaridades podem favorecer a ocorrência dos acidentes domésticos, uma vez que, dependendo da fase, a criança assume reflexos ou posturas que contribuem para as ocorrências. Neste sentido, é imprescindível o reconhecimento de que, não apenas a idade é considerada um fator que pode favorecer ao risco de acidentes domésticos, mas, principalmente, o desenvolvimento que pode ter intervalos bastante diferenciados, dependendo de inúmeros aspectos que envolvem a criança.

A Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, de 1990, normatiza que se devem assegurar a todos os setores da sociedade, em especial aos pais e às crianças, o conhecimento dos princípios básicos de saúde e, entre outros, os de ações de prevenção de acidentes, devendo os mesmos receber apoio para a aplicação desses conhecimentos. No entanto, percebe-se que a responsabilidade de alguns pais em propiciar um ambiente favorável a seu filho e assegurar um desenvolvimento satisfatório ainda é negligenciada e desrespeita o preconizado na Constituição Brasileira e no Estatuto da Criança e do Adolescente, instituído pela Lei n.8.069/90, artigo 227.

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, a dignidade, o 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 (ECA, 1990).

De acordo com a Portaria nº 737/GM 16 de maio de 2001 do Ministério da Saúde, o acidente é entendido como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Esta Portaria adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada apresentando profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis (BRASIL, 2001).

Políticas como a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” de 2004, que priorizou o cuidado integral e multiprofissional, com um olhar para as necessidades sanitárias e sociais das crianças e suas famílias, com enfoque na promoção da saúde, e o Pacto pela Vida de 2006, que intensificou essas estratégias apontando o território como espaço privilegiado para execução de ações promotoras da saúde da criança, permitiram um avanço substancial na abordagem dos sujeitos nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2004; 2006).

Estudo realizado por Mutto et al. (2011), na cidade de Kampala na África, com crianças menores de 13 anos, referiu que dos 556 pacientes que foram registrados no hospital, 47% eram menores de cinco anos. E os ambientes domésticos representaram 54,8% dos locais de maior ocorrência de lesões não intencionais na infância. Outra pesquisa realizada no Reino Unido por Smithson, Garside e Pearson (2011), revelou, através de dados de relatórios recentes, que entre o ano de 2000 e 2002, em média, 750.000 crianças de 0-15 anos foram atendidas anualmente no hospital e apresentavam ferimentos decorrentes de acidentes no domicílio.

No Brasil, um estudo realizado por Malta et al. (2009) que objetivou analisar informações referentes a 7.123 vítimas de causas externas com menos de 10 anos de idade, atendidas nos serviços incluídos no Inquérito VIVA 2009 em todo o país, demonstrou que dos atendimentos em crianças, 6.897 (96,8%) foram vítimas de acidentes e 226 (3,2%), de violências. A maioria das ocorrências (66,6%) se deu no domicílio, sendo este local associado estatisticamente aos acidentes; os cortes foram a lesão mais frequente (35,7%), seguidos de contusão. Além disso, do total de crianças, 60,5% tinham até cinco anos de idade.

O risco de lesões na infância é alto em países em desenvolvimento, como o Brasil, o que caracteriza as taxas de mortalidade existentes nesses países, que são em média 50,5 por 100.000 para as crianças do sexo masculino, e 43,5 por 100.000 para crianças do sexo feminino. A carga global maior de acidentes na infância nos países em desenvolvimento em relação aos desenvolvidos é explicada pelas populações muito maiores e mais jovens demograficamente (HOWARD, 2010).

Atualmente, os acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos são apontados como uma das principais causas de mortalidade e morbidade na população com idade entre um a 14 anos em todo o mundo. Consistem em situações complexas e revelam um grave problema de saúde pública, pois além dos custos sociais, econômicos e emocionais, são também responsáveis por eventos não fatais e sequelas que, em longo prazo, repercutem na família e na sociedade, penalizando crianças e adolescentes (SANTOS et al., 2010).

Dados da Sociedade Brasileira de Pediatria demonstram que se no Brasil a mortalidade por diarreia, infecções respiratórias e doenças imuno-preveníveis havia decrescido, a que era gerada por "causas externas", ao contrário, tinha aumentado. E o mais importante é que acidentes são evitáveis e não devem ser encarados como uma fatalidade. A incidência de acidentes de modo geral e na infância, em particular, tem sido objeto de muitos estudos em diversas partes do mundo (SBP, 2014).

Segundo a ONG Criança Segura (2012) os acidentes mais comuns em crianças de até 14 anos são os de trânsito, afogamentos, sufocações, queimaduras, quedas, intoxicações e acidentes com armas de fogo. O sufocamento, causado pela obstrução das vias aéreas, é a primeira causa de morte entre os acidentes de bebês com até um ano de idade. O afogamento representa a segunda maior causa de morte e a sétima em hospitalizações, em crianças de até cinco anos. Nessa faixa etária, uma criança que está começando a andar, por exemplo, cinco centímetros de água representam um grande risco. Assim elas podem se afogar em piscinas, cisternas e até em baldes, banheiras e vasos sanitários.

Já as intoxicações – definidas como um conjunto de sinais e sintomas tóxicos ou apenas bioquímicos provocados pela interação de um agente químico com o sistema biológico, ou seja, um desequilíbrio orgânico ou estado patológico resultante da exposição a substâncias químicas encontradas no ambiente – plantas, animais peçonhentos ou venenosos, agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso industrial, produtos de uso domiciliar – também configuram-se como acidentes comuns na infância (TAVARES et al., 2013).

Percebe-se, pelas altas taxas de acidentes referidas nos estudos acima que, o ambiente doméstico tem alta influência para a incidência dos acidentes em crianças, com destaque para as quedas, incêndios e afogamentos ocorridos no interior do domicílio. Em virtude de um ambiente domiciliar com mínimos níveis de segurança, crianças com menores condições socioeconômicas possuem mais que o dobro de probabilidade de chegarem a óbito por acidentes domésticos se comparadas às que detêm um nível socioeconômico maior (HOWARD, 2010).

Ingram et al. (2011) corroboram que os acidentes envolvendo crianças menores de cinco anos acontecem em sua grande maioria no próprio domicílio, por se tratar do local onde passam a maior parte do tempo. Portanto, no ambiente domiciliar, as crianças nessa faixa etária estão expostas a uma grande variedade de riscos à saúde e à vida diariamente, sendo tal fato justificado tanto pelo seu restrito desenvolvimento físico e psicológico, como pela pouca habilidade de seus cuidadores em atenuar os riscos de acidentes.

Nesse sentido, destaca-se em Campos (2003) que acidentes e violências configuram como problema de educação preventiva e de saúde pública de grande magnitude no Brasil. Existe em maior ou menor incidência em todos os países, constituindo assim, a primeira causa de morte a partir do terceiro ano de vida até o adulto jovem, produzindo grande ônus para a sociedade e causando forte impacto na morbimortalidade da população brasileira.

O profissional de saúde deve buscar resgatar as práticas de cuidados das mães e diferencia-las das práticas de descuido, buscar os conceitos que as mães trazem consigo, além de discutir o processo de construção da consciência inerente à situação do acidente, sendo esse considerado causador de danos até mesmo de morte (BRASIL, 2008).

Torna-se importante desvincular o processo de amadurecimento e desenvolvimento de experiências das situações traumáticas e marcantes, as quais podem fazer com que o familiar, e inclusive a mãe sintam-se culpados por não terem tomado as devidas precauções ou delegado essa função a outras pessoas, o que fragiliza a família ao enfrentar as consequências do acidente (XIMENES et al., 2011).

Sendo o enfermeiro um educador, ele está apto a realizar programas educacionais envolvendo pais ou responsáveis pelos cuidados da criança, promovendo ações que dizem respeito à prevenção de acidentes e às condutas a serem tomadas nestes casos (BOEHRS et al., 2011).

Nesta perspectiva, a enfermagem, assim como os demais membros da equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF), no cuidado à criança, pode atuar na ampliação do acesso a ações de educação e promoção da saúde e, com isto, contribuir para a redução das desigualdades sociais e melhoria da qualidade de vida das famílias e das crianças, com possibilidades para o incremento dos indicadores de saúde na infância, por ser o principal eixo estruturado do SUS. A Enfermagem na equipe da estratégia Saúde da Família (eSF) tem exercido atividades além do agir na assistência, gerenciamento, ensino, pesquisa e no controle social assumindo outras demandas sociais, próprias da articulação, organização, mobilização e vivência comunitária. Dentre estas demandas, estão os casos de agravos por causas externas (XIMENES et al., 2011).

No entanto, há uma grande necessidade de estudos que invistam tanto na mudança de comportamento sobre conceito de que os acidentes estão relacionados com casualidade e imprevisibilidade como na conscientização dos familiares e dos profissionais de saúde na busca de medidas preventivas.

O empenho em pesquisar o tema sobreveio, inicialmente, da experiência no projeto de pesquisa “Acidente ou descuido: o ambiente domiciliar e seus fatores de riscos para

traumatismos em crianças”, cadastrado na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. As buscas literárias realizadas acerca do problema, no decorrer do projeto, comprovaram a maior incidência de acidentes com crianças no domicílio, e a pouca quantidade das pesquisas envolvendo os cuidadores dessas crianças. Percebe-se, pelo estudos acima explanados, que existe uma correlação estatisticamente relevante da idade das crianças envolvidas neste estudo (crianças menores de cinco anos) e do local dos acidentes (ambiente doméstico) com a ocorrência dos acidentes, justificando a escolha deste objeto de investigação.

Ademais, o interesse em compreender os riscos de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos no município de Floriano-PI, surgiu da percepção, no desenvolvimento de atividades profissionais, na qualidade de Enfermeira, em ambiente hospitalar, que existia um número significativo de crianças nessa faixa etária que chegavam à unidade vítimas de acidentes no domicílio. Além disso, ao questionar o cuidador no momento dos cuidados realizados à criança percebia-se que, embora o mesmo tivesse certo conhecimento sobre as medidas para evitar os acidentes domésticos com crianças pequenas, não conseguiam prevenir, fato que chamou a atenção da pesquisadora para fazer tal investigação, além de tentar levar para a ESF a reflexão de que a promoção da saúde, nestes casos, é resolutiva, quando realizada de forma sistematizada, visando a redução dos acidentes com crianças, bem como proporcionando um ambiente seguro.

Portanto, no contexto da interlocução entre criança, acidente doméstico, cuidador e enfermagem emergem as seguintes premissas: quais os fatores de risco presentes no ambiente doméstico para os acidentes com crianças menores de cinco anos? Quais os acidentes que mais acometem as crianças menores de cinco anos no município de Floriano-PI?

Esse estudo trará benefícios para os cuidadores dessas crianças, participantes da pesquisa, uma vez que corroborou-se com Costa et al. (2011) quando afirmam que cabe ao cuidador a vigilância e a adoção de medidas e condutas seguras de forma a evitar acidentes sérios. Para isso, eles precisam ser sensibilizados e orientados quanto aos aspectos que podem predispor à ocorrência de acidentes com crianças. Permitir-se-á, pois, uma reflexão para uma possível tomada de decisão na perspectiva de mudança de comportamento na forma de cuidar e de evitar os acidentes nessa faixa etária. Este estudo poderá ainda fornecer à comunidade científica informações acerca desta temática para que, balizada por estes achados, possa ser uma fonte de pesquisa no que se refere à segurança das crianças.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Analisar a ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos de idade em Floriano-PI.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos cuidadores de crianças menores de cinco anos;
- Descrever os tipos de acidentes sofridos pelas crianças menores de cinco anos e a parte do corpo atingida;
- Identificar os fatores de risco para acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos;
- Verificar a existência de associação entre os fatores de risco encontrados e a ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, procurou-se trazer o olhar de vários autores que estudam o crescimento e desenvolvimento da criança, acidentes na infância, prevenção de acidentes domésticos e a enfermagem.

A compilação das informações obtidas pela busca nas bases de dados resultou na construção das seguintes subseções: a influência do crescimento e do desenvolvimento para a ocorrência dos acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos; principais acidentes na infância: aspectos epidemiológicos; prevenção de acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos; e a atuação do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos.

#### **3.1 A influência do crescimento e do desenvolvimento para a ocorrência dos acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos**

Nesta subdivisão abordou-se as nuances que envolvem os acidentes domésticos com crianças na faixa etária compreendida desde o nascimento até os quatro anos, 11 meses e 29 dias na perspectiva do crescimento e desenvolvimento. Como referências mais utilizadas, buscou-se a proposta de Hockenberry e Wilson (2014), que realizam uma avaliação do risco de acidente com crianças de acordo com a idade em que estas se encontram, referindo as influências geradas pela fase do desenvolvimento e crescimento associado.

A criança é considerada um organismo em desenvolvimento, cujo crescimento se exprime através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica entre os fatores bio-anatômicos, psicológicos e sociais que evoluem de acordo com as leis da maturação neuropsicológica, sob influência de fatores ambientais (OE, 2010). Neste âmbito, o crescimento é entendido como um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. De um modo geral, considera o crescimento como aumento do tamanho corporal que cessa com o término do aumento em altura. Enquanto que, o desenvolvimento é a interligação mútua, durante toda a vida do indivíduo, entre desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial (BRASIL, 2002).

Ademais, constituem-se em processos que fazem toda diferença na fase inicial da vida, pois são componentes importantes para a saúde da criança, uma vez que, neste período ocorrem mudanças vitais, em que a criança começa a descobrir o mundo que a rodeia, adquire experiências e habilidades cada vez mais complexas. A conjunção desses fatores a prepara

para o seu desempenho futuro. Por ser esse um período de relevantes modificações, faz-se necessário um acompanhamento cauteloso, visando prevenir ou atenuar possíveis agravos à criança (REICHERT et al., 2012).

Alguns comportamentos da criança são formas de explorar a capacidade do corpo, tal como a criança faz ao correr, pular, ler ou aprender. Como parte do desenvolvimento normal da criança, essa forma de exploração é equilibrada pela curiosidade sobre outros aspectos de seu universo de vida. É necessário que os pais saibam que, embora existam características gerais esperadas em cada etapa de desenvolvimento, cada criança tem seu ritmo próprio que deve ser respeitado (BRASIL, 2012).

Sabe-se que a criança desde o seu nascimento até os quatro meses de vida, já estabelece reflexos involuntários, dentre os quais: reflexo de rastejar que favorece o impulso para frente e para trás, reflexo de susto que empurra o corpo, reflexo de agarrar e capacidade de rolar. À medida que cresce a criança já é capaz de rolar intencionalmente do decúbito ventral para o decúbito dorsal. Aos seis meses, rola do decúbito dorsal para o ventral. Com isso, a criança que dorme em decúbito lateral pode facilmente rolar para o decúbito ventral, aumentando o risco de quedas (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Os autores supracitados ainda destacam que a criança com quatro meses, possui a capacidade de levar objetos diretamente para a boca, favorecendo a aspiração de corpos estranhos. Esse evento revelou-se entre os mais comuns, em um estudo realizado com 131 crianças, por Baeza-Herrera et al. (2010), que tinham como objetivo apresentar o perfil epidemiológico da população mexicana sobre as lesões e acidentes que ocorrem em casa.

Nos acidentes domésticos com queimaduras, as maiores vítimas são as crianças. Isso é explicado pela falta de noção do perigo e pela curiosidade, inquietação e instinto explorador, principalmente durante o início dos primeiros passos no ambiente domiciliar (MACHADO et al., 2009). A partir dos oito meses, a maioria das crianças consegue manter-se em pé segurando na mobília, retifica a postura para alcançar objetos e procura insistentemente por aqueles fora do seu alcance. Com isso, aumentam os perigos da criança sofrer queimaduras ao serem colocadas próximas de qualquer elemento que produza calor (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Com o início do andar, a partir dos 12 meses de idade, aliado à sua curiosidade aguçada, a criança começa a explorar o meio e podem ocorrer as quedas da própria altura, devido à instabilidade e pouco equilíbrio, bem como as quedas de escadas, varandas e cadeirinhas de refeição, pois a criança já é capaz de ficar em pé e começa a ter noção de espaço, sentindo atração pelos objetos que joga ao chão (MARTINS; ANDRADE, 2010).

A criança na idade entre 15 e 30 meses apresenta-se em uma fase de desenvolvimento perigosa para acidentes como: afogamento, queimaduras, intoxicações, quedas, engasgos, asfixia e lesões corporais. Nessa idade, a criança não tem noção de profundidade, puxa objetos, explora buracos, insere objetos na boca, além de subir e descer escadas, conseguir abrir portas, engolir pedaços duros de alimentos e de se distrair facilmente das tarefas, ações que podem favorecer a ocorrência de quedas e lesões (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Ainda que, na faixa etária de 36 meses a 60 meses de idade, a criança seja mais cuidadosa, ouça melhor as regras dos pais e tenha consciência dos perigos em potencial (HOCKENBERRY; WILSON, 2014), são frequentes estudos que revelam acidentes nessa fase. Conforme percebido no estudo realizado por Oliveira et al. (2013), que demonstrou a presença de 34% de crianças hospitalizadas em consequência de queimaduras, na faixa etária de 2 a 5 anos. Com isso, observou-se que o ideal seria unir o ensino ministrado para essa criança, no que se refere à segurança, já que ela é capaz de apreender este tipo de abordagem, ao cuidado dispensado a ela.

Portanto, na faixa etária de um a quatro anos de idade, com o evoluir do crescimento e do desenvolvimento infantil, as crianças já conseguem andar e demonstram agilidade, são capazes de alcançar os objetos, manuseá-los, conduzi-los à boca, e é nesses momentos de descoberta e entretenimento que ocorrem os acidentes. Também nessa faixa etária as crianças se tornam mais hábeis, conseguem abrir a maioria dos recipientes e embalagens, sua maior mobilidade lhes permite acesso a locais onde as famílias costumam deixar medicamentos e outros objetos que constituem ameaças. Além disso, com o crescimento infantil, os responsáveis tendem a subestimar a capacidade das crianças e podem deixar substâncias perigosas ao alcance das mesmas (LOURENÇO; FURTADO; BONFIM, 2008).

Diante do exposto é importante mencionar que os acidentes domésticos têm intrínseca relação com a idade da criança, etapa de desenvolvimento psicomotor, fatores ambientais, educacionais, socioeconômicos e culturais, os quais estão diretamente relacionados com o comportamento, estilo de vida, nível de conscientização e de instrução dos pais e cuidadores e falta de cuidados na proteção e segurança da população infantil.

### **3.2 Principais acidentes na infância: aspectos epidemiológicos**

Dentre os principais tipos de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos, as pesquisas revelam a alta prevalência de acidentes envolvendo, principalmente, quedas, queimaduras e intoxicações. A partir destes acidentes, ocorrem cerca de 830.000

casos de mortes de crianças anualmente em todo o mundo, o que é um número considerável, dado que representa o equivalente à população infantil de Chicago, nos Estados Unidos (OMS, 2011).

Um estudo realizado por Amorim et al. (2007) sobre a incidência e principais causas de acidentes domésticos em crianças na fase Toddler e Pré-escolar, em Patos-PB mostrou que a maioria dos acidentes domésticos foi decorrente de queda (69,15%). Os acidentes domésticos causados por intoxicação exógena representaram 20,28% do total. Os outros casos registrados foram: queimaduras (7,13%); ferimentos por objetos cortantes (1,78%); engasgo (1%), projétil de arma de fogo (0,33%) e choques elétricos (0,33%), estes últimos demonstrados como sendo de menor intensidade.

No Brasil, não existem dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que apontam a quantidade dos óbitos isolados em decorrência dos acidentes envolvendo crianças. Estas informações entram na contabilização da mortalidade referente às chamadas causas externas, que incluem além dos acidentes (no domicílio ou nas vias de tráfego) as violências. Malta et al. (2009) destacam que dados acerca da mortalidade em crianças menores de dez anos no Brasil, durante o ano de 2006, apontam como as principais causas de óbito os acidentes de transporte (29,3%), os afogamentos (21,1%), os riscos à respiração (15,4%), as agressões (7,0%) e as quedas (5,1%). Porém, não é possível determinar se estes acidentes ocorreram ou não no domicílio.

No que diz respeito às quedas, estudo recente para estimar a incidência dos tipos de acidentes domésticos com crianças até os primeiros três anos de vida, revelou esse evento em 78,2% da amostra pesquisada (HAMIDA-NOUAILI et al., 2011). Muitas vezes, as medidas de segurança no domicílio para evitar quedas não são suficientemente tomadas. As crianças têm acesso a locais perigosos, os pais não usam proteções adequadas e seguras para garantir que a criança brinque e explore suas habilidades de forma que não sofram quedas. Toda falta de cuidados em casa, resume-se em acidentes que podem ser fatais ou deixarem crianças de até quatro anos com graves sequelas (OMS, 2005).

Outro tipo de acidente doméstico que se constitui como uma grave problemática de saúde é a queimadura. Aragão et al. (2012) revelaram em sua investigação o maior número desta lesão em crianças menores de seis anos, sendo o líquido aquecido representativo em 71,6% dos casos de queimaduras estudadas. Em seu estudo, Andretta et al. (2013) encontraram que a queimadura é um tipo de injúria que ocorre predominantemente no ambiente domiciliar, e que acomete em geral crianças de um a quatro anos. Outra pesquisa

constatou o maior número de vítimas por queimaduras no grupo infantil com um ano de idade (39%) seguido das crianças entre dois e quatro anos - 32% (BATISTA; RODRIGUES; VASCONLELOS, 2011).

Desse modo, percebe-se que as queimaduras representam um importante agente causador de danos, decorrente não apenas de sua alta frequência, mas, principalmente de sua capacidade de causar ameaças à vida e de provocar aos sobreviventes, enormes sequelas funcionais, estéticas e psicológicas (BARROS et al., 2010). Soma-se, ainda, que as queimaduras, produzem múltiplas complicações, entre elas: infecção secundária, desidratação, necrose, flictena, choque séptico e parada cardíaca (FERNANDES et al., 2012).

A sufocação, ou obstrução das vias aéreas, é a primeira causa de morte entre os acidentes de bebês até um ano de idade, o que representa 70% dos óbitos. Até os quatro anos, a criança fica muito exposta a este tipo de risco, pois é nesta fase que se inicia a exploração do mundo ao seu redor por meio dos sentidos - tato, audição, paladar, visão e olfato. Já entre um e quatro anos, o maior número é de afogamentos, com 34%. Na faixa etária de cinco a nove anos, mais da metade das mortes (49%) vem dos acidentes de trânsito, seguido do afogamento, prevaemente em 26% dos casos de morte (ONG CRIANÇA SEGURA, 2014).

Em estudo realizado por Gomes et al. (2013) sobre a Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância, em Montes Claros-MG, obteve-se cinco casos de obstruções das vias aéreas nas faixas etárias de três meses a menor de quatro anos e de oito anos a menor de 12 anos. Ressalta-se que as mortes por obstrução mecânica das vias aéreas ocorreram mais frequentemente no primeiro ano de vida, e são mais comuns com alimentos ou objetos pequenos.

No tocante às intoxicações, esse evento também é bastante presente em crianças na faixa etária de até quatro anos. Em um estudo realizado por Werneck e Hasselmann (2009) evidenciou que dos 1.574 casos de intoxicação entre crianças com até cinco anos de idade, 40% envolvia produtos químicos de uso doméstico, 35% medicamentos e 15% algum tipo de pesticida. Mais da metade das intoxicações por pesticidas envolveu o chumbinho, um produto ilegalmente vendido como raticida, que frequentemente contém o agrotóxico carbamato.

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas da Fundação Oswaldo Cruz (SINITOX, 2014) no Brasil, em 2011, foram notificados 105.875 casos de intoxicação humana, sendo a faixa etária de zero a quatro anos acometida com 22.996 (21,72%). Entre os principais agentes tóxicos que causaram envenenamento doméstico em crianças nessa faixa etária destacaram-se os remédios, produtos domésticos e plantas tóxicas.

No que concerne o acidente com arma de fogo as crianças de três anos de idade são fortes o suficiente para puxar o gatilho de muitos revólveres; as de até oito anos de idade não conseguem distinguir entre armas reais e de brinquedo ou entender completamente as consequências de suas ações. No entanto, quase todos os tiros fatais não intencionais em crianças ocorrem em casa ou na vizinhança. A maioria dessas mortes envolve armas guardadas carregadas e acessíveis para as crianças. Infelizmente ainda é insipiente estudos que tratem da prevalência desse tipo de acidente (ONG CRIANÇA SEGURA, 2012).

Portanto, os aspectos epidemiológicos das quedas, queimaduras, sufocação, intoxicações e acidentes com arma de fogo até aqui expostos, nos revelam um importante problema de saúde, já que, a prevalência é grande e os acidentes são graves. Isso nos incentiva a refletir sobre a eficácia das medidas utilizadas para a conscientização dos cuidadores no que diz respeito a prevenção dos acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos.

### **3.3 Prevenção de acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos**

A ideia de que o domicílio é um lugar seguro para as crianças vem suscitando muitas dúvidas em relação à adequação das medidas de segurança, uma vez que pesquisas indicam claramente que o local onde a maioria das lesões ocorre é no ambiente domiciliar, indicando a inadequação de medidas de segurança para a prevenção de lesões em crianças neste espaço (LASI; RAFIQUE; PEERMOHAMED, 2010).

Existem diversas medidas preventivas, conhecidas e fáceis de serem executadas, para evitar os acidentes domésticos com crianças. Mesmo assim, dados estatísticos apontam que, mesmo na presença desta relativa facilidade, os acidentes continuam acontecendo, constatado pela multifatoriedade das ocorrências, que envolvem desde acidentes com água, fogo, quedas, intoxicações e múltiplas circunstâncias desencadeadoras dos traumatismos.

Generalizando, a Dra. Rachel Niskier<sup>1</sup> refere que a prevenção de acidentes está relacionada a questões sociais e políticas mais gerais e à própria crise econômica, que agrava as condições de vida da população. Mas algumas medidas podem começar a ser tomadas pelas famílias para evitar alguns acidentes como estimular o uso de equipamentos de segurança em práticas esportivas; proteger as janelas de residências, escolas e creches com telas e grades. As piscinas devem ser protegidas com redes apropriadas ou cercadas; proteger as crianças

---

<sup>1</sup> Dra. Rachel Niskier, coordenadora executiva nacional da Campanha “Acidentes e Violência são evitáveis”, em entrevista verbal concedida ao boletim informativo da Sociedade Brasileira de Pediatria.

menores do risco de ferimentos com objetos e tomar cuidado com as escadas e lajes, que devem ter acesso restrito; as tomadas devem ser sempre protegidas e a fiação elétrica não pode ficar exposta em locais onde circulem crianças; remédios, produtos de limpeza, material inflamável, devem ficar longe do alcance das crianças e nunca devem ser guardados em recipientes de refrigerantes ou similares; afastar a criança de água ou alimentos muito quentes, e de qualquer situação onde exista risco de fogo e chama (SBP, 2014).

Para Vieira et al. (2009) em pesquisa cujo objetivo era a prevenção de acidentes em creches no Ceará, mostrou que os sujeitos do estudo descreveram situações específicas que podem e devem ser abordadas para prevenir acidentes em crianças de até quatro anos: ter atenção com material inflamável, cabos de panela voltados para dentro quando sobre o fogão, atentar para colocar *plugs* nas tomadas elétricas, tirar de perto das crianças objetos que podem causar acidentes, pois, caso contrário, existe grande probabilidade desses ocorrerem.

A prevenção de quedas é outra medida imprescindível para evitar as lesões infantis, visto que, estudos revelam a predominância de quedas, da própria altura, como agente causal da maioria dos pequenos traumas, sendo necessária, a manutenção de quintais limpos e livres de barreiras, capazes de possibilitar a circulação segura da criança, no momento das brincadeiras, já que, o local de maior ocorrência das quedas, da própria altura, acontece no quintal da casa (BEM et al., 2008).

Os materiais de corte e perfurantes são objetos que pode ferir gravemente as crianças quando alcançá-los. Os acidentes com esses materiais ocorrem com frequência pelo manuseio inadequado de utensílios da cozinha e ferramentas de trabalho dos pais. Assim, é importante manter esses objetos longe do alcance delas, se possível substituir os recipientes de vidro por plástico, e até mesmo crianças mais velhas devem ser orientadas a respeito do perigo em usar tais objetos (VIEIRA et al., 2012).

No que concerne à prevenção dos acidentes envolvendo queimaduras, a realização de algumas atitudes desenvolvidas pelos cuidadores, na presença da criança, pode ser ameaçadora para o acontecimento deste tipo de acidente, dentre elas: cozinhar, ferver água ou outros líquidos enquanto a criança brinca ao seu redor e a falta de preocupação com a organização das panelas sobre o fogão enquanto cozinha, mantendo os cabos virados para fora, no alcance das crianças (VENDRUSCULO et al., 2010). A privação de cuidados fundamentais aumenta, de maneira considerável, a ocorrência dos acidentes por queimaduras na infância e de outros agravos possíveis de prevenção como é o caso dos incidentes por afogamento.

O afogamento sempre foi uma importante causa de morte e, na era pré-vacinal, matou tantas crianças com idade inferior a cinco anos, como o sarampo. Enquanto as causas evitáveis por vacina foram praticamente eliminadas, a taxa de afogamento permaneceu praticamente a mesma (HARVEY et al., 2009). Os banhos de crianças em piscinas devem ser rigorosamente supervisionados por recursos humanos capacitados e experientes, quando possível, distribuídos na proporção de um para um (NASTA et al., 2009). Estudos revelam que a utilização de cerca ao redor da piscina, evitaria cerca de 73% dos afogamentos infantis, se comparado com piscina sem cerca; estas proteções, ainda, devem ser colocadas nos quatro lados da piscina (THOMPSON; RIVARA, 2000).

Entre as intervenções que podem ser realizadas, o uso de cercas ou outras barreiras que impedem o acesso a locais contendo água poderia salvar mais de 50.000 vidas de crianças a cada ano. Da mesma forma, mais de 50.000 mortes por queimaduras relacionadas a fogo são potencialmente evitáveis através dos detectores de fumaça. Além disso, o uso de recipientes seguros pode prevenir cerca de 5.000 mortes por envenenamento (OMS, 2008).

Ainda seguindo este direcionamento, compreende-se que o acondicionamento de produtos ou alimentos na embalagem original é mais seguro e, evita os acidentes infantis dentro do domicílio, uma vez que, as crianças desconhecem os perigos das substâncias ou preparações destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar; a utilização de embalagens descartáveis para armazenar produto tóxico pode favorecer o risco de intoxicação exógena grave, pois as crianças não sabem diferenciar produtos pela cor ou pelo cheiro (ACKER; CARTANA, 2009). Na perspectiva preventiva, é necessário que os pais ou cuidadores atentem para o armazenamento correto dos produtos e realizem atividades perigosas longe da presença da criança.

Percebeu-se, dessa forma, que parcela significativa dos acidentes domésticos pode ser prevenida com o emprego de algumas adequações no ambiente domiciliar, dentre as quais, o uso de protetores para janelas, construção de barreiras nas escadas para criança, utilização de roupas e móveis constituídos de materiais menos inflamáveis, substituição de fogões abertos, manutenção de equipamentos para combater incêndio, armazenamento e eliminação segura de resíduos tóxicos e a própria educação dos pais e cuidadores de crianças quanto à segurança em casa (NORDBERG, 2000).

### 3. 4 A atuação do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos

Tendo em vista que a criança passa a maior parte do seu tempo no domicílio, e que este ambiente é considerado um local de perigo para os acidentes, a supervisão em tempo integral por um adulto, especialmente durante esta idade vulnerável, é de fundamental importância para a prevenção das ocorrências envolvendo as crianças. O cuidador da criança deve ter algum conhecimento referente à prevenção dos acidentes para usar as medidas adequadas e redobrar a atenção no cuidado com os perigos dentro de casa. Conforme Carlsson et al. (2011), esse conhecimento pode ser adquirido através de capacitação, oficinas e visitas domiciliares destinadas a aumentar a consciência e precauções tomadas a fim de evitar lesões em crianças no ambiente domiciliar.

Uma importante contribuição pode ser dada pela Estratégia Saúde da Família para a redução dos acidentes na infância. Esse modelo assistencial tem por finalidade promover a saúde das famílias, considerando o seu espaço físico e social. A atuação do profissional enfermeiro no contexto socioeconômico e cultural das famílias permite o planejamento de ações preventivas mais próximas da realidade da comunidade. Os profissionais de enfermagem exercem relevante função, tanto na prevenção quanto no tratamento dos acidentes na infância: na prevenção, subsidiando a implementação de programas nas escolas, nas creches, nas comunidades e na atenção básica à saúde; no tratamento, realizando um plano de assistência de enfermagem à criança vítima de acidentes domésticos e orientando os pais e/ou responsáveis quanto ao atendimento que deve ser prestado no momento do acidente (LOURENÇO; FURTADO; BONFIM, 2008).

Nesse contexto, cabe ao enfermeiro, em especial o profissional que exerce suas atividades na estratégia de Saúde da Família (eSF), o papel de orientar o cuidador da criança, sobretudo quanto à prevenção dos acidentes, pois, é um profissional inserido na atenção básica que deve promover a orientação da população por meio de cartazes, atividades educativas, entre outros. Além de ter a oportunidade de realizar uma educação individualizada a este respeito nas consultas de puericultura (BATISTA; RODRIGUES; VASCONCELOS, 2011).

Os enfermeiros tem a competência de desenvolver, ainda, ações de promoção da saúde sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças junto aos cuidadores, com a finalidade de orientá-los quanto às fases em que poderá se encontrar a criança e assim terem conhecimentos relativos à capacidade que a criança tem de subir, abrir recipientes ou fechaduras e acender fogo (SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011). A criança se torna

mais vulnerável ao acidente doméstico quando não recebe atenção necessária ou quando os familiares desconhecem ou negligenciam a segurança no domicílio, de acordo com as características de cada fase de crescimento e desenvolvimento (ACKER; CARTANA, 2009).

Muitos pais superestimam a capacidade das crianças para lembrar instruções, porque desconhecem as fases de desenvolvimento dos filhos e isso pode contribuir para as ocorrências dos acidentes, visto que, a criança, dependendo da fase em que se encontra, não entende instruções provenientes de seus cuidadores. Por este motivo, é fundamental que ações educativas e de formação voltadas aos familiares das crianças sejam estimuladas e promovidas objetivando favorecer um ambiente de qualidade para o pleno desenvolvimento infantil (MURTA et al., 2011).

Na perspectiva de prevenção dos acidentes com crianças, o cuidado de enfermagem implica não somente em ações curativas, mas, principalmente de prevenção e de promoção da saúde, pois essas ações são inseparáveis entre si, construindo espaços de cuidado no contexto familiar e social. Assim, a enfermagem em saúde da criança deve sistematizar sua assistência a partir do cuidado, buscando, no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, intervenções que estejam voltadas para os bons indicadores de saúde (MELLO; LIMA, 2009).

Ainda que a criança seja um dos principais focos de atuação do cuidado da enfermagem, percebeu-se as poucas produções científicas da enfermagem voltadas para a prevenção dos acidentes infantis. Em um estudo realizado por Marques e Santos (2012), que tinha como objetivo investigar as publicações de enfermagem acerca do cuidado à criança nos anos de 2005 a 2010, não foram mencionadas pesquisas voltadas ao cuidado de enfermagem na prevenção dos acidentes com crianças. Isso nos possibilita traçar um novo cenário temático, para as futuras pesquisas sobre enfermagem pediátrica.

Neste contexto, a prática da enfermagem pediátrica precisa está centrada, também, na prevenção dos acidentes infantis. Conforme Melo e Lima (2009) o cuidado de enfermagem à criança deve desenvolver intervenções de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde de forma indissociável, sendo fundamentais as singularidades da criança e da família e atenção à saúde qualificada e humanizada. Para isso, é essencial que os profissionais de enfermagem tenham um olhar para o cotidiano, um olhar prático, não somente técnico, para lidar com a processualidade da assistência à saúde que, no caso dos acidentes domésticos, envolve a criança, sua família e, de forma ainda mais evidente, o ambiente no qual se encontram inseridos.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo analítico, com delineamento transversal. No estudo analítico, a intenção é esclarecer uma dada associação entre exposição em um efeito específico (GIL, 2010). Segundo Lopes (2013) estudos transversais são estudos que procuram delimitar, a partir de dados de uma amostra extraída em um dado momento de uma população, para estabelecer hipóteses sobre possíveis relações entre variáveis dependentes e independentes considerando medidas pontuais.

### **4.2 Local do estudo**

Foi realizada em Floriano, município criado pela Lei estadual nº144 de 08/07/1897 e tem 117 anos de emancipação. Localiza-se na mesorregião do sul do Piauí, com uma área irregular de 3.409,649 km<sup>2</sup>, tendo como limites ao norte os municípios de Amarante e Francisco Ayres e o estado do Maranhão, ao sul Itaueira e Flores do Piauí, ao leste Nazaré do Piauí, Francisco Ayres e São José do Peixe, e ao oeste Jerumenha e o estado do Maranhão.

Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010), a população total do município, é de 57.690 habitantes. Deste total, 13,38% residem na zona rural e 86,62% na zona urbana, o que evidencia um município eminentemente urbano.

A cidade fica a 240 km da capital do Estado do Piauí, Teresina. Considerado município emergente, sua sede é ponto de convergência de vasta área do sul do Piauí e do Maranhão, sendo chamada de “Princesa do Sul”. As principais atividades econômicas são: comércio, prestação de serviços, agricultura, pecuária e extrativismo. A maioria da população é de baixa renda e depende do sistema público de saúde.

No que se refere ao aspecto saúde, em Floriano, até o momento, foram habilitadas 24 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), constituídas por enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde, que prestam serviços à comunidade. Estas ESF estão distribuídas em 24 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS), sendo 17 UBS na zona urbana e 7 na zona rural.

Em virtude da dificuldade de acesso para a zona rural em carro particular, a distância entre as residências da mesma área adscrita da UBS e a indisponibilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da zona rural em acompanhar a pesquisadora nas visitas, os

domicílios da zona rural foram excluídos desta investigação, ficando portanto como local de estudo apenas as residências das áreas adscritas da Estratégia Saúde da Família da Zona Urbana, embora em duas das 17 UBS houve a recusa dos ACS tanto em mapear as residências que possuíam crianças menores de cinco anos da sua área quanto de acompanhar a pesquisadora nas visitas domiciliares. Nessas áreas as visitas foram realizadas com apoio da própria comunidade, que auxiliaram a pesquisadora no mapeamento e nas visitas.

### 4.3 População e Amostra

Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em Agosto/2013 a população de crianças menores de cinco anos da zona urbana do município de Floriano-PI era de 2.243 crianças (PIAUI, 2013). A escolha por esta faixa etária ocorreu em seguimento à adotada pelo citado SIAB, que dividem as idades por períodos, ficando as crianças de cinco anos e mais fora do contexto da realidade dessa pesquisa.

Para compor a amostra desse estudo, foi utilizado o cálculo de amostragem para população finita, considerando-se que não foi localizado estudos sobre a prevalência desse evento no Piauí, utilizou-se uma prevalência presumida do evento de 54% com base na média dos achados dos estudos de Santos et al. (2010) e Del Ciampo et al. (2011), respectivamente 57,1% e 51,2%.

Assim, adotando-se um nível de significância de 95% e um erro amostral de 5%, obteve-se uma amostra de 330 crianças.

$$n = \frac{t^{25\%} * P * Q}{e^2 (N-1) + t^{25\%} * P * Q}$$

Onde: n é a amostra;  $t^{25\%}$  é a constante da fórmula e vale 1,96; P é a prevalência presumida do fenômeno (considerada aqui em 54%); Q (46%) é a porcentagem complementar de P ( $Q = 100 - P$ );  $e^2$  é o erro amostral (aqui considerado em 5%) e N é a população.

Foi feita a estratificação da amostra que determinou a quantidade de residências adscritas em cada UBS da zona urbana do município que foram visitadas, a partir da quantidade estratificada de crianças menores de cinco anos, conforme tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição da amostra estratificada por Unidade Básica de Saúde da Zona Urbana, Floriano-PI, 2014.

UBS	TOTAL DE RESIDÊNCIAS COM CRIANÇAS ATÉ 4 ANOS	AMOSTRA ESTRATIFICADA
Alfredo de Carvalho	126	18
Catumbi	119	17
Dirceu Arco Verde	45	07
Viana de Carvalho	151	22
Santa Cruz	138	20
Paulo Kalume	414	62
João Elias Oka	56	08
Pedro Simplício	41	07
Camilo Filho	136	20
Helvidio d H. Barros	140	21
Theodoro Sobral	166	24
Nossa Senhora da Guia	144	21
Pam	68	10
Funasa	60	09
Luiz Tavares	142	21
Jose Paraguassu	104	15
Paulo Martins	193	28
<b>TOTAL</b>	<b>2243</b>	<b>330</b>

\*Nota: Dados referentes ao número de crianças menores de cinco anos na cidade de Floriano – PI, em Agosto de 2013, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, através do SIAB.

Para composição da amostra, delineou-se os seguintes critérios de inclusão: residências que possuíam crianças menores de cinco anos; pertencente à área adscrita da UBS, com cuidadores presentes no domicílio no momento da visita. Foram excluídas residências de crianças menores de cinco anos cujos cuidadores não estavam no seu domicílio em três visitas consecutivas; residências cujas crianças menores de cinco anos possuíam algum tipo de patologia neurológica, pois a sua existência poderia influenciar num risco diminuído de acidentes, já que a criança está totalmente dependente do seu cuidador.

#### 4. 4 Coleta de dados

Inicialmente foi realizado contato com as unidades da eSF, mediante Autorização da Instituição (ANEXO A) e agendada uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde como forma de prestar informações acerca da pesquisa tais como objetivos, o método a ser utilizado para coleta de dados e a forma como seriam abordados os cuidadores no domicílio.

Ao final da reunião, foi solicitada a colaboração destes para realização do mapeamento das residências que possuíam crianças menores de cinco anos e acompanhamento nas visitas domiciliares. Para a randomização da amostra, as casas foram identificadas e numeradas de acordo com a tabela de números aleatórios, para posterior sorteio daquelas que iriam participar do estudo. A quantidade de crianças na residência não influenciou na quantidade de casas a ser visitadas, portanto, embora uma casa possuísse mais de uma criança, a mesma foi considerada apenas como uma visita. Em 45,2% delas haviam apenas uma criança por domicílio. Nas que tinham mais de uma criança, adotou-se como parâmetro selecionar aquela com menor idade dentro dos critérios de inclusão descritos.

De posse dessas informações foram realizadas visitas domiciliares, verificados os critérios de inclusão e exclusão e explicado ao cuidador que se tratava de um estudo sobre os riscos de acidentes em crianças menores de cinco anos. Desse modo, mediante a contemplação dos critérios de inclusão foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Tendo a aceitação, foram aplicados os instrumentos de coleta pela própria pesquisadora. A coleta ocorreu entre os meses de Outubro e Novembro de 2014.

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário (APÊNDICE B) contendo informações socioeconômicas e demográficas dos cuidadores e características do ambiente de moradia, incluindo a presença ou não de acidentes com a criança e o tipo de acidente domiciliar. Foi realizado um pré-test para identificar a viabilidade do formulário. Para a identificação dos riscos foi realizada uma observação do ambiente e preenchido um *check-list*, com a anuência do cuidador (APÊNDICE C) que versou sobre os riscos ambientais de acidentes domésticos com crianças. Este *check-list* foi construído a partir da referência de Hockernberry e Wilson (2011).

## **4.5 Variáveis do estudo**

### 4.5.1 Variável dependente

Ocorrência de acidentes domésticos: resposta sim ou não.

### 4.5.2 Variáveis independentes

As variáveis foram investigadas conforme quatro grandes blocos, sendo três deles relacionados aos fatores de riscos domésticos: 1) perfil socioeconômico e demográfico dos cuidadores e características do acidente; 2) fatores de risco relacionados a infraestrutura/ambiente do domicílio; 3) fatores de risco relacionados a disposição de objetos

e móveis no domicílio; e 4) fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças menores de cinco anos, sendo descritos abaixo:

### **BLOCO 1: PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DOS CUIDADORES E CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE:**

- Sexo: Masculino ou feminino;
- Idade do cuidador em anos de vida;
- Escolaridade: não estudam, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior;
- Ocupação: Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura; Eletricidade e gás; Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação; Comércio; Reparação de veículos automotores e motocicletas; Alojamento e alimentação; Informação e comunicação; Atividades profissionais, científicas e técnicas; Atividades administrativas e serviços complementares; Educação; Saúde humana e serviços sociais; Outras atividades de serviços; e Serviços domésticos;
- Renda familiar: até dois salários mínimos ou mais de dois salários;
- Nº de pessoas que residem em sua casa;
- Situação conjugal: com companheiro ou sem companheiro;
- Número de filhos;
- Idade dos filhos (em anos);
- Número de crianças na residência;
- Deixa a criança sozinha na residência? Sim ou Não;
- Qual a pessoa que fica com a criança na sua ausência? Foram consideradas as respostas: avó; outro familiar; irmão; vizinho(a); tio (a); cuidador particular ou Leva a criança;
- Idade dessa pessoa que substitui o cuidador (em anos);
- Ocorrência de acidente no domicílio: sim ou não;
- Qual tipo: Quedas, Queimadura, Asfixia, Cortes, Intoxicação/Envenenamento, Afogamento, Corpos estranhos, Mordeduras/Picadas de animais e Armas de fogo;
- Parte do corpo foi atingida: Couro cabeludo, face, Pescoço, Tórax, TGI/TR, Abdômen, Costas, órgãos genitais/perineais, membro superior, mão, membro inferior ou pés;
- Idade da criança no momento do acidente (em anos);
- Turno ocorreu o acidente: manhã, tarde ou noite;

- Ambiente do domicílio onde ocorreu o acidente: sala, quarto, banheiro, cozinha, área externa ou quintal.

## **BLOCO 2: FATORES DE RISCO RELACIONADOS A INFRAESTRUTURA / AMBIENTE DO DOMICÍLIO**

- Presença de escada ou degraus sem corrimão: Sim ou Não;
- Presença de janelas com grades: Sim ou Não;
- Presença de ferramentas elétricas ou portões elétricos ao alcance das crianças: Sim ou Não;
- Na área onde a criança brinca existem espinhos, pregos, cacos de vidro e outros: Sim ou Não;
- Presença de fio desencapado ou quebrado: Sim ou Não;
- As tomadas são protegidas ou são altas: Sim ou Não;
- Presença de plantas/Jardim ou quintal: Sim ou Não;
- Presença de poço no quintal: Sim ou Não;
- Presença de tanques ou caixa d'água baixa em casa: Sim ou Não;
- A criança tem acesso a esses poços ou tanques ou caixa d'água: Sim ou Não;

## **BLOCO 3: FATORES DE RISCO RELACIONADOS A DISPOSIÇÃO DE OBJETOS E MÓVEIS NO DOMICÍLIO**

- Tapetes escorregadios: Sim ou Não;
- Rede alta: Sim ou Não;
- Berço seguro (com grades elevadas e com proximidade com o chão): Sim ou Não;
- Presença de abajur, cabos, quadros emoldurados c/ vidro ao alcance da criança: Sim ou Não;
- Saídas e passagens mantidos com brinquedos, móveis, caixas ou outros itens que possam ser obstrutivos: Sim ou Não;
- Objetos pontiagudos, alfinetes, lâminas de barbear, facas, tesouras são guardados em locais seguros: Sim ou Não;
- Copos, pratos e talheres são colocados nos cantos da mesa: Sim ou Não;
- Ventiladores ligados ao alcance das crianças: Sim ou Não;

- Botões, alfinetes, moedas, grãos de alimentos estão ao alcance das crianças: Sim ou Não;
- Os cabos das panelas estão ao alcance das crianças: Sim ou Não;
- A garrafa de álcool está em lugar seguro: Sim ou Não;
- Fósforos, isqueiros, acendedores, cinzeiros estão ao alcance das crianças: Sim ou Não;
- Velas, incenso, pratos quentes estão ao alcance das crianças: Sim ou Não;
- Fios elétricos visíveis e ao alcance da criança: Sim ou Não;
- Produtos de limpeza, inseticidas são guardados em locais baixos: Sim ou Não;
- Produtos de limpeza, inseticidas são envasilhados adequadamente: Sim ou Não;
- Remédios são guardados em locais seguros: Sim ou Não;
- Cigarros e bebidas alcoólicas estão ao alcance das crianças: Sim ou Não;
- O domicílio possui Cortinas ou Mosqueteiros: Sim ou Não;
- A distância entre as grades do berço é suficiente para não deixar passar a cabeça da criança: Sim ou Não;
- Tampa vaso sanitário é mantida aberta: Sim ou Não;
- Baldes, banheira são mantidos cheios e a criança tem acesso: Sim ou Não;
- Presença de arma de fogo em casa: Sim ou Não;
- A arma é mantida ao alcance das crianças: Sim ou Não;
- A arma é guardada em local separado da munição: Sim ou Não;

#### **BLOCO 4: FATORES DE RISCO RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DOS CUIDADORES E/OU COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS**

- As crianças usam calçados adequados: Sim ou Não;
- A criança pega objetos pontiagudos e cortantes: Sim ou Não;
- As unhas das crianças são cortadas pela mãe ou outro adulto: Sim ou Não;
- São usados pratos de plástico para as crianças: Sim ou Não;
- Brinca com madeiras e paus não polidas (flepas): Sim ou Não;
- Os brinquedos são pequenos e podem ser engolidos: Sim ou Não;
- Alimentos como amendoim, pipoca, certos doces duros, chicletes são dados às crianças: Sim ou Não;
- São oferecidos pedaços grandes de carne e frutas com sementes às crianças: Sim ou Não;

- A temperatura da água é conferida antes de colocar a criança no banho: Sim ou Não;
- As crianças ficam sozinhas na cozinha: Sim ou Não;
- Hábito de fumar dentro de casa: Sim ou Não;
- A criança alimenta o animal e aproxima-se dele quando está faminto: Sim ou Não;
- A criança importuna frequentemente o animal: Sim ou Não;
- A criança brinca em matagais, porões, depósitos de lixo ou lenha (animais peçonhentos): Sim ou Não;
- A criança toma mamadeira sozinha: Sim ou Não;
- A criança anda ou corre enquanto come: Sim ou Não;
- Os alimentos sólidos são oferecidos à criança: Sim ou Não;
- A criança dorme com travesseiro ou ursinhos de pelúcia (sufocação): Sim ou Não;
- A criança tem acesso a sacos/sacolas plásticos: Sim ou Não;
- Deixa a criança por alguns segundos sozinha na banheira: Sim ou Não;

Foi tomado como base o conceito de cuidador instituído pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, na atualidade temos várias classificações para designar o cuidador, que conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) pode ser definido como um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados, com ou sem remuneração. Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário.

#### **4. 6 Análise dos dados**

Após a coleta e conferência dos instrumentos, os dados foram digitados numa planilha do programa Excel contando com as seguintes informações: dicionário de dados, em que foram incluídos todos os itens dos instrumentos, dupla entrada de dados e limpeza do banco. Após isto, foram exportados para o *Statistics Package Social Science* versão 20.0, editor que possibilitou a entrada de dados, execução de funções estatísticas e visualização dos resultados

das análises. O tratamento dos dados consistiu no cálculo dos principais indicadores definidos pelo estudo.

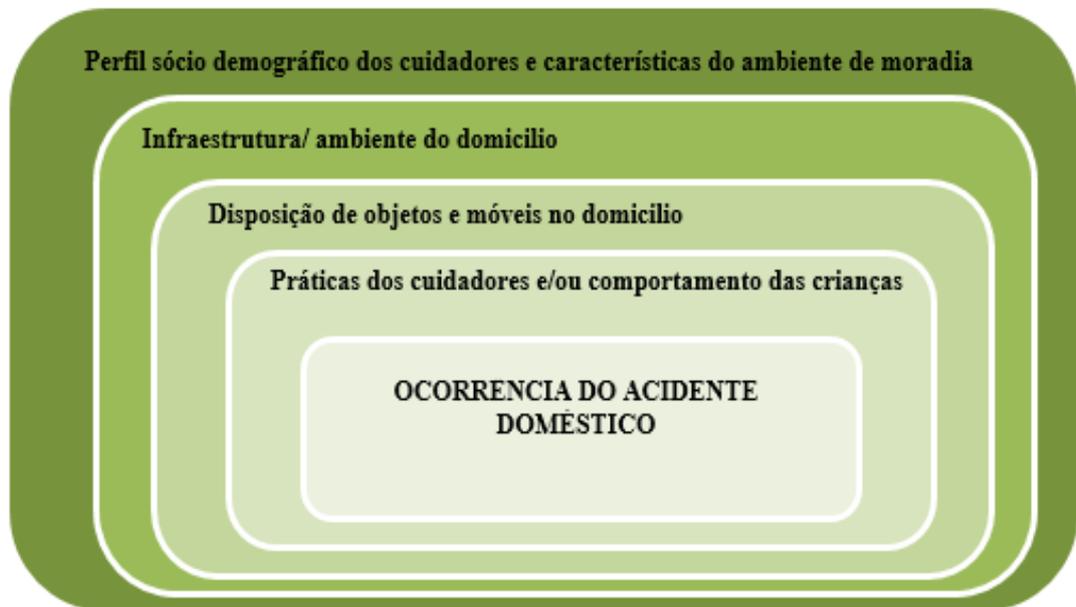
A análise estatística iniciou-se com listagem das frequências absolutas e relativas de cada variável, média, mínimo, máximo e desvio padrão das variáveis contínuas. Após, foi utilizada a estatística analítica bivariada e multivariada no entrecruzamento das diversas variáveis, com utilização dos testes estatísticos conforme tipo de variável.

Na análise bivariada, realizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson e a razão de verossimilhança para as variáveis categóricas, considerando em todos os testes o nível de significância estatística de 5%. Para estimar a força de associação dos fatores de risco para a ocorrência de acidentes, foi calculada a *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95%. Para a OR foi levado em consideração os fatores de maior risco encontrado na literatura.

Na análise multivariada, o procedimento estatístico para o ajuste dos potenciais efeitos de confusão foi a regressão logística múltipla hierarquizada. Nesta estratégia de análise, consideraram-se, para a ordenação da introdução das variáveis no modelo criado, o nível hierárquico de cada variável de exposição na cadeia de determinação da ocorrência do acidente (FLORÊNCIO, 2014).

A hierarquização das variáveis obedeceu à sequência: 1) variáveis situadas no nível hierárquico de menor poder de determinação do acidente (perfil socioeconômico e demográfico dos cuidadores e características do acidente); 2) variáveis situadas no nível hierárquico intermediário distal (fatores de risco relacionados a infraestrutura/ambiente do domicílio); 3) variáveis situadas no nível hierárquico intermediário proximal (fatores de risco relacionados à disposição de objetos e móveis no domicílio); e 4) variáveis situadas no nível hierárquico mais próximo do efeito (fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças menores de cinco anos). (Figura 1).

**Figura 1** – Modelo hierarquizado dos marcadores para a ocorrência de acidentes domésticos em crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014.



\*Fonte: próprio autor

Para inclusão no modelo inicial de regressão, como forma de verificar as variáveis confundidoras em cada bloco, adotou-se o valor  $p < 0,20$  obtido na análise bivariada (FLORÊNCIO, 2014). Foram feitas as entradas das variáveis por blocos individualmente e separadamente: primeiro averiguou-se somente os efeitos das variáveis do bloco 1, depois somente do 2, do 3 e finalmente do 4. Para a etapa seguinte, do modelo hierárquico inicial, utilizou-se como critério de inclusão o  $p\text{-valor} \leq 0,05$ .

Com as variáveis obtidas na etapa anterior, foi realizada uma análise de regressão logística hierarquizada múltipla com as variáveis selecionadas nos blocos proximal, intermediários e distal. O critério estabelecido nesta etapa de análise para as variáveis permanecerem no modelo foi o teste Wald ter apresentado pelo menos uma categoria com significância estatística de  $p\text{-valor} \leq 0,05$ .

O ajuste do modelo final foi verificado pelo teste de Hosmer e Lemeshow. Este valor mede a correspondência dos valores efetivos e previstos da variável dependente. O melhor ajuste do modelo é indicado por uma diferença menor na classificação observada e prevista (MOREIRA, SANTIAGO, ALENCAR, 2014).

Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos de modo a tornar mais clara a divulgação e organização das informações referentes ao proposto pelos objetivos.

Posteriormente a essa apresentação, foram discutidos os resultados conforme literatura revisada e pertinente à temática em estudo, a fim de se produzir evidências que colaborassem para a enfermagem em saúde da criança.

#### **4.7 Aspectos éticos**

A presente pesquisa foi encaminhada à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, o qual avaliou a viabilidade de sua realização. Foi aprovada por meio do Parecer nº 817.183 (ANEXO B). Foi respeitado o que rege a Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), tendo como enfoque o resguardo dos participantes perante os princípios da bioética: a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, portanto exposto por meio do esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o constrangimento que esta possa ter acarretado nos cuidadores aos serem abordados.

Os participantes tiveram autonomia ao ser assegurada sua vontade de contribuir/permanecer, ou não, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida, tendo total liberdade de desistir a qualquer momento da investigação, respaldando-os de qualquer tipo de prejuízo diante de sua desistência. Assim foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preenchido em duas vias de igual conteúdo, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa.

Dessa forma, a participação foi voluntária, assegurando os participantes de potenciais riscos que poderiam vir a acontecer. Entre os riscos previsíveis, destacou-se que os cuidadores poderiam sentir-se constrangidos em relação aos questionamentos e temerem que as informações viessem ao conhecimento público. No entanto, os riscos foram minimizados com o compromisso ético da pesquisadora em garantir a preservação do sigilo da identidade e garantindo a confidencialidade dos dados, tornando-os público apenas àqueles que contemplassem os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Perfil socioeconômico e demográfico do cuidador e características do acidente

Das 2.243 residências que possuíam crianças menores de cinco anos de idade, cadastradas e acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis, 330 compuseram a amostra, com um cuidador por domicílio.

Considerando o sexo dos participantes, verificou-se que quase a totalidade eram mulheres (98,5%). A faixa etária dos cuidadores pesquisados variou de 20 a 29 anos (49,1%), seguida de 30 a 39 anos (32,7%), sendo a média de 27,8 anos (DP  $\pm 7,03$ ). Cerca de 57,0% dos participantes possuíam o ensino médio.

Porém, no que diz respeito à classe econômica, ficou evidente um panorama de baixo poder aquisitivo, uma vez que, mais da metade dos cuidadores investigados pertenciam às classes DE (78,8%). De acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil, a classe DE tem renda média bruta familiar de R\$ 776,00 reais (ABEP, 2012).

Quanto à situação conjugal destacaram-se o grupo dos casados/união estável (67,3%). Para a situação laboral foi utilizada as categorias individuais da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE, 2013) versão 2.0, nesta pesquisa observou-se que 67,9% dos cuidadores afirmaram serem prestadores de serviços domésticos.

Ao avaliar as características do ambiente de moradia, observou-se que 52,4% das residências com crianças menores de cinco anos possuíam de quatro a cinco pessoas, com média de 4,81 (DP  $\pm 2,08$ ). O número de crianças na residência foi de apenas uma em 45,2% dos domicílios, seguida de duas (38,8%), tendo como média 1,82 crianças (DP  $\pm 1,04$ ).

A grande maioria das cuidadoras não deixam a criança sozinha em casa (91,5%) e quando deixam, essas ficam com as avós (44,2%). A idade da pessoa que fica com a criança variou de 40 a 49 anos (19,1%), seguida de 30 a 39 anos (13,0%), sendo a média 39,64 anos (DP  $\pm 17,38$ ).

Todos os dados, até aqui apresentados, estão sumarizados na Tabela 2.

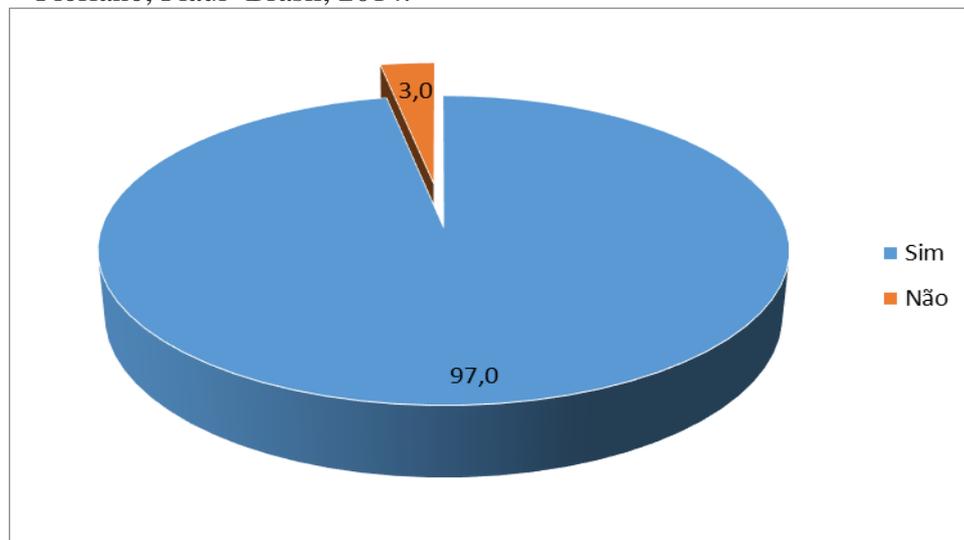
**Tabela 2** – Perfil dos cuidadores de crianças menores de cinco anos de idade e características do acidente, Floriano-Piauí. 2014. (n=330)

Variáveis	f	%	Min	Max	Média	Dp
<b>Sexo do cuidador</b>						
Masculino	5	1,5				
Feminino	325	98,5				
<b>Idade do cuidador</b>						
< 20 anos	42	12,7				
20 a 29 anos	162	49,1				
30 a 39 anos	108	32,7	15	59	27,8	±7,03
40 a 49 anos	15	4,5				
≥ 50 anos	3	0,9				
<b>Escolaridade</b>						
Não estudaram	5	1,5				
Ens. Fundamental	88	26,7				
Ens. Médio	188	57,0				
Ens. Superior	49	14,8				
<b>Renda</b>						
Até 2 SM	260	78,8				
Mais de 2 SM	70	21,2				
<b>Situação conjugal</b>						
Com companheiro	222	67,3				
Sem companheiro	108	32,7				
<b>Situação laboral</b>						
Serviços domésticos	224	67,9				
Educação	30	9,1				
Comércio	22	6,7				
Atividades profissionais	14	4,2				
Outras atividades de serviços	40	12,1				
<b>Nº pessoas residentes na casa</b>						
< 4 pessoas	78	23,6				
4 a 5 pessoas	173	52,4	2	13	4,81	±2,08
6 a 7 pessoas	44	13,3				
> 7 pessoas	35	10,6				
<b>Nº crianças residentes na casa</b>						
Uma	149	45,2				
Duas	128	38,8	1	7	1,82	±1,04
≥ Três	53	16,1				
<b>Deixa a criança sozinha</b>						
Sim	28	8,5				
Não	302	91,5				
<b>Quem fica com a criança</b>						
Avós	146	44,2				
Irmão	28	8,5				
Tio ou outro familiar	97	29,4				
Vizinho ou cuidador particular	31	9,4				
Leva a criança	28	8,5				
<b>Idade de quem fica com a criança (n=302)*</b>						
< 20 anos	50	15,2				
20 a 29 anos	50	15,2				
30 a 39 anos	43	13,0	9	84	39,64	±17,38
40 a 49 anos	63	19,1				
50 a 59 anos	52	15,8				
≥ 60 anos	44	13,3				

\*corresponde ao total de cuidadores que deixam a criança com alguma pessoa

No que diz respeito aos acidentes propriamente ditos obteve-se um percentual de 97,0% de ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos de idade (GRÁFICO 1).

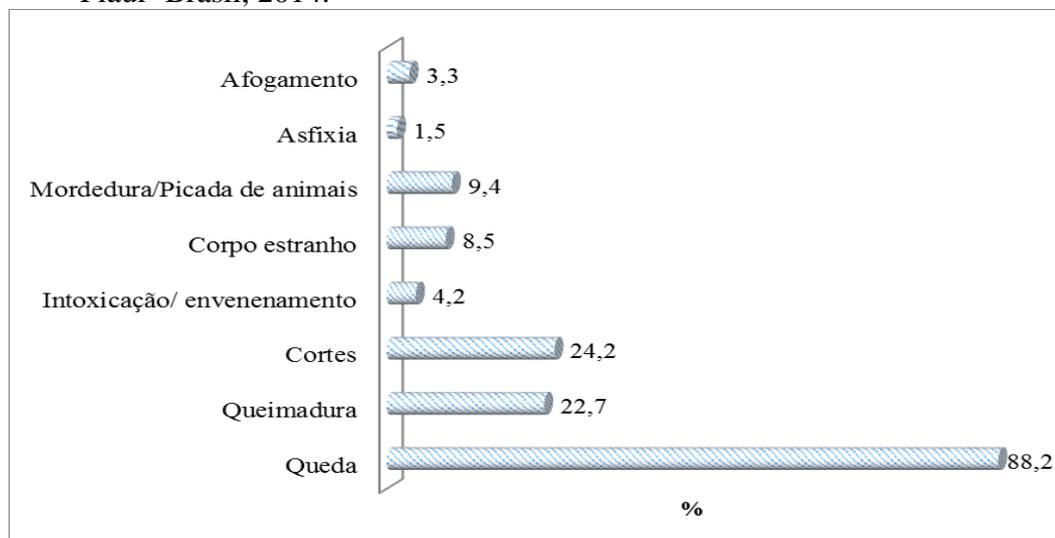
**Gráfico 1** – Ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos em Floriano, Piauí- Brasil, 2014.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Em se tratando dos tipos de acidentes mais comuns que ocorreram no domicílio, 88,2% foram representados pelas quedas, seguida de cortes (24,2%) e queimaduras (22,7%) conforme apresentado no Gráfico 2.

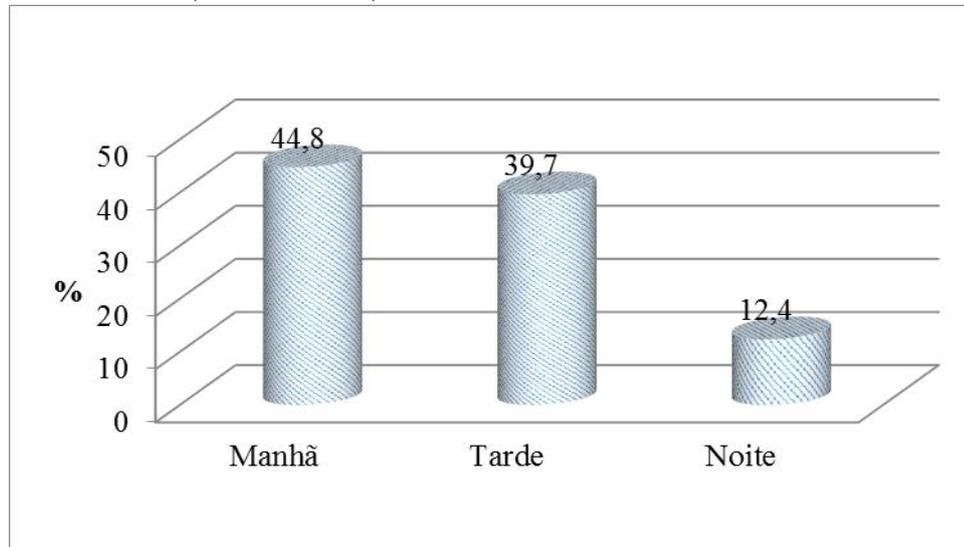
**Gráfico 2** – Tipos de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos em Floriano, Piauí- Brasil, 2014.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

O turno que mais aconteceu esses acidentes foi manhã (44,8%), seguida da tarde (39,7%), como pode ser constatado no Gráfico 3.

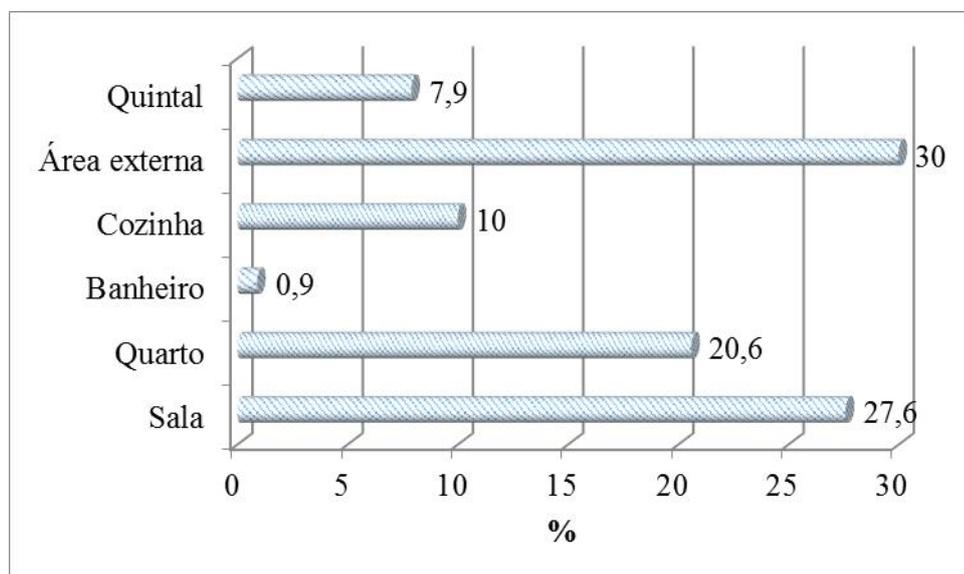
**Gráfico 3** – Turno da ocorrência do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos em Floriano, Piauí- Brasil, 2014.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Em relação ao local do domicílio onde mais ocorreu o acidente, a área externa (considerada pelos participantes a parte da frente da casa) foi a mais prevalente (30%), seguida da sala (27,6%) e quarto (20,6%), conforme apresentado no Gráfico 4.

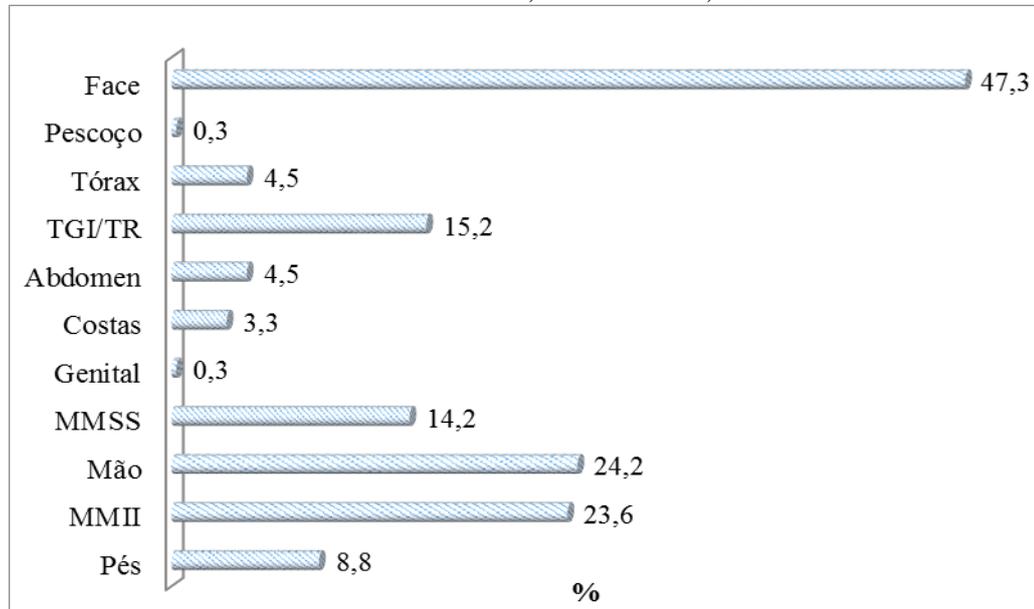
**Gráfico 4** – Área da casa onde ocorreu o acidente doméstico com crianças menores de cinco anos em Floriano, Piauí- Brasil, 2014.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

No que se refere à parte do corpo da criança atingida no momento do acidente 47,3% atingiram a face, 24,2%, as mãos e 23,6% os membros inferiores (GRÁFICO 5).

**Gráfico 5** – Partes do corpo atingida na ocorrência dos acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos em Floriano, Piauí- Brasil, 2014.



Fonte: Pesquisa direta, 2014.

A associação entre a idade da criança com o tipo de acidente evidenciou três variáveis associadas estatisticamente: quedas (OR=0,347; p=0,017); cortes (OR=0,510; p=0,010) e afogamento (OR=0,043; p=0,000), conforme ilustrada na tabela 3.

**Tabela 3** – Associação entre a idade da criança com o tipo de acidente doméstico em Floriano, Piauí, Brasil. 2014. (n=330).

IDADE (em anos)	Tipo de acidente		Total	OR (IC 95%)	p
	Sim	Não			
<b>Queda</b>					
0 – 2	191 (85,3%)	33 (14,7%)	224	0,347 (0,141 – 0,857)	<b>0,017*</b>
03 a 04	100 (94,3%)	6 (5,7%)	106		
<b>Queimadura</b>					
0 – 2	44 (19,6%)	180 (80,4%)	224	0,591 (0,347 – 1,007)	0,052*
03 a 04	31(29,2%)	75(70,8%)	106		
<b>Cortes</b>					
0 – 2	45 (20,1%)	179 (79,9%)	224	0,510 (0,303 – 0,858)	<b>0,010*</b>
03 a 04	35 (33,0%)	71(67,0%)	106		

**Tabela 3** – Associação entre a idade da criança com o tipo de acidente doméstico em Floriano, Piauí, Brasil. 2014. (n=330).

(Continuação)

IDADE (em anos)	Tipo de acidente		Total	OR (IC 95%)	p
	Sim	Não			
<b>Intoxicação/envenenamento</b>					
0 – 2	10 (4,5%)	214 (95,5%)	224	1,192 (0,365 – 3,891)	0,769**
03 a 04	4 (3,8%)	102 (96,2%)	106		
<b>Corpo estranho</b>					
0 – 2	17 (7,6%)	207 (92,4%)	224	0,709 (0,320 – 1,573)	0,396*
03 a 04	11 (10,4%)	95(89,6%)	106		
<b>Mordedura de animal</b>					
0 – 2	17 (7,6%)	207 (92,4%)	224	0,540 (0,255-1,141)	0,102*
03 a 04	11 (10,4%)	95(89,6%)	106		
<b>Asfixia</b>					
0 – 2	3 (1,3%)	221 (98,7%)	224	0,706 (0,116 – 4,289)	1,000**
03 a 04	2 (1,9%)	104 (98,1%)	106		
<b>Afogamento</b>					
0 – 2	1 (0,4%)	223 (99,6%)	224	0,043 (0,005 – 0,341)	<b>0,000**</b>
03 a 04	10 (9,4%)	96 (90,6%)	106		

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

\*Qui-quadrado; \*\*máxima verossimilhança.

## 5.2 Associação entre os fatores de risco com a ocorrência do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos de idade

A associação entre fatores de risco relacionados a infraestrutura/ambiente do domicílio com a ocorrência de acidentes com crianças menores de cinco anos revelou que três variáveis foram estatisticamente significante ( $p < 0,05$ ): **Presença de escada ou degraus sem corrimão** (OR=24,882;  $p=0,000$ ), **Na área onde a criança brinca existem espinhos, pregos, cacos de vidro e outros** (OR=5,014;  $p=0,023$ ) e **Presença de plantas/Jardim ou quintal** (OR=8,246;  $p=0,011$ ), conforme apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4** – Associação entre fatores de risco relacionados a infraestrutura/ambiente do domicílio com a ocorrência de acidentes com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014.

Variáveis	Acidente		Total	p*	OR (IC 95%)
	SIM	NÃO			
<b>Presença de escada ou degraus sem corrimão</b>					
Sim	235 (99,6%)	1 (0,4%)	236	<b>0,000</b>	24,882 (3,106-199,334)
Não	85 (90,4)	9 (9,6)	94		

**Tabela 4** – Associação entre fatores de risco relacionados a infraestrutura/ambiente do domicílio com a ocorrência de acidentes com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014.

(Continuação)

Variáveis	Acidente		Total	p*	OR (IC 95%)
	SIM	NÃO			
<b>Presença de janelas com grades</b>					
Sim	176 (97,8%)	4 (2,2%)	180	0,349	1,833 (0,508 - 6,621)
Não	144 (96,0%)	6 (4,0%)	150		
<b>Presença de ferramentas elétricas ou portões elétricos ao alcance das crianças</b>					
Sim	47 (97,9%)	1 (2,1%)	48	0,664	1,549 (0,192– 12,515)
Não	273 (96,8%)	9 (3,2%)	282		
<b>As tomadas são protegidas ou são altas</b>					
Sim	160 (97,0%)	5(3,0%)	165	1,000	1,000 (0,284 – 3,521)
Não	160 (97,0%)	5(3,0%)	165		1
<b>Na área onde a criança brinca existem espinhos, pregos, cacos de vidro e outros</b>					
Sim	178 (98,9)	2 (1,1)	180	<b>0,023*</b>	5,014 (1,048– 23,983)
Não	142 (94,7)	8 (5,3)	150		
<b>Presença de fio desencapado ou quebrado</b>					
Sim	33 (100,0)	0 (0,0)	33	-	-
Não	287 (96,6)	10 (3,4)	297		
<b>Presença de plantas/Jardim ou quintal</b>					
Sim	153 (99,4)	1 (0,6)	154	<b>0,011*</b>	8,246 (1,033– 65,842)
Não	167 (94,9)	9 (5,1)	176		
<b>Presença de poço no quintal</b>					
Sim	9 (100,0)	0 (0,0)	9	-	-
Não	311 (96,9)	10 (3,1)	321		
<b>Presença de tanques ou caixa d'água baixa em casa</b>					
Sim	100 (100,0)	0 (0,0)	100	-	-
Não	220 (95,7)	10 (4,3)	166		
<b>A criança tem acesso a esses poços ou tanques ou caixa d'água (existem barreiras que impedem o contato)</b>					
Sim	14 (100,0)	0 (0,0)	14	-	-
Não	306 (96,8)	10 (3,2)	316		

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

A associação entre fatores de risco relacionados a disposição de objetos e móveis no domicílio com a ocorrência de acidentes com crianças menores de cinco anos revelou que seis variáveis foram estatisticamente significante ( $p < 0,05$ ): a presença de **Rede alta** (OR=0,167;  $p=0,015$ ), **Saídas e passagens mantidos com brinquedos, móveis, caixas ou outros itens que possam ser obstrutivos** (OR=8,075;  $p=0,003$ ), **Ventiladores ligados ao alcance das crianças** (OR=11,719;  $p=0,002$ ), **Produtos de limpeza, inseticidas são guardados em locais baixos** (OR=5,798;  $p=0,017$ ), **Produtos de limpeza, inseticidas são envasilhados adequadamente** (OR=11,000;  $p=0,006$ ) e **Domicílio possui Cortinas ou Mosqueteiros** (OR=5,559;  $p=0,009$ ), como ilustrado na Tabela 5.

**Tabela 5** – Associação entre fatores de risco relacionados a disposição de objetos e móveis no domicílio com a ocorrência de acidentes com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014.

Variáveis	Acidente		Total	p*	OR (IC 95%)
	Sim	Não			
<b>Tapetes escorregadios</b>					
Sim	45 (97,8%)	1 (2,2%)	46	0,703	1,473 (0,182 – 11,906)
Não	275 (96,8%)	9 (3,2%)	284		
<b>Rede alta</b>					
Sim	32 (88,9%)	4 (11,1%)	36	<b>0,015</b>	0,167 (0,045 – 0,622)
Não	288 (98,0%)	6 (2,0%)	294		
<b>Berço seguro (com grades elevadas e com proximidade com o chão)</b>					
Sim	48 (98,0%)	1 (2,0%)	49	0,645	1,588 (0,197 – 12,823)
Não	272 (96,8%)	9 (3,2%)	281		
<b>Presença de abajur, cabos, quadros emoldurados c/ vidro ao alcance da criança</b>					
Sim	65 (98,5%)	1 (1,5%)	66	0,385	2,294 (0,286 – 18,434)
Não	255 (96,6%)	9 (3,4%)	264		
<b>Saídas e passagens mantidos com brinquedos, móveis, caixas ou outros itens que possam ser obstrutivos</b>					
Sim	214 (99,1%)	2 (0,9%)	216	<b>0,003</b>	8,075 (1,685 – 38,695)
Não	106 (93,0%)	8 (7,0%)	114		
<b>Objetos pontiagudos, alfinetes, lâminas de barbear, facas, tesouras são guardados em locais seguros</b>					
Sim	178 (98,9%)	2 (1,1%)	180	0,057	5,014 (1,048 – 23,983)
Não	142 (94,7%)	8 (5,3%)	150		
<b>Copos, pratos e talheres são colocados no canto da mesa</b>					
Sim	97 (100,0%)	0 (0,0%)	97	-	-
Não	223 (95,7%)	10 (4,3%)	233		
<b>Ventiladores ligados ao alcance das crianças</b>					
Sim	181 (99,5%)	1 (0,5%)	182	<b>0,002</b>	11,719 (1,467– 93,599)
Não	139 (93,9%)	9 (6,1%)	148		
<b>Botões, alfinetes, moedas, grãos de alimentos estão ao alcance das crianças</b>					
Sim	106 (98,1%)	2 (1,9%)	108	0,364	1,981 (0,413 – 9,494)
Não	214 (96,4%)	8 (3,6%)	222		
<b>Os cabos das panelas estão ao alcance das crianças</b>					
Sim	59 (100,0%)	0 (0,0%)	59	-	-
Não	261 (96,3%)	10 (3,7%)	271		
<b>A garrafa de álcool está em lugar seguro</b>					
Sim	126 (100,0%)	0 (0,0%)	126	-	-
Não	194 (95,1%)	10 (4,9%)	204		

**Tabela 5** – Associação entre fatores de risco relacionados a disposição de objetos e móveis no domicílio com a ocorrência de acidentes com crianças menores de cinco anos. Floriano-PI, 2014.

(Continuação)

Variáveis	Acidente		Total	p*	OR (IC 95%)
	Sim	Não			
<b>Fósforos, isqueiros, acendedores, cinzeiros estão ao alcance das crianças</b>					
Sim	69 (100,0%)	0 (0,0%)	69	-	
Não	251 (96,2%)	10 (3,8%)	261		
<b>Velas, incenso, pratos quentes estão ao alcance das crianças</b>					
Sim	35 (100,0%)	0 (0,0%)	35	-	
Não	285 (96,6%)	10 (3,4%)	295		
<b>Fios elétricos visíveis e ao alcance da criança</b>					
Sim	124 (100,0%)	0 (0,0%)	124	-	
Não	196 (95,1%)	10 (4,9%)	206		
<b>Produtos de limpeza, inseticidas são guardados em locais baixos</b>					
Sim	287 (98,0%)	6 (2,0%)	293	<b>0,017</b>	5,798 (1,556 – 21,606)
Não	33 (89,2%)	4 (10,8%)	37		1
<b>Produtos de limpeza, inseticidas são envasilhados adequadamente</b>					
Sim	308 (97,8%)	7 (2,2%)	315	<b>0,006</b>	11,000 (2,528– 47,857)
Não	12 (80,0%)	3 (20,0%)	15		1
<b>Cigarros e bebidas alcoólicas estão ao alcance das crianças</b>					
Sim	76 (100,0%)	0 (0,0%)	76		
Não	244 (96,1%)	10 (3,9%)	254		
<b>Domicílio possui Cortinas ou Mosqueteiros</b>					
Sim	68 (91,9%)	6 (8,1%)	74	<b>0,009</b>	5,559 (1,525 – 20,259)
Não	252 (98,4%)	4 (1,6%)	256		
<b>A distância entre as grades do berço é suficiente para não deixar passar a cabeça</b>					
Sim	42 (95,5%)	2 (4,5%)	44	0,552	0,604 (0,124 – 2,943)
Não	278 (97,2%)	8 (2,8%)	286		1
<b>Baldes, banheira são mantidos cheios e a criança tem acesso</b>					
Sim	116 (99,1%)	1 (0,9%)	117	0,060	5,118 (0,640 – 40,903)
Não	204 (95,8%)	9 (4,2%)	213		1
<b>Presença de arma de fogo em casa</b>					
Sim	10 (100,0%)	0 (0,0%)	10	-	
Não	310 (96,9%)	10 (3,1%)	320		
<b>A arma é mantida ao alcance das crianças</b>					
Sim	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1	-	
Não	319 (97,0%)	10 (3,0%)	329		
<b>A arma é guardada em local separado da munição</b>					
Sim	6 (100,0%)	0 (0,0%)	6	-	
Não	314 (96,9%)	10 (3,1%)	324		

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

A associação entre fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças menores de cinco anos com a ocorrência de acidentes no domicílio demonstraram cinco variáveis estatisticamente significante ( $p < 0,05$ ): **as unhas das crianças são cortadas pela mãe ou outro adulto** (OR=35,444;  $p=0,036$ ), **as crianças Brincam com madeiras e paus não polidas** (OR=12,654;  $p=0,001$ ), **Alimentos como amendoim, pipoca, certos doces duros, chicletes são dados às crianças** (OR=13,899;  $p=0,000$ ) e **Os alimentos sólidos são oferecidos à criança** (OR=23,360;  $p=0,000$ ), como pode ser comprovado pela Tabela 6.

**Tabela 6** – Associação entre fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças menores de cinco anos com a ocorrência de acidentes no domicílio. Floriano-PI, 2014.

Variáveis	Acidente		Total	p	OR (IC 95%)
	SIM	NÃO			
<b>As crianças usam calçados adequados</b>					
Sim	268 (97,8)	6 (2,2)	274	0,079	3,436 (0,937- 12,602)
Não	52 (92,9)	4 (7,1)	56		
<b>A criança pega objetos pontiagudos e cortantes</b>					
Sim	100 (100,0)	0 (0,0)	100	-	-
Não	220 (95,7)	10 (4,3)	230		
<b>As unhas das crianças são cortadas pela mãe ou outro adulto</b>					
Sim	319 (97,3)	9 (2,7)	328	0,036*	35,444 (2,051– 612,679)
Não	1 (50,0)	1 (50,0)	2		
<b>São usados pratos de plástico para as crianças</b>					
Sim	233 (97,9)	5 (2,1)	238	0,113	2,678 (0,757 – 9,478)
Não	87 (94,6)	5 (5,4)	92		
<b>Brinca com madeiras e paus não polidas (flepas)</b>					
Sim	187 (99,5)	1 (0,5)	188	0,001*	12,654 (1,584– 101,078)
Não	133 (93,7)	9 (6,3)	142		
<b>Os brinquedos são pequenos e podem ser engolidos</b>					
Sim	83 (98,8)	1 (1,2)	84	0,211	3,152 (0,393 – 25,256)
Não	237 (96,3)	9 (3,7)	246		
<b>Alimentos como amendoim, pipoca, certos doces duros, chicletes são dados às crianças</b>					
Sim	274 (98,9)	3 (1,1)	277	0,000*	13,899 (3,468– 55,694)
Não	46 (86,8)	7 (13,2)	53		
<b>São oferecidos pedaços grandes de carne e frutas com sementes às crianças</b>					
Sim	161 (98,2)	3 (1,8)	164	0,199	2,363 (0,600 – 9,299)
Não	159 (95,8)	7 (4,2)	166		
<b>A temperatura da água é conferida antes de colocar a criança no banho</b>					
Sim	172 (96,1)	7 (3,9)	179	0,301	0,498 (0,127– 1,961)
Não	148 (98,0)	3 (2,0)	151		

**Tabela 6** – Associação entre fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças menores de cinco anos com a ocorrência de acidentes no domicílio. Florianópolis-PI, 2014.

(Continuação)

Variáveis	Acidente		Total	p	OR (IC 95%)
	SIM	NÃO			
<b>As crianças ficam sozinhas na cozinha</b>					
Sim	90 (100,0)	0 (0,0)	90	-	-
Não	230 (95,8)	10 (4,2)	240	-	-
<b>Alguém tem hábito de fumar dentro de casa</b>					
Sim	109 (95,6)	5 (4,4)	164	0,297	0,517 (0,146– 1,823)
Não	211 (97,7)	5 (2,3)	166		
<b>A criança alimenta o animal e aproxima-se dele quando está faminto</b>					
Sim	83 (100,0)	0 (0,0)	83	-	-
Não	237 (96,0)	10 (4,0)	247	-	-
<b>A criança importuna frequentemente o animal</b>					
Sim	110 (99,1)	1 (0,9)	111	0,077	4,714 (0,590 – 37,691)
Não	210 (95,9)	9 (4,1)	219		
<b>A criança brinca em matagais, porões, depósitos de lixo ou lenha (animais peçonhentos)</b>					
Sim	47 (100,0)	0 (0,0)	47	-	-
Não	273 (96,5)	10 (3,5)	283	-	-
<b>A criança toma mamadeira sozinha</b>					
Sim	122 (96,8)	4 (3,2)	126	0,905	0,924 (0,256– 3,341)
Não	198 (97,1)	6 (2,9)	204		
<b>A criança anda ou corre enquanto come</b>					
Sim	131 (100,0)	0 (0,0)	131	-	-
Não	189 (95,0)	10 (5,0)	199	-	-
<b>Os alimentos sólidos são oferecidos à criança</b>					
Sim	231 (99,6)	1 (0,4)	232	0,000*	23,360 (2,917– 187,056)
Não	89 (90,8)	9 (9,2)	98		
<b>A criança dorme com travesseiro ou ursinhos de pelúcia (sufocação)</b>					
Sim	132 (97,8)	3 (2,2)	135	0,468	1,638 (0,416– 6,452)
Não	188 (96,4)	7 (3,6)	195		
<b>A criança brinca a sacos/sacolas plásticos</b>					
Sim	89 (98,9)	1 (1,1)	90	0,171	3,468 (0,433– 27,767)
Não	231 (96,2)	9 (3,8)	240		
<b>Deixa a criança por alguns segundos sozinha na banheira</b>					
Sim	108 (96,4)	4 (3,6)	112	0,685	0,764 (0,211– 2,765)
Não	212 (97,2)	6 (2,8)	218		

Fonte: Pesquisa direta, 2014

### 5. 3 Análise multivariada por blocos hierarquizados: regressão logística

Na blocagem hierarquizada observa-se que apenas as variáveis **Número de pessoas residentes na casa** (OR=1,391; p=0,05), **Presença de escadas ou degraus sem corrimão**

(OR=17,821; p=0,008), e **Os alimentos sólidos são oferecidos à criança** (OR=11,812; p=0,030) satisfizeram o critério para permanecer no modelo de regressão logística final. Desse modo, partiu-se para o ajuste do modelo final com a inserção das variáveis **Deixa a criança sozinha na residência** e **Número de crianças na residência**. Após o cálculo do modelo ajustado foi possível a inclusão das variáveis **Produtos de limpeza, inseticidas guardados em locais baixos** e **Número de crianças na residência** como apresentado na tabela 7.

**Tabela 7** – Análise multivariada por blocos hierarquizados das variáveis preditoras do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos. Florianópolis, PI, 2014.

Blocos hierarquizados		p*	OR a (IC 95%)
Bloco 1 (CS-ca)	Nº crianças residentes na casa	0,593	0,537 (0,055 - 5,232)
	Nº pessoas residentes na casa	<b>0,050*</b>	1,391 (1,000 - 1,935)
Bloco 2 (FR-ac)	Presença de escada ou degraus sem corrimão	<b>0,008*</b>	17,821 (2,127 - 149,320)
	Na área onde a criança brinca existem espinhos, pregos, cacos de vidro	0,933	1,100 (0,121- 10,023)
	Presença de plantas/Jardim ou quintal	0,248	3,627 (0,408- 32,219)
	Rede alta	0,120	0,273 (0,053 - 1,402)
Bloco 3 (FR-do)	Saídas e passagens mantidos com brinquedos, caixas ou outros itens que possam ser obstrutivos	0,138	4,009 (0,640 - 25,089)
	Objetos pontiagudos, alfinetes, lâminas de barbear, facas, tesouras são guardados em locais seguros	0,996	51274685,435 (0,000)
	Produtos de limpeza, inseticidas guardados em locais baixos	0,080	10,214 (0,759 - 137,508)
	Produtos de limpeza, inseticidas são envasilhados adequadamente	0,152	11,170 (0,413 - 302,224)
	Domicílio possui cortinas ou mosquiteiros	0,109	0,243 (0,043 - 1,373)
	Baldes, banheira são mantidos cheios e a criança tem acesso	0,102	21,196 (0,548 - 820,364)
	As crianças usam calçados adequados	0,635	1,484 (0,291 - 7,571)
	As unhas das crianças são cortadas pela mãe ou outro adulto	0,160	12,752 (0,365 - 445,435)
	São usados pratos de plástico para as crianças	0,964	0,964 (0,197 - 4,708)
	Brinca com madeiras e paus não polidas (flepas)	0,212	5,548 (0,377 - 81,646)
Bloco 4 (FR-ia)	Alimentos como amendoim, pipoca, certos doces duros, chicletes são dados às crianças	0,191	4,322 (0,483 - 38,702)
	São oferecidos pedaços grandes de carne e frutas com sementes às crianças	0,417	0,459 (0,070 - 3,013)
	A criança importuna frequentemente o animal	0,802	1,395 (0,103 - 18,872)
	Os alimentos sólidos são oferecidos à criança	<b>0,033*</b>	11,812 (1,215 - 114,869)
	A criança brinca a sacos/sacolas plásticos	0,399	0,307 (0,020 - 4,758)

\*p ≤ 0,05

Na tabela 8 é possível visualizar que o **número de pessoas residentes na casa** (OR=1,625; p=0,015), **presença de escadas ou degraus sem corrimão** (OR=15,998; p=0,017) e **alimentos sólidos são oferecidos à criança** (OR=16,686; p=0,014) apresentaram significância estatística e permaneceram no modelo final, que explicou 43,5% da ocorrência dos acidentes domésticos ( $R^2$  Nagelkerke). De acordo com o  $R^2$  de Cox & Snell o modelo só explicou 10,3%.

Observando o OR podemos afirmar que o **número de pessoas residentes na casa** acima de quatro pessoas aumentam as chances da ocorrência do acidente em 1,6 vezes; a **presença de escadas ou degraus sem corrimão** aumenta em 15,9 vezes as chances e **Alimentos sólidos são oferecidos à criança** aumenta em 16,6 vezes as chances da ocorrência do acidente doméstico (TABELA 8).

**Tabela 8** – Modelo final da regressão logística das variáveis preditoras do acidente doméstico em crianças menores de cinco anos. Floriano-PI-Brasil, 2014.

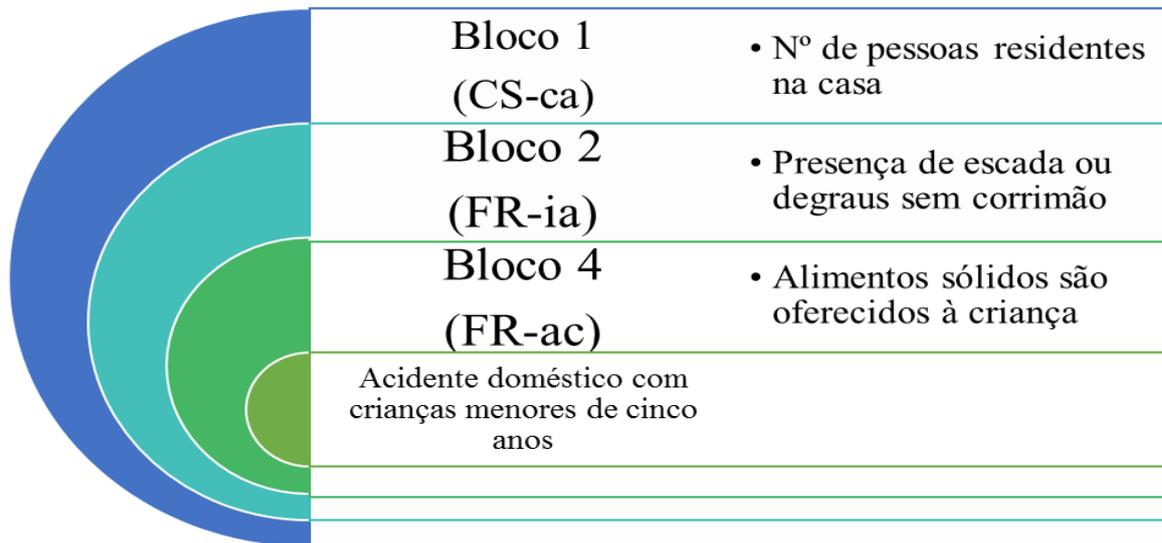
Variáveis	B (EP)	P	OR (IC 95%)
Nº pessoas residentes na casa	0,485 (0,199)	0,015	1,625 (1,100 - 2,401)
Presença de escada ou degraus sem corrimão	2,772 (1,164)	0,017	15,998 (1,634 - 156,593)
Alimentos sólidos são oferecidos à criança	2,815 (1,151)	0,014	16,686 (1,748 - 159,294)
Constant	-8,304 (2,171)	0,000	0,000

EP=Erro padrão;

Nota: 0,103 ( $R^2$  Cox & Snell); 0,435 ( $R^2$  Nagelkerke); Teste de Hosmer e Lemeshow:  $X^2$  do modelo=7,717, p=0,462.

A medida Hosmer e Lemeshow de ajuste geral indica não haver diferença estatisticamente significativa entre as classificações observadas e previstas para todos os modelos com duas ou mais variáveis. No caso em tela, o teste de Hosmer e Lemeshow apresentou qui-quadrado de 7,717, sendo não significante (p=0,462). A figura 2 retrata o modelo teórico correspondente às variáveis preditoras do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos.

**Figura 2** – Modelo teórico das variáveis preditoras do acidente doméstico em crianças menores de cinco anos de Floriano - PI- Brasil, 2014.



Fonte: próprio autor.

No modelo acima observa-se a influência de variáveis de três blocos (distal, intermediário distal e proximal), sendo o número de pessoas na residência, a presença de escadas ou degraus sem corrimão e o oferecimento de alimentos sólidos às crianças as variáveis que melhor explicam a presença do agravo na amostra de crianças estudadas.

Verificou-se, ainda, uma reação em cadeia na qual as variáveis relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças do modelo final sofreu forte influência dos fatores de risco relacionados à infraestrutura do domicílio, que por sua vez sofreu influência das características socioeconômicas e demográficas para, assim, explicar a ocorrência do acidente doméstico com crianças menores de cinco anos, como visto na Figura 2.

## 6 DISCUSSÃO

Observou-se que o sexo feminino prevaleceu entre os cuidadores de crianças menores de cinco anos. No estudo realizado por Mello et al. (2012), sobre os cuidados dispensados às crianças, observou-se que a forma de prevenir os acidentes provém, possivelmente, das relações de gênero envolvidas no ato de cuidar da família, visto que dos 16 participantes de sua pesquisa, 15 eram do sexo feminino. Sabe-se que, culturalmente e historicamente, esta função sempre esteve atrelada à figura feminina. Aliado a isso, ao deparar-se com o papel de mãe, a mulher assume para si a responsabilidade pela criança e se preocupa em cuidar e manter uma atenção direcionada ao filho.

Ainda a este respeito, Fonseca e Penna (2008) acrescentam que a mulher sempre foi responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos. Reafirmando essa posição a entidade Criança Segura (2012) ao realizar o cruzamento entre as percepções das mães, os acidentes com crianças no Brasil e a realidade dos acidentes, encontrou que, realmente, as mães consideram-se as grandes responsáveis pelos cuidados com as crianças, e respondem inclusive pela segurança dos filhos dentro e fora de casa.

Entretanto, Bover e Gastaldo (2005) trazem em sua pesquisa, realizada na Espanha, que no modelo da família tradicional, a mulher possui o papel principal de ajuda devido à qualidade emocional dos cuidados que prestam, enquanto o homem é geralmente o principal provedor dos recursos da família já que sua função, conforme Fonseca e Penna (2008), em geral, é trabalhar fora para garantir o provimento financeiro do núcleo familiar. Os autores supracitados ainda complementam que este conceito não só faz com que as mulheres sejam determinadas socialmente para a tarefa de cuidar, mas traz consigo a exclusão do homem como adequado para o atendimento direto de pessoas dependentes por sua alegada competência emocional baixa, escondendo a sua possível contribuição para o cuidar.

Em relação à idade do cuidador, os participantes da pesquisa encontravam-se na faixa etária entre 20 a 39 anos. Apresentando o ensino médio completo, com renda familiar de até dois salários mínimos e prestavam serviços domésticos. Corroborando com este estudo, uma pesquisa realizada por De Lima et al. (2009) no Ceará, sobre o local de ocorrência de acidentes e as condutas dos familiares no âmbito domiciliar, encontrou que em 65 famílias, houve um predomínio da idade materna entre 18 e 35 anos (n= 58; 89,2%). Além disso 41,5% (n=27) afirmou dedicar-se às atividades do lar; 60% (n=39) tinham renda entre um e dois salários mínimos. De forma diferente desse estudo, a maioria das mães entrevistadas afirmou ter cursado apenas o ensino fundamental incompleto (61,5%; n=40).

Para Lafta, Al-Shatari e Abass (2013) em seu estudo sobre o conhecimento das mães acerca da prevenção dos acidentes domésticos em Bagdá, encontrou que a escolaridade dos cuidadores eram de 30,8% no ensino fundamental, 38% ensino médio concluído e 23,4% eram ensino superior, concordando com este estudo cuja prevalência foi de ensino médio.

Vale mencionar a distribuição percentual de anos de estudo no Piauí em 2011, a qual revelou que das 1756 pessoas de 25 anos ou mais de idade, apenas 6,3% possuíam 15 anos ou mais de estudos, referente ao ensino superior. Enquanto que 4,2% possuíam entre nove e 10 anos de estudos, o que corresponde ao período de estudo até o ensino médio incompleto, um percentual inferior ao quantitativo encontrado nessa pesquisa (IBGE, 2012).

No que se refere à realidade econômica baixa dos participantes, este dado também foi encontrado no estudo de Edelman (2007) que demonstrou que das 34 famílias pesquisadas, oito possuíam renda familiar menor de um salário mínimo. Indicadores sociais evidenciam que no Piauí a distribuição do rendimento mensal familiar não passa de um salário mínimo em 73,2% dos 972 domicílios pesquisados (IBGE, 2012). Esse fator pode ser determinante para a ocorrência de acidentes domésticos, visto que, um estudo realizado nos Estados Unidos, que tinha como um dos objetivos determinar que fatores socioeconômicos têm sido associados com o risco de queimaduras, identificou dentre outros riscos: a baixa renda, o analfabetismo e a baixa escolaridade materna (EDELMAN, 2007).

No que concerne a situação conjugal, os participantes afirmaram viver com o (a) companheiro (a). Quanto ao número de crianças residentes na casa, 45,2% relataram possuir apenas uma e que a quantidade de pessoas convivendo no mesmo ambiente variou de quatro a cinco pessoas. Em se tratando da criança estar ou não sozinha no domicílio, 91,5% dos participantes afirmaram que não deixam a criança sozinha em casa. No estudo de Lafta, Al-Shatari e Abass (2013), mais de 90% das mães eram casadas, 83,4% tinham entre 1-4 crianças e 25% cuidadores relataram que seus filhos já tinham sofrido acidentes no domicílio. No que diz respeito ao número de pessoas na residência, este variou de dois a 11 moradores, com uma média de 4,9 pessoas por domicílio.

Para Vieira et al. (2012) em seu estudo sobre fatores associados à ocorrência de injúrias não-intencionais com crianças em comunidade de baixa renda no nordeste do Brasil, encontrou dados semelhantes no que diz respeito ao número de pessoas que residem com a criança, onde 158 (43,6%) tinham de duas a quatro pessoas; 152 (42,0%), de cinco a sete, e 52 (14,4%), mais de oito pessoas.

De Lima et al. (2009) revelaram que a presença dos pais na residência não garante que as crianças estão protegidas de acidentes, visto que, em seu estudo 79,21% dos casos a mãe

estava presente e apenas em 2,57% as crianças estavam sozinhas no domicílio por ocasião do acidente. Ressalta-se, ainda, que a presença de um adulto não impediu que o acidente ocorresse, pois, muitas vezes, não sabe como evitá-lo ou está realizando outras atividades, não conseguindo fazer uma supervisão direta das crianças.

Corroborando, Martins e Melo-Jorge (2013) afirmam que alguns cuidadores não conhecem a previsibilidade dos perigos eventuais existentes no domicílio, expondo em seus depoimentos o hábito de deixar a criança sozinha em uma mesa, cama ou sofá ao trocar a fralda. Além disso, existe o hábito de delegar as tarefas domésticas ou a tarefa de cuidar de crianças pequenas para outras crianças com menos de 10 anos de idade.

Em relação ao responsável pelos cuidados de crianças menores de cinco anos, na ausência da mãe, esse estudo revelou que os avós, especialmente a avó eram os parentes que mais substituíam a mãe, seguido dos tios ou outro familiar, sendo a maior proporção desse achado o pai citado como outro familiar. Vieira et al. (2012) revelaram em sua pesquisa que em 260 (71,8%) das famílias entrevistadas, a avó esteve presente em 58 (16,2%), corroborando com este estudo, embora os outros familiares mais citados tenham sido os irmãos em 24 (6,6%), e a tia em 15 (4,1%) famílias.

As avós vêm se tornando cada vez mais presentes no cenário de pessoas cuidadoras de crianças, visto que, as mães ficam mais tranquilizadas ao deixarem seus filhos sob os cuidados da avó, em caso de suas ausências, como confirma um estudo que objetivava analisar a percepção materna sobre acidentes domésticos a que está sujeita a criança menor de cinco anos. A figura apontada como de maior confiança para cuidar das crianças, na ausência da mãe é a avó, preferencialmente a materna (CORREA; SILVA, 2006). Ainda quanto aos cuidados vivenciadas pelas avós Souza, Rodrigues e Barroso (2000) confirmam que no meio cultural atual, realmente, mães ou avós são as pessoas que mais cuidam das crianças.

Embora recomendado pelo Ministério da Saúde que não se deve deixar jamais a criança sob os cuidados de outra criança (BRASIL, 2012), o estudo de Costa et al. (2011) contrapõe-se ao recomendado, evidenciando em um inquérito realizado com 281 pais de crianças com idades compreendidas entre os nove meses e os seis anos de idade, que 22,4% dos pesquisados confessaram já ter deixado o filho ao cuidado de um menor.

No que diz respeito aos acidentes propriamente ditos obteve-se um percentual de 97,0% de ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos de idade. Corroborando com esse achado, Dantas et al. (2013) em uma revisão integrativa da literatura sobre a atuação da enfermagem na prevenção de acidentes referem que os acidentes domésticos instituem-se como uma das principais causas de morbimortalidade infantil,

estando mundialmente entre as cinco principais causas de mortalidade, ocupando, em quase todos os países, a segunda ou a terceira colocação.

Neste sentido, cuidados devem ser dispensados nesses espaços, especialmente nos lares pela presença de utensílios de cozinha, produtos e material de limpeza guardados em locais inapropriados, janelas sem proteção, escadas, animais domésticos, além de equipamentos e outros fatores de risco próprio do ambiente doméstico, que pela curiosidade e manuseio inapropriado, torna menores vulneráveis a diversos acidentes, comumente chamados de acidentes domésticos (PEDROSA et al., 2012).

Os tipos de acidentes mais comuns encontrados nesse estudo foram quedas, cortes e queimaduras. Em estudo realizado por Pedrosa et al. (2012) no Piauí sobre atendimentos por causas acidentais em serviços públicos de emergência mostrou que no domicílio há maior proporção de ocorrência de penetração de corpo estranho e acidente com animais em crianças, embora sem especificação da faixa etária o que diverge do encontrado nessa pesquisa, cuja queda foi o acidente mais frequente.

Já em estudo realizado por Tavares et al. (2013) sobre fatores associados à intoxicação infantil, encontrou-se achados diferentes, pois para eles este acidente foi a quinta causa mais frequente e se concentrou na faixa etária até cinco anos (49,5%).

No que diz respeito ao turno de ocorrência dos acidentes, estes aconteceram pela manhã. Segundo as cuidadoras, tal fato pode ser explicado porque, em geral, as crianças encontravam-se no período da tarde fora do domicílio, em especial em espaços escolares. Além disso, pode-se inferir que é também no período da manhã que os cuidadores (como visto, em sua maioria mulheres) realizam os afazeres domésticos, diminuindo a supervisão direcionada à criança, o que aumenta o risco do acidente.

Concordando com esse achado uma pesquisa sobre circunstâncias e fatores associados às mortes por causas acidentais entre crianças, adolescentes e jovens em Cuiabá, Martins e Melo-Jorge (2013) referiram que 54,5% dos acidentes aconteceram pela manhã. Embora em casos específicos, o afogamento tenha ocorrido no turno da noite (90,0%) e no fim de semana (80,0%). Já os casos de asfixia (aspiração de leite) ocorreram pela manhã e à noite, quedas na parte da manhã e os acidentes com armas de fogo no período da tarde.

Em estudo realizado por Lourenço, Furtado e Bonfim (2008) sobre Intoxicações exógenas em crianças atendidas em uma unidade de emergência pediátrica, em Recife-PE refutam os achados desta pesquisa quando referem que o turno mais frequente de ocorrência de acidentes foi o da tarde (42,3%), seguido do noturno (38,5%).

Para o local de ocorrência dos acidentes, esse pesquisa revelou que a área externa (considerada pelos participantes como a parte da frente da casa) foi o local do domicílio que mais aconteceu os acidentes, seguida da sala e quarto.

Pesquisa realizada por De Lima et al. (2009) identificaram como principais locais de ocorrência de acidentes o quintal (33,1%), o quarto (17,7%) e a cozinha (14,7%), tais dados distinguem-se dos resultados encontrados no presente estudo. Essa distinção do local de ocorrência dos acidentes pode estar relacionada com as diferenças da arquitetura dos domicílios onde os estudos foram realizados.

Achados diferentes também foram mostrados por Paschoal, Pereira e Nascimento (2009) que determinaram, em sua pesquisa, a cozinha como principal local de ocorrência para acidentes domésticos, assim como o fogo e os líquidos quentes como os principais agentes agressores. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP (2014) a cozinha é considerada como lugar mais perigoso do domicílio para a criança, porque é nela que ocorre a maioria das queimaduras, lesões cortantes, lacerações e intoxicações, entre outros acidentes.

No que se refere à parte do corpo da criança atingida no momento do acidente 47,3% atingiram a face, sendo que a maioria das cuidadoras relataram ser a boca a área mais atingida, seguida das mãos e dos membros inferiores. Foram encontrados poucos estudos que retratassem as partes do corpo mais atingidas nos acidentes domésticos, embora, em caso específico, um estudo realizado por Pereira e Garcia (2009) no que concerne às queimaduras, estas atingem principalmente tronco, ombro, braço e antebraço, quadril, coxa, perna e também cabeça e pescoço. O contato com aparelhos domésticos quentes também explica a queimadura de membros superiores, especialmente mãos, colocadas por curiosidade sobre o objeto.

Concordando ainda com os achados dessa pesquisa, Martins et al. (2013) em estudo sobre o perfil dos acidentes domésticos nos seis primeiros meses de vida, em Cuiabá, mostrou que entre as regiões corpóreas atingidas no acidente doméstico que a cabeça é a região mais afetada em caso de queda (83,0%), que pode ser explicado pelo fato de a cabeça ser proporcionalmente maior em relação ao corpo, o que a torna mais pesada, além de as crianças pequenas ainda não serem capazes de proteger a região cefálica em caso de quedas e impactos.

Corroborando com os achados dessa pesquisa, Del Ciampo et al. (2011) encontraram que das 328 crianças vítimas de acidentes domésticos atendidas em um serviço de pronto-atendimento, as regiões do corpo mais acometidas foram o segmento cefálico (39,9%) e os membros superiores (31,4%).

Estudo realizado em Verona, Itália, com o objetivo de levantar as internações hospitalares devido a acidentes domésticos, evidenciou que contusões e fraturas por causa de quedas (27,7%) foram as principais causas de hospitalização entre as crianças, das quais 26% tiveram comprometimento de mãos e punhos (MAJORI et al., 2009).

No que concerne a associação entre a idade da criança e o acidente ocorrido, encontrou-se relevância estatística as quedas, cortes e afogamento, principalmente na faixa etária compreendida entre zero e dois anos de idade. Corroborando com esses achados, no estudo de Poll et al. (2013) que objetivou caracterizar as quedas em crianças e adolescentes, encontrou que dentre os 3.144 atendimentos por causas externas, triados para área vermelha da unidade de pronto socorro, no Rio Grande do Sul, 390 (12,4%) tratavam-se de quedas em crianças e adolescentes dos zero aos 19 anos.

Ainda sobre esse achado Gomes et al. (2013) em sua pesquisa sobre a descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância realizada com 50 pais ou responsáveis de crianças de 0 a 12 anos verificaram a predominância das quedas, representando 63,5% dos acidentes, seguidas dos escorregões (8,6%), das queimaduras (5,7%), dos choques elétricos (5,7%), dos cortes (4,8%), da obstrução de vias aéreas (4,8%), das colisões (3,8%) e das intoxicações (2,9%).

Copetti et al. (2014) na pesquisa sobre atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de acidente domiciliar em um Hospital materno infantil no sul de Santa Catarina associaram a idade e tipo de acidentes envolvendo menores de 14 anos e obtiveram que do total de 145 casos de acidentes domiciliares infantil, o acidente por queda destaca-se em primeiro lugar com 80 ocorrências (55,2%), seguida da ingestão/introdução de corpo estranho em orifícios naturais do corpo humano (12,4%), o corte-contuso (8,3%), a queimadura (7,6%), mordedura de cães/gatos (5,5%), intoxicação exógena (4,1%) e outras causas externas (6,9%). Nos estudos supracitados o afogamento não foi retratado, contrapondo-se aos achados do presente estudo.

Em se tratando da associação entre fatores de risco relacionados a infraestrutura/ambiente do domicílio com a ocorrência de acidentes com crianças menores de cinco anos revelou que das dez variáveis, três foram estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ), representando fatores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos: **Presença de escada ou degraus sem corrimão; Na área onde a criança brinca existem espinhos, pregos, cacos de vidro e outros e Presença de plantas/Jardim ou quintal.**

Seguindo este direcionamento, Pereira e Garcia (2009) perceberam em um estudo sobre a prevenção de acidentes na infância, que a criança pode estar bem cuidada

emocionalmente, mas a mãe pode não ter condições financeiras de oferecer um ambiente seguro. Um ambiente propício para a criança brincar deve ser distante de escadas, grandes alturas e lajes, possuir grades ou redes nas janelas, estruturas estas muitas vezes não encontradas em domicílios de pessoas com baixo poder aquisitivo, como no caso desta investigação.

A presença de certas plantas nos quintais das pessoas, coincide com as conclusões de um estudo realizado no Ambulatório de Pediatria da Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande do Sul (PUCRS), em que 48,3% dos pais entrevistados tinham plantas tóxicas em casa. Foi salientado que o envenenamento por plantas é responsável por 2% de todos os casos de envenenamento e que a falta de conhecimento sobre as espécies perigosas está na raiz do problema. Isso destaca a necessidade de orientação sobre as características toxicológicas de plantas, incluindo espécies ornamentais amplamente utilizados (MARTINS; MELO-JORGE, 2013).

Consoante, estudo realizado por Ramos, Nunes e Nogueira (2013) demonstrou que as condições de habitação têm influência na saúde individual e coletiva. Este fato é confirmado pela revisão sistemática da literatura, realizada pelos autores acima citados que determinou, como fatores de risco para acidentes domésticos envolvendo crianças: o acesso livre, sem proteção a locais perigosos - como superfícies com água; inexistência ou não de funcionamento de equipamentos de segurança - como é o caso dos detectores de fumaça; a presença de fracas infraestruturas em área desfavorável e a própria organização da casa.

Pereira e Garcia (2009) corroboram com esse estudo quando afirmam que as casas podem virar verdadeiras armadilhas quando não é dada a devida atenção a determinados detalhes de sua construção ou de sua mobília. Escadas são projetadas não considerando a presença de crianças e nem que os habitantes da casa irão envelhecer. Inúmeras substâncias químicas são usadas e manipuladas, e por esta razão, na maioria das vezes são tratadas e utilizadas como substâncias inofensivas. Um simples armário pode apresentar uma concentração de material químico por metro quadrado, às vezes maior que o encontrado em muitas indústrias. Crianças aprendem por imitação e podem aprender coisas perigosas da mesma maneira que coisas úteis. Nos primeiros anos de vida não fazem distinção entre uma coisa e outra. Este fato seria uma razão adequada para que adultos evitassem fazer na presença de crianças ações que não gostariam que elas imitassem (tomar remédios, fumar, colocar objetos estranhos na boca, entre outras).

A associação entre fatores de risco relacionados à disposição de objetos e móveis no domicílio demonstraram que das 25 variáveis relacionadas no estudo apenas seis delas foram

estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ). A presença de **Rede alta; Saídas e passagens mantidos com brinquedos, móveis, caixas ou outros itens que possam ser obstrutivos; Ventiladores ligados ao alcance das crianças; Produtos de limpeza, inseticidas são guardados em locais baixos; Produtos de limpeza, inseticidas são envasilhados adequadamente e Domicílio possui Cortinas ou Mosquiteiros.**

Das 367 residências visitadas no estudo de Vieira et al. (2012), em 113 (30,8%) havia uma rede armada com cerca de 1,0 m para 1,5 m de altura; em 220 (59,9%), tinham tapetes, e em 208 (56,7%), o piso era irregular ou escorregadio.

Corroborando com este estudo, Dantas et al. (2010) na pesquisa intitulada Atuação da enfermagem na prevenção de acidentes em creches, afirmam que a disposição de móveis de maneira inadequada, a exposição dos objetos minúsculos e passíveis de serem engolidos, a colocação de produtos e medicamentos no alcance das crianças bem como a exibição de objetos cortantes são fatores que contribuem para o acidente. Vieira et al. (2012) em sua pesquisa sobre fatores associados para a ocorrência de lesões não intencionais em crianças de uma comunidade de baixa renda no Nordeste evidenciaram que materiais de corte e perfuração foram facilmente acessíveis em 87 (23,7%) das residências pesquisadas. Ademais, 47 (12,8%) delas tinham ventiladores com hélices expostas e em 28 (7,6%) a antena de TV apresentava uma improvisação na instalação (VIEIRA et al., 2012).

Um estudo epidemiológico que abordou crianças vítimas de queimaduras internadas na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe revelou que em quase 90% dos casos de queimaduras em crianças na faixa etária de um a três anos foram devido a líquidos aquecidos (água, óleo, café e leite) - os achados fazem parte da conhecida síndrome da chaleira quente. Foram atribuídos como fatores que favorecem tal ocorrência, a facilidade com que as crianças têm acesso aos ambientes de risco (a cozinha); bem como o posicionamento de cabos de panelas para fora do fogão favorecendo sua manipulação das mesmas (ARAGÃO et al., 2012).

É importante ressaltar que algumas recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), expostas no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, determina orientações para se ter um ambiente seguro: utilizar as bocas de trás do fogão e dispor cabos das panelas voltadas para dentro do mesmo; não deixar crianças perto do fogão; manter tomadas altas ou com protetores; manter objetos perfuro cortantes, medicamentos e produtos de limpeza em lugares altos fora do alcance das crianças, bem como objetos pequenos que possam ser ingeridos ou inalados. Atitudes como estas diminuem os riscos ambientais a este tipo de acidente. De Lima et al. (2009) também afirmam que algumas situações oferecem fatores de

risco para a ocorrência de trauma térmico, como, por exemplo, a manipulação de líquidos superaquecidos ou de panelas no fogão, com o cabo para fora e contato com metais aquecidos.

Neto, Alves e Paes (2010) constataram em sua pesquisa a presença de fatores de risco para acidentes em crianças, como a presença de fios soltos e tomadas das paredes sem protetores especiais, constituindo risco de choque elétrico, uma vez que as tomadas estavam posicionadas ao alcance das crianças. Enfatizaram ainda a necessidade de conscientização dos cuidadores para adoção de medidas de manutenção e reparos de eletrodomésticos, bem como a introdução de protetores em tomadas baixas para a redução de danos à saúde das crianças.

No que concerne ao risco de intoxicação, Martins e Melo-Jorge (2013) destacaram mais uma vez a importância de aumentar a consciência da população sobre os perigos dos produtos de limpeza e ensiná-las a lidar com eles corretamente. A responsabilidade dos fabricantes também deve ser considerada, porque muitos tipos de embalagem são atraentes para crianças e fáceis de abrir. Neste sentido, a embalagem à prova de crianças (que foi inicialmente implementada nos Estados Unidos e Canadá) provou ser eficaz. Reduziu a taxa de intoxicação por até 35% durante o período após a sua implantação. No Brasil, dois projetos de lei relativo a isso tem sido avançado: o primeiro (PL 4841/94) torna especial embalagens de segurança obrigatórios para os medicamentos e produtos perigosos para o lar; e o segundo (PL 5802/01) estabelece símbolos diferentes sobre a embalagem de produtos de limpeza de acordo com o seu grau de perigo.

Para Gomes et al (2013) os medicamentos constituem uma das principais causas de intoxicação em qualquer idade, tendo maior destaque em crianças de até cinco anos, mas os produtos de limpeza estão em segundo lugar. A grande maioria dos casos de intoxicações ocorre dentro de casa, pois praticamente todas as dependências do lar possuem produtos químicos que apresentam algum potencial de risco.

As substâncias de uso rotineiro no lar, tais como medicamentos, cosméticos, vitaminas e produtos de limpeza estão envolvidas com frequência nos acidentes por envenenamento em crianças pequenas, pois estas estão vulneráveis à exposição involuntária a tais produtos, principalmente quando estes artigos não são armazenados de forma a dificultar o acesso por parte da criança, isto é, guardados de forma segura (GUTIERREZ; NEGRÓN; FRAGOSO, 2011).

Para Martins e Melo-Jorge (2013) em relação aos fatores ambientais, a maioria dos domicílios mostraram os fatores de risco citados neste estudo, com exceção de armas de fogo. Os resultados mostram que nenhum destes ambientes era absolutamente livre de risco. Materiais de pontas afiadas, ferramentas, sacos plásticos e elétricas estavam ao alcance de

crianças em todas as casas, e as crianças tiveram acesso livre à cozinha, banheiro, lavanderia e fogão. Os únicos domicílios que não apresentaram tanques ou poços foram justamente aqueles que não possuíam qualquer tanque de água ou fossa.

Martins e Andrade (2008) encontraram em seu estudo sobre acidentes com corpos estranhos em menores de 15 anos, que a faixa etária de um a três anos obteve 46,3% de ocorrência de acidentes na faixa etária do estudo, sendo que desses acidentes 50% foram com moedas, 32% com bolinhas/botões/tampinhas, 32% com grãos/sementes e 30% com pecinhas de brinquedos.

Apesar de não ter havido associação estatisticamente comprovada entre o acidente e a presença de arma de fogo no domicílio, Martins e Melo-Jorge (2013) diz que a morte acidental causada por armas de fogo levanta a discussão sobre o perigo de mantê-las guardadas no domicílio, uma vez que as crianças e os adolescentes têm curiosidade natural e falta de percepção de risco iminente, o que pode desencadear uma combinação perigosa. Portanto, é melhor não ter uma arma de fogo em casa; e se isso é realmente necessário, mantenha-a descarregada e fora do alcance das crianças / adolescentes. Isso incumbe em medida preventiva importante.

A associação entre fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças menores de cinco anos com a ocorrência de acidentes no domicílio demonstraram quatro variáveis estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ). **As unhas das crianças são cortadas pela mãe ou outro adulto; as crianças Brincam com madeiras e paus não polidas; Alimentos como amendoim, pipoca, certos doces duros, chicletes são dados às crianças e Os alimentos sólidos são oferecidos à criança.**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, corpo estranho é qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra no corpo ou em suas cavidades. Pode ser ingerido ou colocado pela criança nas narinas e conduto auditivo, mas apresenta um risco maior quando é aspirado para o pulmão. Qualquer material pode se tornar um corpo estranho no sistema respiratório, e a maior suspeita de que o acidente ocorreu é a situação de engasgo. Isso ocorre quando a criança está comendo, ou quando está com um objeto na boca, habitualmente peças pequenas de brinquedos. No Brasil, milho, feijão e amendoim são os grãos mais comumente aspirados na faixa etária pediátrica. Por outro lado, o material mais relacionado a óbito imediato por asfixia é o sintético, como balões de borracha, estruturas esféricas, sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos (GOMES et al., 2013).

Para Pereira e Garcia (2009) a asfixia pode ocorrer enquanto o bebê está dormindo, quando seu rosto fica encoberto no lençol, travesseiro ou outra roupa de cama macia. As

grades do berço também podem ser uma ameaça causando mortes por estrangulamento e sufocação. Quando estão na fase de descobrir o mundo com a boca, os bebês ainda podem se engasgar com partes e/ou brinquedos pequenos, comidas e outros pequenos objetos.

Lafta, Al-Shatari e Abass (2013) referem que a cozinha é considerada o lugar mais perigoso da casa para as crianças. O presente estudo revelou uma limitação do conhecimento das mães a respeito de como manter os seus instrumentos de cozinha longe do alcance das crianças. Essa pesquisa não corroborou com um estudo realizado em Nova York, que revelou que 74% das mães sabem como proteger seus filhos do perigo de facas e instrumentos cortantes na cozinha.

Quanto aos fatores biológicos, a presença dos animais foi fator preditor para acidentes em 82,1%, presença de árvores no quintal (92,3%) e as plantas e grama alta era comum na maioria das casas em estudo realizado por Martins e Melo-Jorge (2013). A presença de animais, por sua vez, é motivo de preocupação na medida em que mordidas podem causar lesões significativas, com sequelas em várias esferas: emocionais (resultante do estresse da exposição), física (determinada por cicatrizes e deformações) e econômico (devido ao custo do tratamento e administração de vacina e soro para a prevenção da raiva). Uma vez que a maioria dos acidentes com animais ocorrem em casas, há uma necessidade para a ação educativa sobre medidas de cuidados em relação aos animais domésticos (castração e vacinação e identificação de sintomas que indicam a presença de doenças).

Nas residências, encontrou-se alta incidência de roedores (67,3%), gatos (29,2%) e cães (29,1%), doméstico ou não, o que poderia ser associado com o acúmulo de lixo, detritos e falta de higiene nas casas. Muitos dos resíduos gerados nas residências são desprezados em lugares impróprios, favorecendo a proliferação de vetores e na morbidade crianças e adultos (VIEIRA et al., 2012).

Em suma, a associação entre fatores de risco com a ocorrência de acidentes domésticos esteve relacionada à infraestrutura do ambiente, à disposição de objetos e móveis e às atitudes dos cuidadores bem como o comportamento das crianças, corroborando com estudo de Copetti et al. (2014) em que os principais agentes causadores de acidentes foram: móveis (27,6%), escadas (12,4%), objetos pequenos (10,3%), objetos cortantes (6,9%), garrafas térmicas, outras alturas, chão e a própria altura, que tiveram a mesma incidência de 5,5% dos casos, e a ingestão de veneno que foi responsável por 4,1%.

Dantas et al. (2010) complementam ao afirmar que os acidentes ocorrem mais intensamente nas residências, devido à disposição dos móveis nesse ambiente, bem como à

exposição dos objetos minúsculos e passíveis de serem engolidos, colocação de produtos e medicamentos no alcance das crianças, dentre outros riscos.

Tanto na análise bruta quanto na ajustada, o número de pessoas residentes na casa, a presença de escada ou degraus sem corrimão e os alimentos sólidos oferecidos às crianças apresentaram taxas estatisticamente relevantes para a ocorrência de acidentes domésticos. Consoante esses achados em seu estudo, Lima et al. (2008) verificaram que os principais agentes causadores de acidentes foram: móveis (24,39% das quedas); objetos cortantes (66,67% dos cortes); líquidos e alimentos quentes (64,24% das queimaduras); aparelhos elétricos (45,46% dos choques); produtos de limpeza (60% das intoxicações/envenenamentos); alimentos (66,67% das sufocações); brinquedos (100% - aspiração); animais domésticos (75 das mordeduras) e recipientes com água (100% - afogamentos).

O modelo teórico proposto a partir da análise multivariada nesse estudo apresenta uma complexa hierarquia de variáveis que se organizam dos fatores mais distantes para os mais próximos do desfecho do acidente, demonstrando que ações preventivas de enfermagem devem ser realizadas levando em consideração essa hierarquização, desde a orientação da infraestrutura do ambiente até a realização de ações educativas que promovam a mudança de atitudes dos cuidadores em relação à proteção dessas crianças.

Para a concretização das ações educativas pela equipe de saúde, é muito importante acolher a ideia do familiar, negociar alternativas para a prevenção, planejar ações educativas não tradicionais e avaliar continuamente os resultados. A equipe de saúde entende que é necessário motivar as famílias, pois se as famílias não participam fica mais difícil. Isso contribui significativamente para desencadear reflexões sobre a importância da motivação da família em busca do cuidado da criança, especialmente a partir do momento em que o cuidador entende os riscos domésticos que desencadeiam os acidentes. As ações educativas tornaram-se concretas quando realizadas em conjunto com as crianças e com os pais e é nos resultados das ações que se projetam as expectativas, os interesses e os desafios das novas práticas educativas (VIEIRA et al., 2007).

Estas reflexões possivelmente encaminham a criança para um amadurecimento que pode efetivamente resultar em prevenção de acidentes domésticos ao longo de suas vidas. Isso demonstra que devem existir construções contínuas e participativas com as crianças, buscando desenvolver sempre novas habilidades e competências para a prevenção de acidentes domésticos.

Já para os cuidadores é importante destacar que é preciso vigiar, acompanhar, proteger e educar as crianças durante todas as etapas do seu crescimento. Acker e Cartana (2009) consideram essencial a compreensão dos profissionais de saúde sobre a importância de prevenir os acidentes com crianças, devendo ser enfrentadas por meio de medidas de controle e por abordagens cientificamente eficazes. Acrescentam ainda que as consequências sobre a morbimortalidade fazem desse grupo de danos à saúde aquele com maior impacto econômico a uma nação, mas também a possibilidade de fragmentação dos lares por seu efeito arrasador.

A realidade domiciliar pode ser transformada, se os pais ou cuidadores entenderem que a casa pode não ser um local seguro, tornando-se necessário adotar medidas de segurança domiciliar, evitando descuidos e negligências no cuidado à criança. Sabe-se que a insegurança domiciliar pode ser intensificada pela curiosidade da criança, especialmente quando ela for atraída por cores, aromas e formatos. Evidencia-se que a criança se torna mais vulnerável ao acidente doméstico quando não recebe atenção necessária ou quando os familiares desconhecem ou negligenciam a segurança no domicílio, de acordo com as características de cada fase de crescimento e desenvolvimento.

Nessa contextualização, a partir do momento em que um membro da família rompe com o equilíbrio da saúde, o mesmo estende esse desequilíbrio para as outras pessoas que convivem nesse ambiente. A família, sendo uma unidade sistêmica e, apesar de uma sensação ou opinião não refletir o todo, no momento em que ocorre o acidente com a criança, desenvolve uma mobilização conjunta de participar do processo que visa restabelecer a cura.

As repercussões do acontecimento dos acidentes, no ambiente da família, relacionaram-se às dimensões emocionais, econômicas, culturais e ao próprio desequilíbrio na estrutura familiar, somando-se às reações de medo, culpa e arrependimento, protesto e resignação do destino e da vontade de Deus diante da injúria sofrida pela criança.

Portanto, o tema precisa ser amplamente discutido nas instâncias formadoras de opiniões e nas práticas de profissionais que lidam com as populações humanas. Imaginemos que as famílias estão demonstrando conhecimento preventivo e discursos coerentes com o cuidado, que revelam que a criança é curiosa e imprevisível. Cabe aos profissionais de saúde entenderem em que e onde está tendo falhas ao não contribuir com a minimização dessas ocorrências.

### **6.1 Limitações e vieses do estudo**

As limitações deste estudo se referem a questão de terem sido incluídas apenas as unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Floriano-PI, não podendo generalizar os achados de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos na realidade desse município, limitando os dados apenas ao público pesquisado.

Além disso, houve situações em que os cuidadores se reportavam à memória para se recordar dos acidentes que haviam acontecido no domicílio, fazendo com que, em alguns casos, os mesmos afirmassem não ter tido nenhuma ocorrência com aquela criança, contrapondo-se às situações vivenciadas durante a própria coleta de dados, onde foi possível presenciar o acidente acontecendo naquele momento.

Portanto, existiu contradição entre as respostas de alguns cuidadores com o que foi observado pela pesquisadora, tanto em relação ao acidente propriamente dito quanto ao ambiente doméstico, possivelmente por receio de julgamentos. Para contornar tal situação foi levado em consideração neste estudo o que foi observado.

Um aspecto que chamou a atenção foi em relação a presença ou não de armas de fogo em casa. Não foi encontrada no momento da observação do ambiente, mas quando o cuidador foi questionado observou-se um certo receio ou constrangimento em relação a esse assunto, fazendo com que houvesse dúvidas se as informações repassadas eram verdadeiras ou falsas. Portanto, foi possível os vieses de informação.

## 7 CONCLUSÃO

No presente estudo foi levantado o perfil do cuidador de crianças menores de cinco anos bem como a caracterização do acidente doméstico que evidenciou que a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 29 anos, com ensino médio e pertencentes à classe econômica DE. Possuíam companheiros e eram prestadoras de serviços domésticos. Quanto ao ambiente de moradia a maioria possuía de quatro a cinco pessoas convivendo na mesma residência, com apenas uma criança por domicílio, sendo a avó responsável pela criança na ausência da mãe e que possuía uma faixa etária de 40 a 49 anos. Em 97% das residências as crianças sofreram acidentes domésticos sendo a queda mais frequente, principalmente na faixa etária compreendida entre zero e dois anos e a face a área do corpo mais atingida. O turno que mais aconteceu o acidente foi o da manhã e a área externa da casa o local mais predominante.

Este estudo permitiu detectar os principais fatores de risco para ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos na zona urbana da cidade de Floriano-PI. Os fatores de risco identificados foram divididos em quatro blocos, sendo um voltado aos dados socioeconômicos e demográficos do cuidador e as características do acidente, listados acima e três blocos relacionados aos fatores de risco para ocorrência de acidentes: fatores de risco relacionados a infraestrutura/ambiente do domicílio; fatores de risco relacionados a disposição de objetos e móveis no domicílio; e fatores de risco relacionados às práticas dos cuidadores e/ou comportamento das crianças menores de cinco anos.

O primeiro bloco dos fatores de risco incluiu como variáveis significativas a **presença de escada ou degraus sem corrimão; na área onde a criança brinca existem espinhos, pregos, cacos de vidro e outros e presença de plantas/jardim ou quintal**. No segundo bloco a presença de **Rede alta, Saídas e passagens mantidos com brinquedos, móveis, caixas ou outros itens que possam ser obstrutivos, Ventiladores ligados ao alcance das crianças, Produtos de limpeza, inseticidas são guardados em locais baixos, Produtos de limpeza, inseticidas são envasilhados adequadamente e Domicílio possui Cortinas ou Mosqueteiros** foram os fatores de risco encontrados. Por fim, o terceiro bloco obteve-se **as unhas das crianças são cortadas pela mãe ou outro adulto, a criança Brinca com madeiras e paus não polidas, Alimentos como amendoim, pipoca, certos doces duros, chicletes são dados às crianças e Os alimentos sólidos são oferecidos à criança**. Destes

fatores, o modelo teórico proposto a partir da análise multivariada afirmou que o **número de residentes em casa** acima de quatro pessoas aumentam as chances da ocorrência do acidente em 1,6 vezes; a **presença de escadas ou degraus sem corrimão** aumenta em 15,9 chances; e **Alimentos sólidos são oferecidos à criança** aumenta em 16,6 vezes as chances da ocorrência do acidente doméstico.

É oportuno salientar que não é de se surpreender que a maior parte dos acidentes ocorra no domicílio, haja vista o grande período que as crianças pequenas permanecem nele ou em seus limites. Isso exige que os responsáveis pelas crianças tenham conhecimento dos riscos do ambiente, tomando medidas para evitá-los, pois, ao mesmo tempo que o domicílio pode propiciar a ocorrência desses agravos, ele pode funcionar também como um meio facilitador para ações preventivas e educativas, neutralizando a existência de tal risco.

As características encontradas na ocorrência dos acidentes, servem para que famílias e profissionais da saúde fiquem alerta de que os acidentes domésticos são uma realidade que não deve ser negligenciada, pois pode acarretar morbi-mortalidade em crianças, dependendo da gravidade da ocorrência. Por esse motivo, faz-se necessária a implantação de atividades voltadas para a prevenção desses agravos e promoção da saúde das crianças, para que assim a sociedade reflita mais sobre a necessidade de adotar um comportamento preventivo para minimizar esses casos.

O desconhecimento a respeito de situações de risco e a negligência dos adultos em relação a esse tipo de acontecimento é um dos fatores contribuintes para os elevados índices de acidentes domésticos com crianças. Para minimizar esse tipo de situação, faz-se necessário uma maior supervisão dos pais sobre os filhos, especialmente quando os mesmos permanecem em locais que ofertem perigo para a ocorrência dos acidentes.

A pesquisa evidencia a importância da participação dos profissionais de saúde, bem como de outras categorias que direta ou indiretamente lidam com crianças, na elaboração e na atuação nos programas de prevenção, orientando pais, responsáveis e a própria criança para os riscos ambientais que os rodeiam e assim ter subsídios para evitá-los.

Com o estudo foi possível compreender a importância de se abordar o tema a fim de que todos possam exercer participação na preservação da saúde de nossas crianças, que se encontram em plena fase de crescimento e desenvolvimento. Identificaram-se ainda lacunas na busca de estudos nacionais e internacionais sobre acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos, principalmente no que diz respeito às variáveis estatisticamente relevantes encontradas nesse estudo, salientando-se a necessidade de pesquisas acerca do

tema que venham complementar lacuna do conhecimento e contribuir para melhorar a prevenção de acidentes domésticos.

Defende-se que a enfermagem deve assumir a responsabilidade de concretizar um cuidado de qualidade, incidindo sobre os agravos à saúde infantil, bem como ser o instrumento de resgate de sua função educadora, transformadora de ações, implementando práticas de promoção e manutenção da saúde do ser humano. Esse fazer profissional deve estar voltado para o contexto da família e dos espaços escolares, já que são os ambientes mais frequentados pelas crianças.

Verificou-se que as equipes da Estratégia Saúde da Família não adotam como política o desenvolvimento de ações de prevenção relacionadas a acidentes em crianças e adolescentes. Necessitando assim, incorporar em sua agenda tais ações, promovendo também a intersetorialidade e somando esforços para que o conhecimento até agora adquirido sobre a prevenção destes agravos se transforme em realidade. Diante disso, observa-se a necessidade gritante da idealização e/ou prática de ações preventivas eficazes para a minimização dos danos causados por acidentes às crianças. Os mais diversos segmentos da sociedade precisam viabilizar, com a máxima urgência, um programa de prevenção para diminuir a ocorrência de tais acidentes. Para tanto, é necessário, inicialmente que essa questão seja tratada (e não apenas pronunciada) como problema de saúde pública.

Sugere-se, para isso, um programa nacional de prevenção de acidentes. O qual pode ser implementada com a realização de palestras, debates, pesquisas, identificação e mapeamento de fatores de risco. Contudo, é necessário o empenho de todas as partes envolvidas (órgãos competentes, família e sociedade).

## REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica do Brasil**. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 – IBOPE. 2012.
- ACKER, J. I. B. V.; CARTANA, M. H. F. Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.62, n.1, p.64-70, 2009.
- AMORIM, M. G. R. et al. **Incidência e principais causas de acidentes domésticos em crianças na fase Toddler e Pré-escolar**. Patos-PB, 2007.
- ANDRETTA, I. B. et al. Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 a 2008. **Rev. bras. queimaduras**, Limeira, v.12, n.1, p.22-9, 2013.
- ARAGÃO, J. A. et al. Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe. **Rev. bras. cir. plást**, São Paulo, v.27, n. 3, p. 379-82, 2012.
- BAEZA-HERRERA, C. et al. Accidentes y lesiones que acontecen en el hogar. **Acta pediátr. Méx**, México, v.31, n.6, p. 281-86, 2010.
- BARROS, B. et al. Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermaria de queimados da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS. **Rev. bras. cir. plást**, São Paulo, v.25, n.4, p.600-3, 2010.
- BATISTA, L. T. O.; RODRIGUES, F. A.; VASCONCELOS, J. M. B. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.12, n.1, p. 158-65, 2011.
- BEM, M. A.M et al. Epidemiologia dos pequenos traumas em crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Arquivos catarinenses de medicina**, Florianópolis, v. 37, n. 2, p.59-66, 2008.
- BOEHRS, A. E. et al. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p.114-120, 2011.
- BORGES, M. S.; SANTOS, D. S. O campo de cuidar: uma abordagem quântica e transpessoal do cuidado de enfermagem. **Ciênc. cuid. saúde**. Maringá, v.12, n.3, p.606-11, 2013.
- BOVER, A. B.; GASTALDO, D. La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.58, n.1, p.9-16, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União nº 112; 2012.

CAMPOS, J. A. **Segurança da criança e do Adolescente**. Livro de Resumo do 68 Curso Nestlé de Atualização em Pediatria, Rio Grande do Sul, 2003: 29-31.

CARLSSON, A. et al. Precautions taken by mothers to prevent burn and scald injuries to young children at home: an intervention study. **Scand J Public Health**. v. 39, n.5, p. 471-8, 2011.

COPETTI, C. L. et al. Atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de acidente domiciliar em um hospital materno infantil no sul de Santa Catarina. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 3, n. 2, nov. 2014.

CORREA, I; SILVA, F. M. Prevenção de acidentes domésticos à criança menor de 5 anos: percepção materna. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte v.10, n.4, p.397-401, 2006.

\_\_\_\_\_. Acidentes na infância em ambiente domiciliar. **REME rev. min. Enferm.** v. 10, n. 3, p. 277-279, jul.-set. 2006.

COSTA, A. M. et al. Prevenção de Acidentes: o que sabem os pais. **Nascer crescer**, Porto, v. 20, n. 4, p. 244-7, 2011.

DANTAS, D. V. et al. Atuação da enfermagem na prevenção de acidentes em creches. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v.4, n.esp., p.1315-322, 2010.

DEL CIAMPO, L. A. et al. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. **Pediatria**, São Paulo, v.33, n.1, p. 29-34, 2011.

DE LIMA, R. P. et al. Acidentes na Infância: local de ocorrência e condutas dos familiares no âmbito domiciliar. **Enferm. glob.** Murcia. n.15, p.1-13, 2009.

ECA, Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 10 jul 2013.

EDELMAN, L. S. Social and economic factors associated with the risk of burn injury. **Burns**, Holanda , v.33, n.8, p. 958-65, 2007.

FERNANDES, F. M. F. A. et al. Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.4, p. 133-41, 2012.

FLORÊNCIO, R. S. **Excesso ponderal em adultos jovens escolares: uma análise a partir das vulnerabilidades individuais**. Dissertação (Mestrado Acadêmico) Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza-CE, 2014.

FONSECA, N. R; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1175-80, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, L. M. X. et al. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. **O Mundo da Saúde**. v. 37, n. 4. São Paulo, 2013. p. 394-400.

GUTIERREZ, J.; NEGRÓN, J.; GARCÍA-FRANGOSO, L. Parental Practices for Prevention of Home Poisoning in Children 1–6 Years of Age. **J Community Health**, San Juan, v.36, p. 845-48, 2011.

HAMIDA-NOUAILI, E. B. et al. Epidemiology of domestic accidents of young children in Tunisia: impact of the training of health professional son data collection quality. **Tunis Med**, v. 89, n.10, p. 766-8, 2011.

HARVEY, A. et al. Injury prevention and the attainment of child and adolescent health. **Bull World Health Organ**. v.87, n.5, p. 390-94, 2009.

HOCKERNBERRY, M. J; WILSON, D. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

- \_\_\_\_\_. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- HOWARD, A. W. Keeping children safe: rethinking how we design our surroundings. **Canadian Medical Association or its licensors**. APRIL 6, 182(6), 2010. Disponível em: <www.cmaj.ca>. Acesso em: 02 out 2012.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> acesso em: 12 ago. 2013.
- INGRAM, J. C. et al. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature. **Health educ. res.**, Oxford, v. 27, n.2, p.1-11, 2011.
- IURK, L. K. et al. Evidências no tratamento de queimaduras. **Rev. bras. queimaduras**. Limeira, v.9, n.3, p.95-9, 2010.
- LAFTA, R. K.; AL-SHATARI, S. A.; ABASS, S. Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City. **Qatar Medical Journal**. v. 17, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5339/qmj.2013.17>>. Acesso 13 Dez 2014.
- LASI, S.; RAFIQUE, G.; PEERMOHAMED, H. Childhood injuries in Pakistan: results from two communities. **J. health popul. nutr**. Dhaka, v.28, n.4, p. 392-8, 2010.
- LIMA, R. P. et al. Acidentes na infância: local de ocorrência e condutas dos familiares no âmbito domiciliar. **Enferm Global**. v. 15, n. 2. 2009.
- LOPES, M. V. O. Desenho de pesquisa em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 121.
- LOURENÇO, J.; FURTADO, B. M. A.; BONFIM, C. Intoxicações exógenas em crianças atendidas em uma unidade de emergência pediátrica. **Acta Paul Enferm**. v. 21, n. 2. 2008. p. 282-286.
- MACHADO, T. H. S. et al. Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral do Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. **Rev. bras. queimaduras**. Limeira, v. 8, n. 1, p.3-8, 2009.
- MAJORI, S. et al. Epidemiology of domestic injuries. A survey in an emergency department in North-East Italy. **J Prev Med Hyg**; v. 50, n. 3. p. 164-9, 2009.
- MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1669-79, 2009.
- \_\_\_\_\_. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1669-79, 2012.

MARQUES, J. F.; SANTOS, H. A. A criança como unidade de cuidado e campo de investigação da enfermagem. **Arq. bras. ciênc. saúde**. Santo André, v.37, n. 2, p. 81-6, 2012.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n. 2, p. 3167-73, 2010.

\_\_\_\_\_. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9. p. 1983-1990, set, 2008.

MARTINS, C. B. G.; MELLO-JORGE, M. H. P. de. Circumstances and factors associated with accidental deaths among children, adolescents and young adults in Cuiaba, Brazil. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 131, n. 4, 2013.

MARTINS, C. B. G. et al. Perfil dos acidentes domésticos nos seis primeiros meses de vida em crianças consideradas de risco ao nascer. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n. 4. p. 102-109, out-dez, 2013.

MELLO, D. F. et al. O cuidado cotidiano da criança na perspectiva winnicottiana. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.13, n.4, p.938-47, 2012.

MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.4, p 580-5, 2009.

MOREIRA, T. M. M.; SANTIAGO, J. C. S.; ALENCAR, G. P. Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 5, Oct. 2014.

MURTA, A. M. G. et al. Cognição, motricidade, autocuidados, linguagem e socialização no desenvolvimento de crianças em creche. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, Diamantina, v.21, n.2, p. 220-9, 2011.

MUTTO, M. et al. Unintentional childhood injury patterns, odds, and outcomes in Kampala City: an analysis of surveillance data from the National Pediatric Emergency Unit. **J Inj Violence Res**, Kampala, v.3, n.1, p. 13-18, 2011.

NASTA, C. et al. Consenso Nacional de Prevención del ahogamiento. “El niño y el agua”. 1a parte. **Arch Argent Pediatr**, Buenos Aires, v.107, n. 3, p. 271-6, 2009.

NETO, C. M.; ALVES, N. C.; PAES, M. S. L. Risco de acidentes na infância em uma creche comunitária de Ipatinga/MG. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG**. v. 3, n.1. Jul./Ago. 2010.

NORDBERG, E. Injuries as a public health problem in sub-Saharan Africa: epidemiology and prospects for control. **East Afr Med J**. Nairobi, v.77, n.12, 2000.

OLIVEIRA, A. D. S. et al. Perfil das crianças vítimas de queimaduras atendidas em hospital público de Teresina. **R. Interd**. v. 6, n. 2, p. 8-14, 2013.

ONG CRIANÇA SEGURA. **Prevenção de Acidentes com crianças**. 2012. Disponível em: <<http://www.projetolegal.org.br/index.php/noticias/papo-legal/143-coordenadora-da-ong-crianca-segura-fala-sobre-prevencao-de-acidentes-com-criancas>> Acesso em 07 jul 2013.

\_\_\_\_\_. **Acidentes são a principal causa de morte infantil**. 2014. Disponível em: <http://www.criancasegura.org.br/acidentes-sao-principal-cao-de-morte-infantil>>. Acesso em 15 dez 2014.

\_\_\_\_\_. **Afogamento infantil**. 2011. Disponível em: <<http://onlinevida.com.br/wp/?p=805>> Acesso em 07 jul 2013.

\_\_\_\_\_. **Acidentes com crianças: percepção e comportamento das mães brasileiras**. São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_. **Acidentes com crianças no Brasil e o comportamento das mães: percepção x realidade dos números**. São Paulo, 2008.

OE-ORDEM DOS ENFERMEIROS. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010) – **Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. v. 1, 2010.

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Novo relatório sobre a prevenção de lesões causadas às crianças (2011)**. Disponível em: <[http://www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2008/transcript\\_55/en/](http://www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2008/transcript_55/en/)>. Acesso em: 12 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **Preventing children accidents and improving home safety in the European region**. Identifying means to make dwellings safer. Geneva, 2005.

\_\_\_\_\_. **World report on child injury prevention**. Geneva, 2008.

PASCHOAL, S. R. G.; PEREIRA, D. M.; NASCIMENTO, E. N. Efeito de ação educativa sobre o conhecimento de familiares a respeito de Queimaduras infantis em ambiente doméstico. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2009.

PEDROSA, A. A. G. et al. Atendimentos por causas acidentais em serviços públicos de emergência - Teresina, Piauí - 2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012.

PEREIRA, S. F. A.; GARCIA, C. A. Prevenção de acidentes domésticos na infância. **Rev Enferm UNISA**, São Paulo, v.10, n.2, p.172-7, 2009.

PIAUI, Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Agosto, 2013.

POLL, M. A. et al. Quedas de Crianças e de Adolescentes: prevenindo agravos por meio da educação em saúde. **Rev Enferm UFSM**. v. 3 (Esp.). p. 589- 598, 2013.

RAMOS, A. L. C.; NUNES, L. R. M.; NOGUEIRA, P. J. Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 11, dez. 2013.

REICHERT, A. P.S. et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.13, n.1, p.114-26, 2012.

SANTOS, B. Z. et al. Injúrias não intencionais na infância: estudo piloto com mães que frequentam a clínica de bebês da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.10, n.2, p.157-61, 2010.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. **Acidentes e violência são evitáveis**. Campanha online, 2014. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=90&id\\_detalhe=356&tipo\\_detalhe=S](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=90&id_detalhe=356&tipo_detalhe=S)>. Acesso dez 2014.

SCHVARTSMAN, S. *et al.* Aspectos pediátricos das intoxicações exógenas agudas no Município de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 2, n. 7, p. 24-27, 1984.

SMITHSON, J.; GARSIDE, R.; PEARSON, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Injury Prevention**. 17:119 e 126. 2011. Disponível em: <<http://injuryprevention.bmj.com>>. Acesso em: 02 out 2012.

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas. **Envenenamento Doméstico**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, L. J. E. X; RODRIGUES, A. K. C; BARROSO, M. G. T. A família vivenciando o acidente doméstico – relato de uma experiência. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 83-9, 2000.

TAVARES, Érika Okuda et al. Fatores associados à intoxicação infantil. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Mar. 2013.

THOMPSON, D. C; RIVARA, F. P. Pool fencing for preventing drowning in children. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, v.1, n.2, 2000.

VENDRUSCULO, T. M. et al. Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente. **Rev Lat Am Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.3, p.157-64, 2010.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Associated factors for the occurrence of unintentional injuries in children from a low-income community in northeastern Brazil. **Acta Scientiarum**. Health Sciences. Maringá, v. 34, n. 2, p. 127-135, July-Dec., 2012.

\_\_\_\_\_. Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1687-97, 2009.

\_\_\_\_\_. Repercussões no contexto familiar de injúrias não-intencionais em crianças. Maringá: **Acta Sci. Health Sci**. v. 29, n. 2, p. 151-158, 2007.

XIMENES, F.R.G. *et. al.* Práticas do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção à Saúde da Criança, Cariré – Ceará. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.11, n.1, p 9-16. 2011.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.55, n.3, p. 302-07, 2009.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FLORIANO  
ESTADO DO PIAUÍ  
Secretaria Municipal de Saúde  
ESF - SMS

---

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu, Danusa de Araújo Felinto, Coordenadora da Atenção Básica - Floriano/PI, autorizo a realização da Pesquisa intitulada **“INJÚRIAS NÃO-INTENCIONAIS EM MENORES DE QUATRO ANOS: análise do risco em crianças da Estratégia de Saúde da Família de Floriano, Piauí”**, cujo objetivos Analisar os fatores de risco para os acidentes intradomiciliares em crianças menores de quatro anos em Floriano-PI, bem como descrever os tipos de acidentes sofridos por crianças de 0 a 4 anos; identificar os principais riscos intradomiciliares para acidentes em crianças menores de quatro anos; analisar a associação entre os fatores de risco encontrados no ambiente e as características sociodemográficas do cuidador da criança; caracterizar os cuidadores dessas crianças em Floriano; identificar as informações dos cuidadores das crianças em estudo sobre a prevenção dos acidentes intradomiciliares. O estudo tem como responsável a Professora Dr<sup>a</sup>. Silvana Santiago da Rocha, vinculada ao Departamento de Enfermagem, do Campus Ministro Petrônio Portela - Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

Atenciosamente,

Danusa de A. Felinto  
Coord. da Atenção Básica  
COREN-PI: 346.177

---

Danusa de Araújo Felinto  
Coordenadora da Atenção Básica - Floriano/PI



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ACIDENTES DOMICILIARES EM MENORES DE QUATRO ANOS EM FLORIANO-PI

**Pesquisador:** silvana santiago da rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22791313.4.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 817.183

**Data da Relatoria:** 30/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

O protocolo de pesquisa é sobre os fatores de risco para os acidentes domiciliares em crianças menores de quatro anos.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Analisar os fatores de risco para os acidentes domiciliares em crianças menores de quatro anos em Floriano-PI.
- Estimar a prevalência dos acidentes domiciliares em crianças menores de quatro anos em Floriano-PI;
- Descrever os tipos de acidentes sofridos por essa clientela;
- Identificar os riscos domiciliares para acidentes dessas crianças;
- Caracterizar os cuidadores dessas crianças;
- Verificar a existência de associação entre os fatores de risco encontrados e as características sociodemográficas do cuidador da criança.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos para os participantes do estudo serão mínimos, considerando que os cuidadores podem sentir-se constrangidos em relação aos questionamentos e temerem que as informações tornem-se de conhecimento público. No entanto, os riscos serão minimizados com o compromisso ético

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332

**Fax:** (86)3237-2332

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 817.183

das pesquisadoras em garantir a preservação do sigilo da identidade e garantindo a confidencialidade dos dados, tornando-os público apenas àqueles que contemplem os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada.

**Benefícios:**

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para os sujeitos da pesquisa. No entanto, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício tais como a elaboração de medidas de prevenção de acidentes dentro do domicílio da criança.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa relevante e tem como temática a prevalência de acidentes com crianças no município de Floriano na atenção básica. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa com delineamento transversal. O estudo será realizado na Rede de Atenção Básica de Floriano-Piauí, e será realizada junto aos cuidadores de crianças.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos anexados.

**Recomendações:**

Sem recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo de pesquisa aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 817.183

TERESINA, 02 de Outubro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Adrianna de Alencar Setubal Santos**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Título do projeto:** Acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos em Floriano-PI  
**Pesquisadora responsável:** Dr<sup>a</sup> Silvana Santiago da Rocha  
**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem  
**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (86) 3215-5558  
**Pesquisador participante:** Mychelangela de Assis Brito  
**Telefones para contato (inclusive a cobrar):** (89) 9975-1461  
**Local de coleta dos dados:** Unidades Básicas de Saúde da Zona Urbana do município de Floriano-PI

Prezado Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Para melhor esclarecimento, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sujeito da pesquisa, é o (a) participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, sendo vedada qualquer forma de remuneração.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa qualquer dúvida que tiver.

### **ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:**

**A presente pesquisa tem como objetivo:** Analisar a ocorrência de acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos de idade em Floriano-PI.

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas formuladas pelo pesquisador. Para tanto será utilizado um formulário contendo o perfil socioeconômico e demográfico dos cuidadores e características do acidente. Para a identificação dos riscos será realizado uma observação do ambiente e preenchido um *check-list* que versará sobre os riscos ambientais de acidentes domésticos com crianças. Este *check-list* foi construído a partir da referência de Hockernberry e Wilson (2011).

**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você. No entanto, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício tais como a elaboração de medidas de prevenção de acidentes dentro do domicílio da criança.

**Riscos:** A resposta às perguntas formuladas não representam qualquer risco ou desconforto de ordem física ou psicológica para você.

**Compromisso de garantia de acesso:** Em qualquer etapa da pesquisa você terá acesso aos pesquisadores responsáveis e participantes pela presente pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

**Garantia de sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos (as) pesquisadores (as) responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não será identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Nome e assinatura do (s) pesquisador (es) participante (s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, concordo em participar como sujeito de pesquisa no projeto intitulado “**Acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos em Floriano-PI**”. Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como de que não há nenhum risco para mim. Também fui informado a respeito dos benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer penalidade. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa a qualquer momento. Concordo, voluntariamente, em participar desta pesquisa.

Teresina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do sujeito ou responsável

### Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Silvana Santiago da Rocha  
Pesquisadora responsável

**Observações complementares**

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella -  
Bairro Ininga  
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI  
tel.: (86) 3215-5734 - email: [cep.ufpi@ufpi.edu.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.edu.br) web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)

## APÊNDICE B – FORMULÁRIO CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

		Códigos	
		Questão	Resposta
<b>IDENTIFICAÇÃO:</b>			
Contato:			
Unidade de Saúde:			
Agente de saúde responsável:			
<b>DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:</b>			
1	Sexo: 1 ( ) M 2 ( ) F	1	
2	Idade: _____ anos do cuidador	2	
3	Escolaridade 1 ( ) não estudam 2 ( ) ensino fundamental 3 ( ) ensino médio 4 ( ) ensino superior	3	
4	Ocupação:	4	
5	Renda familiar R\$ 1 ( ) até dois salários 2 ( ) > dois salários	5	
6	Nº de pessoas que residem em sua casa	6	
7	Situação conjugal: 1 ( ) com companheiro 2 ( ) sem companheiro	7	
8	Número de filhos	8	
9	Idade dos filhos (3)	9	
10	Número de crianças na residência	10	
11	Deixa a criança sozinha na residência? 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	11	
12	Qual a pessoa que fica com a criança na sua ausência? 1 ( ) avó 4 ( ) outro familiar 2 ( ) irmão 5 ( ) vizinho (a) 3 ( ) tio (a) 6 ( ) cuidador particular 7 ( ) Leva a criança	12	
13	Qual a idade dessa pessoa que o substitui?	13	
14	Alguma vez a criança já sofreu algum acidente no domicílio? 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	14	
15	Qual tipo? 1 ( ) Quedas 2 ( ) Queimadura 7 ( ) Asfixia 3 ( ) Cortes 4 ( ) Intoxicação/Envenenamento 8 ( ) Afogamento 5 ( ) Corpos estranhos 6 ( ) Mordeduras/Picadas de animais 9 ( ) Armas de fogo	15	
16	Qual a parte do corpo foi atingida?		
16.1	Couro cabeludo 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.1	
16.2	face 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.2	
16.3	PESCOÇO 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.3	
16.4	TÓRAX 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.4	
16.5	TGI?TR 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.5	
16.6	Abdomen 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.6	
16.7	Costas 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.7	
16.8	Órgãos genitais/perianais 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.8	
16.9	Membro superior 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.9	
16.10	Mão 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.10	
16.11	Membro inferior 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.11	
16.12	Pés 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO	16.12	
17	Qual idade da criança no momento do acidente?		
18	Qual o turno ocorreu o acidente? 1 ( ) Manhã 2 ( ) Tarde 3 ( ) Noite	18	
19	Qual o ambiente do domicílio ocorreu? 1 ( ) sala 2 ( ) quarto 3 ( ) banheiro 4 ( ) cozinha 5 ( ) área externa 6 ( ) quintal	19	

## APÊNDICE C - CHECK-LIST

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

### OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR

QUEDAS	SIM	NÃO
Tapetes escorregadios	( )	( )
Rede alta	( )	( )
Berço seguro (com grades elevadas e com proximidade com o chão)	( )	( )
Presença de abajur, cabos, quadros emoldurados c/ vidro ao alcance da criança	( )	( )
Presença de escada ou degraus sem corrimão	( )	( )
Presença de janelas com grades	( )	( )
As crianças usam calçados adequados	( )	( )
Saídas e passagens mantidos com brinquedos, móveis, caixas ou outros itens que possam ser obstrutivos	( )	( )
CORTES	SIM	NÃO
Objetos pontiagudos, alfinetes, lâminas de barbear, facas, tesouras são guardados em locais seguros	( )	( )
A criança pega objetos pontiagudos e cortantes	( )	( )
As unhas das crianças são cortadas pela mãe ou outro adulto	( )	( )
São usados pratos de plástico para as crianças	( )	( )
Copos, pratos e talheres são colocados no canto da mesa	( )	( )
Ventiladores ligados ao alcance das crianças	( )	( )
Presença de ferramentas elétricas ou portões elétricos ao alcance das crianças	( )	( )
CORPOS ESTRANHOS	SIM	NÃO
Brinca com madeiras e paus não polidas (flepas)	( )	( )
Na área onde a criança brinca existem espinhos, pregos, cacos de vidro e outros	( )	( )
Os brinquedos são pequenos e podem ser engolidos	( )	( )
Botões, alfinetes, moedas, grãos de alimentos estão ao alcance das crianças	( )	( )
Alimentos como amendoim, pipoca, certos doces duros, chicletes são dados às crianças	( )	( )
São oferecidos pedaços grandes de carne e frutas com sementes às crianças	( )	( )
QUEIMADURAS	SIM	NÃO
A temperatura da água é conferida antes de colocar a criança no banho	( )	( )
Os cabos das panelas estão ao alcance das crianças	( )	( )
As crianças ficam sozinhas na cozinha	( )	( )
A garrafa de álcool está em lugar seguro	( )	( )
As tomadas são protegidas ou são altas	( )	( )
Fósforos, isqueiros, acendedores, cinzeiros estão ao alcance das crianças	( )	( )
Velas, incenso, pratos quentes estão ao alcance das crianças	( )	( )
Alguém tem hábito de fumar dentro de casa	( )	( )
Fios elétricos visíveis e ao alcance da criança	( )	( )
Presença de fio desencapado ou quebrado	( )	( )
INTOXICAÇÃO/ENVENENAMENTO	SIM	NÃO
Produtos de limpeza, inseticidas são guardados em locais baixos	( )	( )
Produtos de limpeza, inseticidas são envasilhados adequadamente	( )	( )
Remédios são guardados em locais seguros	( )	( )
Cigarros e bebidas alcoólicas estão ao alcance das crianças	( )	( )
Presença de plantas/Jardim ou quintal	( )	( )
MORDEDURAS/PICADAS DE ANIMAIS	SIM	NÃO
A criança alimenta o animal e aproxima-se dele quando está faminto	( )	( )
A criança importuna frequentemente o animal	( )	( )
O animal tem acesso aos cômodos da casa	( )	( )
A criança brinca em mataçais, porões, depósitos de lixo ou lenha (animais peçonhentos)	( )	( )
Animais domésticos são imunizados contra a raiva	( )	( )
ASFIXIA	SIM	NÃO
O domicílio possui Cortinas ou Mosquiteiros	( )	( )
A distância entre as grades do berço é suficiente para não deixar passar a cabeça da criança	( )	( )
A criança toma mamadeira sozinha	( )	( )
A criança anda ou corre enquanto come	( )	( )
Os alimentos sólidos são oferecidos à criança	( )	( )
A criança dorme com travesseiro ou ursinhos de pelúcia (sufocação)	( )	( )
A criança brinca a sacos/sacolas plásticos	( )	( )
AFOGAMENTO	SIM	NÃO
Presença de poço no quintal	( )	( )
Presença de tanques ou caixa d'água baixa em casa	( )	( )
A criança tem acesso a esses poços ou tanques ou caixa d'água (existem barreiras que impedem o contato)	( )	( )
Tampa vaso sanitário é mantida aberta	( )	( )
Baldes, banheira são mantidos cheios e a criança tem acesso	( )	( )
Deixa a criança por alguns segundos sozinha na banheira	( )	( )
ARMAS DE FOGO	SIM	NÃO
Presença de arma de fogo em casa	( )	( )
A arma é mantida ao alcance das crianças	( )	( )
A arma é guardada em local separado da munição	( )	( )