



**UNIVERSIDADE DO SAGRADO
CORAÇÃO**

**ALINE RAFAELA VASCONCELOS DE OLIVEIRA
DAMARIS TAVANTE**

**ACIDENTES INFANTIS DOMICILIARES: UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

**BAURU/SP
2008**



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**ALINE RAFAELA VASCONCELOS DE OLIVEIRA
DAMARIS TAVANTE**

**ACIDENTES INFANTIS DOMICILIARES: UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências de Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia, sob a orientação da Prof^o. Ms. Márcia Regina Alves Rocha.

**BAURU/SP
2008**

O482a

Oliveira, Aline Rafaela Vasconcelos de

Acidentes infantis domiciliares : uma revisão da literatura / Aline Rafaela Vasconcelos de Oliveira, Damaris Tavante – 2008.
37f.

Orientadora: Profa. Ms. Márcia Regina Alves Rocha.
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP.

1. Acidentes domésticos. 2. Enfermagem pediátrica. 3. Acidentes infantis. 4. Prevenção de acidentes 5. Acidentes infantis domiciliares. I. Rocha, Márcia Regina Alves II. Título

Dedicatória

Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los.

Dedicamos o presente trabalho aos nossos pais, irmãos, amigos e companheiros, pelo apoio, compreensão e paciência, que nos incentivaram a continuar a constante busca pelo conhecimento.

E a todos aqueles que acreditam que a ousadia e o erro são caminhos para as grandes realizações.

.

Agradecimentos

A nossa orientadora e amiga, Prof. Ms. Márcia Regina Alves Rocha pelo constante incentivo, sempre indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade e interlocutora interessada em participar de nossas inquietações. Agradecemos, principalmente, pela confiança depositada, em nosso trabalho de conclusão de curso.

À nossa Professora e Coordenadora do Curso de Enfermagem, Evete Polidoro Alquati, que se tornou o nosso modelo de professora. Por sua *culpa*, vislumbramos um ideal nesta profissão.

A Professora Dr. Maria Helena Borgato Cappo Bianco, que em suas aulas, nos permitiu espaços para discussão de algumas questões relevantes e importantes aqui desenvolvidas.

Durante este trabalho...

As dificuldades não foram poucas...

Os desafios foram muitos...

Os obstáculos, muitas vezes, pareciam intransponíveis...

Agora, ao olharmos para trás, a sensação do dever cumprido se faz presente e podemos constatar que as noites de sono perdidas, o cansaço dos encontros, os longos tempos de leitura, digitação, discussão, a ansiedade em querer fazer e a angústia de muitas vezes não o conseguir, por problemas e situações imprevistas, não foram em vão.

Aqui estamos, como sobreviventes de uma longa batalha, porém, muito mais fortes e hábeis, com coragem suficiente para mudar a nossa postura, apesar de todos os percalços...

Como dizia *Antoine Saint Exupéry* em sua obra prima "*O Pequeno Príncipe*":

"Foi o tempo que perdeste com a tua rosa, que fez a tua rosa tão importante."

RESUMO

Os acidentes infantis no ambiente domiciliar tornou-se um grave problema de saúde pública, sendo evidenciado epidemiologicamente pelo grande número de casos encontrados. Atualmente observa-se a necessidade de adotar uma postura que envolva ações educativas, que tenha início desde a atenção básica até níveis mais complexos de assistência a saúde da criança. Assim, combater os acidentes infantis se torna um processo, do conhecer para poder agir. O objetivo do estudo é realizar uma revisão da literatura sobre acidentes domiciliares infantis e discutir através da comparação dos dados o perfil de morbidade apontado pelos autores consultados e as formas de prevenção sugeridas. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório utilizando como estratégia o levantamento bibliográfico. Na análise dos dados percebe-se as quedas como a principal causa dos acidentes infantis domiciliares, gerando seqüelas físicas, psicológicas e sociais que demandam assistência e custos elevados e que causam prejuízo tanto para o governo, como sociedade e família.

Palavras-chave: Acidentes domésticos; Enfermagem pediátrica; Acidentes infantis; Prevenção de acidentes; Acidentes infantis domiciliares

ABSTRACT

Infant unintentional accidents at home environment have become to be a great matter to the eyes of public health, which have epidemiologically evidenced a number of casualties. The necessity of adopting an urgent attitude is observed and It involves certain educational actions such as taking into consideration basic and compound levels of child's health assistance. Thus, the "know-how" to know "how-to-act" becomes an efficient process to fight against the infant accidents. This paper aims into realizing a review on literacy of the infant accidents at home and discussing through the data comparison the morbidity profile pointed out by consulted authors and suggested preventive methods. In this manner, an exploratory study was carried out making itself useful of a bibliographic survey as a strategy. During the data analysis, falls are perceived to be the main cause to infant accidents at home, generating physical and psychological and social sequels which requires assistance and high costs and which provokes harms to government as well as to the family and society.

Key-words: Accidents at home; Infant accidents; Accident prevention; Infant unintentional accidents at home environment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Objetivo Geral.....	10
1.2 Objetivos Específicos	10
1.3 Metodologia.....	11
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 Epidemiologia dos acidentes infantis domiciliares	13
2.2 O desenvolvimento da criança e a prevenção de acidentes infantis: interação entre criança, família, governo, profissionais da saúde e contexto social.....	19
2.3 O sistema único de saúde como provedor da prevenção de acidentes infantis domiciliares	23
2.4 Estatuto da criança e do adolescente: O direito da segurança garantido	25
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	30
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	35
ANEXO.....	36

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes domiciliares infantis atualmente são um grave problema de saúde pública, que apesar de ter como consequência mais grave, a mortalidade, devemos levar em consideração as seqüelas físicas, psicológicas e sociais de modo que um acidente na infância pode repercutir na vida adulta dessa criança, causando grandes transtornos, tanto para o sujeito envolvido, como para a sociedade que o comporta (REGIANI E CORREA, 2006).

Os acidentes são considerados um acontecimento adverso a vontade dos envolvidos, desencadeado pela ação repentina e rápida de uma causa externa, produtora ou não de lesão corporal e/ou mental (DEL CIAMPO e RICCO, 2007; BACK ET. AL., 1989).

Pode-se considerar o conceito de agravo à saúde, lesão ou trauma por causas externas como qualquer dano intencional ou não, infringido ao corpo humano, resultando em uma transmissão rápida de um tipo de energia dinâmica, térmica ou química de um corpo a outro, ocasionando danos ou até como consequência maior a morte. (AVILA ET.AL, 2004; BLANK 2006 APUD, MARTINS).

Freire (2008), presidente da SBP, refere que os acidentes são evitáveis e não devem ser encarados como uma fatalidade. No Brasil a mortalidade por causas externas tem sofrido ascensão, enquanto as ocasionadas por diarreia, infecções respiratórias e doenças imuno-preveníveis tem decrescido.

Del Ciampo et. al. (1996a) afirma que enquanto a medicina progride e vai avançando no conhecimento sobre as doenças infecto-contagiosas e degenerativas, os acidentes permanecem ainda como uma importante e pouco estudada causa de morbimortalidade infantil.

De modo que o ônus gerado aos serviços públicos de saúde se torna, portanto, do ponto de vista da atenção secundária, extremamente demasiado, que de acordo com Del Ciampo et. al. (1996c) calcula-se que, para cada acidente com morte, existam 45 lesões que necessitam de internação hospitalar, 1.300 lesões que exigem tratamento médico ambulatorial em sala de emergência e quase 2.500 lesões que sequer chegam ao conhecimento dos serviços médicos.

Observando tais dados considera-se que programas de caráter preventivo poderiam reduzir significativamente esses números.

Santos (1988) destaca que as crianças são mais suscetíveis aos acidentes, e que a circunstância em que eles ocorrem geralmente são geradas pela própria criança, dependendo do estágio de desenvolvimento em que ela se encontra, sendo passíveis de se evitarem em 75% dos casos por um adulto, que tem o dever de oferecer devido acompanhamento.

Para o Ministério da Saúde (2002) p.19

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de 0 a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

- acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões);
- violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio).

Existem divergências quanto à responsabilidade sobre esses acidentes domiciliares relativos às crianças, que de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, saúde é direito de todos e dever do estado, porém a falta de programas preventivos justifica o número de ocorrências de acidentes infantis. Somado a isso existem os responsáveis pela criança, que na maioria das vezes podem não apresentar conhecimento ou preparação adequada para supervisioná-la, mostrando a carência de um sistema de atenção à saúde onde o nível secundário e terciário é sobreposto ao primário.

Na literatura encontram-se poucos dados que especifique os acidentes domiciliares mais comuns, de forma que não dispomos de uma quantidade adequada de informações que forneçam subsídios para o desenvolvimento de

uma atenção resolutiva e diferenciada em nível primário (promoção e prevenção da saúde), que gerem a redução de índices de internações hospitalares e seqüelas em crianças vítimas de acidentes domiciliares, diminuindo gastos públicos e evitando transtornos familiares devido a tais acontecimentos infortúnios.

Como graduandas de Enfermagem reconhecemos a importância do conhecimento relativo aos acidentes que acometem as crianças em suas residências, atentando para o perfil epidemiológico encontrado na literatura, de forma a elucidar a prevenção de tais acidentes. Enfatizamos, portanto a importância indiscutível dessa revisão bibliográfica, que tem como objetivo principal realizar o levantamento epidemiológico dos acidentes domiciliares baseados na literatura, para que assim possamos refletir quanto a necessidade de elaboração de estratégias de ação que envolva programas educativos, que possam assim, contribuir para a redução dos índices referentes a esses acidentes e suas formas de prevenção.

1.1 Objetivo geral

Realizar uma revisão da literatura sobre acidentes domiciliares infantis para discutir através da comparação dos dados o perfil de morbidade apontado pelos autores consultados, bem como algumas formas de prevenção sugeridas.

Assim, a presente revisão poderá ser útil para profissionais de diversas áreas, uma vez que demonstra e discute com clareza a cerca dos acidentes infantis e as formas de prevenção, se tornando, portanto um referencial para aqueles que valorizam ações educativas tão importantes nesta área.

1.2 Objetivos específicos

Identificar:

- a) Tipo de acidente domiciliar mais prevalente encontrado na literatura,
- b) Sexo, idade e local interno da casa,
- c) Qual o percentual de morbidade dos acidentes registrados na literatura,

- d) Quais as formas de prevenção mais indicadas para os principais acidentes encontrados na literatura.

1.3 Metodologia

Há inúmeros caminhos para se refletir sobre a produção de conhecimento de uma área. Neste estudo, a opção foi por um estudo exploratório utilizando como estratégia o levantamento bibliográfico, realizado a partir de uma abordagem quantitativa.

O material para leitura e análise foi selecionado a partir de pesquisa: (1) no *site* de busca Google, escolhido por apresentar uma coleção detalhada das páginas mais úteis da Internet; (2) No Google Acadêmico, por conter artigos revisados por especialistas (peer-reviewed), teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, universidades e outras entidades acadêmicas, tornando possível a identificação das pesquisas mais relevantes do mundo acadêmico. (3) em bibliotecas virtuais: biblioteca virtual Scielo Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org/index.php>); Bibliomed <http://www.bibliomed.com.br>, que disponibiliza artigos médicos atualizados por profissionais da medicina; BVS - Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.base.bvs.br/index.php>) . Na BVS, consta uma seção específica de ciências da saúde em geral, que possibilita acesso à Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). A produção veiculada eletronicamente, além de possibilitar o acesso às discussões atuais sobre os acidentes infantis, é a mais facilmente acessada e (4) na Biblioteca Cor Jesus, pertencente à Universidade do Sagrado Coração. Utilizou-se na revisão bibliográfica as seguintes palavras-chave: acidentes, crianças, epidemiologia, prevenção de acidentes, pediatria e enfermagem, acidentes infantis, acidentes com crianças, acidentes domiciliares infantis, acidentes na infância, acidentes envolvendo crianças. Restringiu-se às publicações em língua portuguesa.

Foram considerados artigos de grande impacto para a pesquisa os que apresentavam os seguintes critérios: I- artigos sistematicamente citados pelos demais artigos e autores (alto grau de impacto), exemplo: FILOCOMO, F. R. F. et

al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.41-47, dez. 2002; II- artigos que incluem discussões conceituais sobre a temática; III- artigos de revisão bibliográfica. Nessa última categoria, enquadra-se como exemplo de artigo: SOUZA, L. J. E. X., BARROSO, M. G. T. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Rev. Esc.Enf. USP.**, v.33, nº2. Junho 1999.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Epidemiologia dos acidentes infantis domiciliares

Quando falamos em epidemiologia devemos levar em conta seu conceito, segundo Rouquayrol (1986) epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença na comunidade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades e dos agravos à saúde coletiva, sugerindo medidas específicas de prevenção, de controle ou de erradicação".

Maciel (1998) apud Filócomo et. al.:(2006) Baracat (2000) relatam a utilização do modelo agente-hospedeiro-ambiente para descrever a epidemiologia dos acidentes infantis. Onde a forma de energia que lesa os tecidos orgânicos representaria o agente, o hospedeiro seria a criança onde identificaríamos o risco de acidente de acordo com o estágio de desenvolvimento em que esta se encontra, já o ambiente incluiria a situação física e psicossocial na qual ocorre o acidente, ou seja, o contexto em que este ocorre. O conhecimento desta tríade fornece informações que possibilitam o direcionamento de ações preventivas e a identificação dos grupos de maior risco ou vulnerabilidade.

De acordo com Martins (2006); Souza e Barroso (1999) os fatores de risco para acidentes na infância podem ser classificados em químicos (como é o caso dos medicamentos, produtos de higiene, produtos de limpeza doméstica), físicos (onde são considerados tudo o que pode favorecer fisicamente os acidentes infantis, como os líquidos quentes, os locais com relativo perigo, como as escadas, elevadores, banheiro, áreas de serviço, jardins, piscinas, cozinha com armários e gavetas contendo objetos cortantes e perfurantes), biológicos (acidentes com plantas venenosas, animais domésticos, animais peçonhentos, entre outros), e estruturais (aquilo que é relacionado com a formação da família, fatores culturais, estilo de vida, hábitos e crenças).

Del Ciampo (1997) cita que em relação aos elementos do hospedeiro, as crianças por estarem em desenvolvimento neuro-psico-motor, possuem peculiaridades que as tornam mais propensas aos acidentes. É por este motivo que o conhecimento sobre os principais acidentes infantis acontecidos em domicílio e a sua relação com o período de desenvolvimento em que a criança se encontra, tem grande importância epidemiológica.

A lei 8142 considera vigilância epidemiológica, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores que influenciam a saúde tanto individual como coletiva, a fim de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

É necessário o conhecimento do perfil epidemiológico dos acidentes infantis para que assim, possam ser desenvolvidas ações prioritárias, baseadas em bases concretas que contemplem a prevenção, controle e assistência desses acontecimentos indesejáveis (MELLO ET. AL., 2002 APUD MARTINS E ANDRADE, 2005).

Portanto, devido à necessidade de uma abordagem preventiva, estudos epidemiológicos têm buscado conhecer os fatores de risco que predispõem os acidentes na infância, bem como os processos pelos quais esses eventos ocorrem (DEL CIAMPO ET. AL., 1997; SOUZA E BARROSO, 1999). Ficando evidente a importância de uma abordagem interdisciplinar, onde os envolvidos no processo possam direcionar as intervenções conforme os fatores específicos da população alvo.

De acordo com a ONG Criança Segura (2007) no Brasil, cerca de 6 mil crianças morrem vítimas de acidentes e 140 mil são hospitalizadas, tornando os acidentes como responsáveis pela primeira causa de morte em nosso país na faixa etária entre 1 e 14 anos. Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, somente em 1998, aproximadamente 5,8 milhões de pessoas morreram vítimas de trauma no mundo, o que representa 97,9 óbitos por 100.000 habitantes. Destes, aproximadamente 800.000 óbitos e 50 milhões de seqüelados estão na faixa etária de 0 a 14 anos de idade.

Dados da OMS citados em Del Ciampo et. al. (1996c) descrevem que 45% dos acidentes com a população mundial ocorrem no lar.

Unglert et. al. (1987) afirma que no Brasil carecemos com a falta de pesquisas que indiquem os acidentes mais frequentes e suas principais características, sendo importante para o fornecimento de subsídios que contribuam para a implementação de políticas públicas, com a finalidade de criar ações preventivas baseadas nas situações identificadas.

Del Ciampo et. al. (1996a) relatam que mesmo com os estudos sobre acidentes ganhando impulso a partir da década de 50 no Brasil, temos uma dificuldade em direcionar melhor os esforços no sentido de agir preventivamente, visto a falta de dados que possibilitem reconhecer os acidentes infantis domésticos mais freqüentes e suas peculiaridades, sendo o conhecimento epidemiológico sobre esses acidentes na infância ainda incompleto e parcial, podendo ser encontrado com maior facilidade apenas as estatísticas sobre mortalidade ou casos mais complexos, onde houve necessidade de hospitalização, devido ao fato dos registros serem mais acessíveis, posto que dados como morbidade requerem maiores esforços para sua obtenção.

Filho e Jorge (2007) refere à escassez de informações na literatura brasileira sobre o tipo e a topografia das lesões provocadas por causas externas dificultando assim a realização de comparações.

Gawryszewski et. al. (2005) apud Krug et. al. (2002) e Holder (2001) relatam que a maioria do conhecimento científico disponível sobre o tema é proveniente de informações acerca das mortes, sendo morbidade relacionada aos acidentes infantis algo pouco explorado.

Essa dificuldade pode ser devido ao fato de não existir obrigatoriamente nos prontos socorros um protocolo que viabilize a identificação das causas de acidentes na infância, dificultando a obtenção de estatísticas (SHIRLEY, 2008).

Apesar desse contexto, fica evidente ao compararmos os dados epidemiológicos encontrados por vários autores que os acidentes infantis domésticos possuem maior incidência do que possamos imaginar. Sendo o ambiente doméstico o principal local onde acontecem os acidentes na infância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

E de acordo com Martins (2006), seu contexto engloba condições ambientais, físicas, culturais e sociais da família.

Segundo a Sociedade brasileira de pediatria (1998) os acidentes e violências constituem 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. Sendo que em 2000 apresentou as causas externas como responsáveis por cerca de 19,5% da mortalidade infantil.

Dados do Ministério da Saúde (2004) citados por Coelho (2006) descrevem os acidentes infantis como a primeira causa de mortalidade nas faixas etárias de 5 a 24 anos.

Os acidentes domésticos envolvendo crianças estão entre os cinco primeiros atendimentos mais freqüentes nos prontos-socorros pediátricos brasileiros. E responsáveis, por 2.665.000 óbitos somente no ano de 1980, situando-se entre as 5 principais causas de mortalidade em geral (BADRAN (1993) APUD DEL CIAMPO (1996a), CAVALHEIRO (1995); MANCIAUX (1991) E RIVARA (1992).

De acordo com Waisman et. al. (2002) apud Paes e Gaspar (2005) crianças mais novas tem maior suscetibilidade de serem vítimas de eventos que ocorrem no lar. Sendo descrito que 51,9% das injúrias ocorridas em pacientes na faixa etária de 0 a 14 anos aconteceram no domicílio.

Semelhante dado pode ser observado em pesquisa realizada por Gomes (2008) no Hospital São Camilo em São Paulo, que demonstra que 63% dos casos de acidentes infantis atendidos pelo hospital ocorrem na residência.

Esses altos números são explicados por Paes e Gaspar (2005) que descrevem o ambiente domiciliar como o local de maior permanência da criança, se tornando, portanto, o principal local de ocorrência desses eventos.

Em relação aos elementos do hospedeiro Moraes (2008), ressalta que as crianças possuem particularidades que as tornam mais propensas aos acidentes. Assim, dentro do conhecimento de suas várias etapas de desenvolvimento neuro-psico-motor podemos destacar a imaturidade física e mental que lhes é típica, bem como a inexperiência e a incapacidade para prever e evitar situações de perigo, comportamentos de curiosidade, tendências a imitar e repetir comportamentos, a falta de preocupação com seu corpo, a ignorância, impaciência, déficit de atenção, incoordenação motora, além de peculiaridades anatômicas como a desproporção do crânio com o corpo, assim como as dimensões das vias aéreas superiores que são menores e podem ser um fator predisponente a alguns tipos mais específicos de acidentes.

O desenvolvimento tecnológico está a cada dia mais inserido no cotidiano das famílias, sendo o lar o centro de suas atividades diárias, isso ocasiona, em

muitos casos, situações de grande perigo para as crianças (DEL CIAMPO ET. AL., 1997a).

Del Ciampo et. al. (1996a); Unglert et. al. (1987); ONG Criança Segura (2007); Martins e Andrade (2005); Baracat et. al. (2000); Filócomo et. al. (2002); Gawryszewski et. al. (2005); Paes e Gaspar (2005); Martins (2006) citam as quedas como a causa mais freqüente de morbidade por acidentes infantis.

Del Ciampo et. al. (1997b) e Filócomo et. al. (2002) descrevem as contusões como o segundo tipo de acidente mais comum, seguido pelos ferimentos.

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, englobando cerca de 80% da assistência hospitalar do país com uma massa de dados que diz respeito à cerca de 13 milhões de internações/ano, consta somente em dezembro de 2007 registros de 9157 internações por motivo de queda na faixa etária de 0 a 19 anos no Brasil.

As quedas e lesões segundo Martins (2006) são as principais causas de procura nos pronto-socorros e hospitalizações.

O fato de a queda ser o tipo de acidente mais comum encontrado, pode ser explicado pelas próprias características das crianças, bem como a facilidade de acesso a lugares de níveis diferentes.

Bass et. al. (1985) Garretson e Gallagher (1985) apud Baracat et. al. (2000), mencionam que em lactentes predominam as quedas do colo e da cama, sendo o mesmo dado encontrado por Paes e Gaspar (2005), já na idade pré-escolar ocorre um maior predomínio das quedas de escadas e na idade escolar as quedas são geralmente relacionadas com prática de esportes.

Martins e Andrade (2005) descrevem que os acidentes causados por forças mecânicas inanimadas (15,7%), sobretudo por penetração de corpo estranho em orifício natural (4,1%) ou através da pele (3,0%) como a terceira causa dos acidentes infantis, seguido pelos envenenamentos (13,5%).

Sendo que Lebrão e Mello (2001) apud Martins (2006) relata as lesões e envenenamentos como responsáveis por 5 a 6% do total das internações conveniadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gerando gastos hospitalares de 8% do total de gastos com as internações.

Para Baracat et. al. (2000) as queimaduras não tiveram uma representação significativa, apresentando apenas 1,7% dos casos de morbidade por acidentes infantis, e o afogamento juntamente com o semi-afogamento tiveram também baixa incidência, porém destaca-se a alta mortalidade nesses casos.

Para Unglert et. al. (1987) as queimaduras representam apenas 6,6% do total de acidentes. Sendo que a cozinha é o local que mais ocorre casos de queimaduras, visto que quase sempre estão relacionadas com líquidos ferventes (água, café, leite, óleo) (MARTINS, 2006). Sendo que de acordo com Gomes (2002) as meninas têm uma maior predisposição aos acidentes envolvendo queimaduras, por passarem maior tempo brincando na cozinha.

Segundo ONG Criança Segura (2007), Coelho (2006); Baracat et. al. (2000); Unglert et. al. (1987); Filócomo et. al. (2002) há uma maior incidência de acidentes infantis envolvendo os meninos do que as meninas.

Dado contraditório foi encontrado por Del Ciampo et. al. (1996a), que descreve as meninas como a principal vítima de acidentes infantis domiciliares.

Este predomínio do sexo masculino provavelmente ocorre pela diferença de atividades desenvolvidas entre os meninos e as meninas, sendo que os meninos estão mais expostos às atividades de maior risco, visto que desenvolvem sua liberdade mais precocemente devido a fatores culturais de nossa sociedade, tendo, portanto, uma menor supervisão dos pais ou responsáveis, ficando um maior tempo exposto as situações que conseqüentemente acabam por predispor os acidentes (FILÓCOMO ET. AL., 2002).

Em relação à faixa etária que mais são vítimas de acidentes domiciliares, foram encontrados dados contraditórios, não existindo um consenso entre os autores.

Grisanti et. al. (2003) evidenciam que 94% dos acidentes ocorreram durante o período em que as crianças estavam brincando, destes 71% encontravam-se no ambiente familiar.

Del Ciampo et. al. (1997b) e Wilson (1966) apud Unglert et. al. (1987), citam o quintal como o local em que mais predominam os acidentes infantis no domicílio, seguido pela cozinha.

Devido ao fato de ser o local onde são desenvolvidas as atividades de lazer, as brincadeiras e as práticas esportivo. A cozinha também é considerada

um local propício, por concentrar um grande número de objetos cortantes e pontiagudos, além de eletrodomésticos e diversos produtos de limpeza (DEL CIAMPO ET. AL., 1997).

O período do dia que mais predominou os acidentes infantis domiciliares foi o da tarde (46,47%) e em relação aos dias da semana em que mais ocorrem os acidentes, o sábado foi citado com o maior número de eventos (18,23%), seguido da segunda feira (16,47%) e da quarta feira (15,88%) (DEL CIAMPO ET. AL. 1996a). Já Baracat et. al. (2000) descreve a distribuição uniforme dos acidentes nos dias da semana.

Para Del Ciampo et. al. (1997b) a explicação dos acidentes ocorrerem em maior número no período da tarde, por estar relacionada a hora do dia em que as crianças se encontram mais cansadas e suas mães ou responsáveis estão desempenhando outras atividades que implicam em menor vigilância.

Os acidentes domésticos envolvendo crianças estão entre os cinco primeiros atendimentos mais freqüentes nos prontos-socorros pediátricos brasileiros. Segundo Lembo em reportagem de Sobral (2002), os acidentes domésticos correspondem a 6% das internações, sendo que as quedas possuem uma maior incidência, que freqüentemente acabam gerando contusões e fraturas, seguido das intoxicações (medicamentosas e produtos químicos) e pelas queimaduras.

Coelho (1996) descreve a pobreza como um dos fatores pré-disponentes a acidentes citados pela OMS, devido ao fato de ser um grupo de risco para queimaduras, afogamentos e lesões físicas em geral (ausência de locais adequados para recreação e moradia). Sendo que o relatório de Mortalidade da UNICEF relata que 98% das mortes por trauma ocorrem em países em desenvolvimento onde os principais fatores considerados de risco são a pobreza, mães solteiras e inexperientes, baixo nível de educação materna, famílias numerosas, uso de álcool e drogas.

2.2 O desenvolvimento da criança e a prevenção de acidentes infantis: interação entre criança, família, governo, profissionais da saúde e contexto social.

Os acidentes infantis podem ser considerados como um mal endêmico, necessitando de um plano de ação permanente. Podendo essa “predisposição” das crianças em serem vítimas de acidentes ser neutralizada pelos adultos, responsáveis pela segurança e educação das crianças, desse modo o ponto fundamental para o seu controle, se torna a educação preventiva (ORLANDI E ALMEIDA, 1951 APUD DEL CIAMPO ET. AL., 1997b).

Para tanto, Regiani e Correa (2006) descrevem que a prevenção de acidentes deve iniciar-se nas consultas do pré-natal e ter seguimento durante todo o processo de puericultura nas instituições de saúde. Sendo o enfermeiro um profissional educador, capacitado como agente transformador, estando apto a realizar programas educacionais de conscientização da ação de prevenção de acidentes, envolvendo neste processo os pais e as crianças.

A ONG Criança Segura (2007) estima que cerca de 90% dessas lesões causadas por acidentes infantis podem ser prevenidas com ações educativas, modificações no meio ambiente, modificações de engenharia, criação e cumprimento de legislação e regulamentações específicas.

Existem duas formas de medidas de intervenção para prevenção de acidentes infantis as primárias, que são aquelas que acontecem quando impedem a ocorrência do dano e as secundárias, que são as medidas que procuram tornar mínima a sua extensão, uma vez ocorrido. Dentre essas medidas de intervenções são classificadas ainda dois tipos: a ativa, onde há uma busca do indivíduo por meios e formas que alterem a situação em que ele esteja exposto, isso exige uma ação consistente desse indivíduo. Já a passiva, parte a priori, do conhecimento de outras pessoas na modificação do fato ocorrido e necessita de mínima ou nenhuma ação individual (OLGA, 1996 APUD ALEIXO E OLIVEIRA, 2002).

Em estatística da Sociedade Brasileira de Pediatria (1998) citada por Martins e Andrade (2006b) demonstra que 80% dos acidentes que ocorrem em casa são devidos a tanque solto, painéis com água fervendo sobre o fogão, ferro de passar roupa ligado, medicamentos, materiais de limpeza e fósforos.

Os tipos de acidentes e sua gravidade estão relacionados com a fase de desenvolvimento em que se encontra a criança. A partir de cinco anos de idade,

os acidentes constituem a principal causa de mortalidade na criança (AMARAL E PAIXÃO, 2007).

De modo geral, o estágio de desenvolvimento da criança alguns hábitos comportamentais são esperados, desse modo podem ser identificados os fatores de risco para os acidentes domiciliares, para que assim, os programas voltados para a prevenção sejam dirigidos para as peculiaridades de cada faixa etária.

Deoughterty (1990) apud Baracat et. al. (2000, p.370) “fatores predisponentes, como nível socioeconômico, supervisão inadequada, estresse familiar e condições impróprias de moradia devem ser sempre considerados no estudo dos acidentes infantis.”

Existem cinco fases universais do desenvolvimento que são chamadas de fases psicosssexuais. Freud acreditava que a personalidade estaria essencialmente formada ao fim da terceira fase, por volta dos cinco anos de idade, quando o indivíduo possivelmente já desenvolveu as estratégias fundamentais para a expressão dos seus impulsos, estratégias essas que estabelecem o núcleo da personalidade (HATCHWELL, 2008).

Essas fases compreendem a fase oral, anal, fálica, latente e genital, e a medida que as crianças crescem, sua libido concentra-se em diferentes regiões sensíveis do corpo, fornecendo-nos de acordo com essas fases importantes informações, onde nos possibilita identificar padrões de comportamentos comuns e conseqüentemente associarmos os acidentes domésticos mais freqüentes. (BOCK et. al., 1995).

Durante o primeiro ano de vida, a fonte dominante de prazer é a boca. Do 2º ao 3º ano de vida, a sexualidade move-se para o ânus; e por volta dos três anos move-se para os genitais (KRECH e CRUTCHFIELD, 1973).

Na fase oral, ou seja, no primeiro ano de vida, o mundo da criança resume-se a si e aos pais, sobretudo o peito da mãe. Tudo o que a criança vê pela frente vai direto para a boca (ROCHA, 1995; LINDZY, 1977; MARCOS, 2008).

Segundo Rocha (1995) o fato da criança estar aprendendo a se virar, engatinhar e pegar objetos nessa fase exige uma maior atenção dos pais ou responsáveis. Podemos citar como cuidados para que não ocorram acidentes domésticos nesse período, a prevenção contra intoxicação (manter objetos que gerem risco longe do alcance da criança, como o caso de shampoos), asfixia

(brinquedos devem ser grandes o bastante para não serem engolidos), queimaduras (testar a temperatura da água no banho, bem como a temperatura dos alimentos ofertados a criança) e afogamento (evitar deixar baldes com água em locais onde a criança tem acesso, e piscinas sem proteção adequada, como grades).

Na fase anal (2º e 3º ano) o foco do prazer está no esfíncter e na uretra e o prazer de acumular riquezas proporcionaria a mesma sensação que se tem no controle das fezes (KRECH e CRUTCHFIELD, 1973) nessa fase eles necessitam de proteção, supervisão, e disciplina firme, pois eles começam a entender, porém ainda não identificam os perigos. Sendo a prevenção de acidentes nessa fase, evitar queda (colocando tapetes anti derrapantes no banheiro, grades na janela acima do primeiro andar, atentar para objetos de cozinha, como facas, etc.) (ROCHA, 2008).

De acordo com Rosa (1995) quando as crianças entram na fase fálica, do 4º ao 5º anos de idade descobrem seus genitais, a zona de erotização se torna o órgão sexual. Apresentando um objeto sexual e alguma convergência dos impulsos sexuais sobre esse objeto. Assinala o ponto culminante e o declínio do complexo de Édipo pela ameaça de castração.

No caso do menino, a fase fálica caracteriza-se por um interesse narcísico que ele tem pelo próprio pênis em contraposição à descoberta da ausência de pênis na menina. É essa diferença que vai marcar a oposição fálico-castrado que substitui, nessa fase, o par atividade-passividade da fase anal (ROCHA, 2008). nesse período observa-se na criança acentuado prazer na manipulação dos órgãos genitais, é aqui que se inicia a chamada masturbação infantil, cuja significação é freqüentemente exagerada pelos (ROSA, 1995). Nessa fase o cuidado com as quedas devem ser redobrados, as crianças tem uma maior propensão a brincar com mais violência com os brinquedos, sendo, portanto o cuidado com objetos perfuro-cortantes essenciais, como facas, tesouras, lâminas de barbear, etc.; também os isqueiros, fósforos e outros objetos que produzam faíscas e as substâncias inflamáveis devem ser mantidos fora de alcance, visto o grande risco de queimaduras (ROCHA, 2008).

Na fase latente (de 6 a 12 anos) no processo do desenvolvimento psicosssexual do indivíduo a energia libidinosa desempenha papel relativamente

pequeno, considerando este o chamado período latente; onde as energias da criança são quase todas totalmente absorvidas no processo de aquisição de habilidades necessárias ao ajustamento do indivíduo as demandas do meio. Sendo nessa fase as brincadeiras de meninos separadas por sexo, ou seja, menino brinca com menino e menina brinca com menina (clube do bolinha e clube da luluzinha) (ROSA, 1995).

De acordo com Naves (2002), aos 6 anos a criança explode em energia e constante movimento. Com um tempo de concentração breve, elas iniciam novas tarefas que não conseguem concluir, são autoritárias e sensíveis. Aos sete anos, elas ficam mais quietas que aos seis, mas são mais criativas e gostam de aventuras. Dos oito aos dez, são curiosas em relação ao funcionamento das coisas, tem maior autonomia para realizar tarefas. Dos dez aos doze, são intensas, observadoras, acham que sabem tudo, são energéticas, indiscretas e argumentadoras. Querem ser líderes e aceitas nos seus grupos, buscando, muitas vezes, atitudes radicais. A prevenção nessa fase inclui cuidados com choques (manter tomadas devidamente protegidas e aparelhos que representem risco longe do alcance), ferimentos com objetos pérfuro-cortantes (a criança pode idolatrar e querer imitar heróis infantis ou uma pessoa mais velha que viva perigosamente), quedas e lesões devido a esportes (utilização equipamentos de proteção individual), entre outros.

Porém apesar de existir os acidentes mais freqüentes ocorridos em cada fase, todas as formas de prevenção devem ser aplicadas, não importando o período em que a criança se encontre, considerando sua vulnerabilidade em relação à fase de desenvolvimento, enfatizamos a importância da supervisão de um adulto responsável, a adequação da estrutura física, e o cuidado com objetos na residência como sendo fundamental para uma segurança eficiente.

2.3 O sistema único de saúde como provedor da prevenção de acidentes infantis domiciliares

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, saúde é direito de todos e dever do estado, o que segundo a lei 8080 que também dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no seu artigo 2 § 2º cita que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Tornando a prevenção de acidentes infantis domiciliares de responsabilidade tanto do Estado, ao promover a prevenção através da orientação, educação em saúde e o oferecimento de fatores determinantes e condicionantes a saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais), como dos pais, cujo dever se baseia não apenas em supervisionar os filhos atendendo as suas necessidades básicas, como alimentação, segurança e afeto, mas em aprender o modo correto como fazê-lo. Para o Ministério da Saúde (2002) p.8

Acidente é entendido como o 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.

De acordo com Martins (2006) apud Harada et al (2000), as causas externas ocupam de 10 a 30% dos leitos hospitalares no Brasil e estima-se que, para cada 10 crianças, uma necessite de atendimento no sistema de saúde e, para cada morte, haja 15 casos de seqüelas permanentes.

Neto (2007) cita que o Ministério da Saúde registra a cada ano 6 mil mortes e mais de 140 mil internações na rede pública de crianças abaixo de 14 anos, vítimas de acidentes domésticos, representando um ônus de 63 milhões de reais para o Serviço Único de Saúde, e descreve que algumas medidas simples de prevenção podem reduzir significativamente esse número em até 90%.

Os casos de acidentes infantis domiciliares requerem um sistema de saúde preparado para tratá-los adequadamente BARACAT (2000).

Em 2001 o Ministério de Saúde lançou a “Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência” com base nas seguintes diretrizes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, monitorização da ocorrência de acidentes e de violências, sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, assistência

interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências, estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2.4 Estatuto da criança e do adolescente: O direito da segurança garantido

No Brasil, o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 1989) foi aprovado pelo Congresso Nacional em 30-06-1989 e, transformado na lei nº 8069 em 16-07-1990. De acordo com o estatuto da criança e do adolescente, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos. Sendo que a família, a comunidade, a sociedade em geral e o poder público, conforme citados no artigo 4º, tem o dever de assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária da criança, entre outras coisas, com absoluta prioridade, referindo-se a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias existente, a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas, bem como a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Afirmado através do art. 5, que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, devendo ser punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Como afirma Ferrão (2008) p. 1

Negligência infantil é uma forma de maus tratos em que o prestador de cuidados à criança se mostra continuamente incapaz de prestar os cuidados e a proteção necessários ao seu normal desenvolvimento. A negligência inclui a falta de todos os tipos de cuidados necessários ao bem estar da criança, tais como alimentação adequada, higiene, vestuário, cuidados médicos, afetivo, atenção, vigilância e educação.

Se, portanto negligência é a indiferença do agente incluído no contexto referido, que tendo a possibilidade tomar as devidas cautelas exigíveis, não o faz por displicência, relaxamento ou preguiça mental (Dicionário Jurídico), podemos considerar então, os acidentes infantis domiciliares uma forma de negligência, que de acordo com dicionário Aurélio tem por significado: desleixo; incúria; indolência.

Ao contrário do que se possa pensar, negligência não é somente responsabilidade da família ao não prestar o devido cuidado, mas da comunidade ao não diagnosticar e alertar o fato nas devidas proporções cabíveis, e do governo, ao não propiciar a prevenção através da inserção de programas e da destinação de verbas para políticas sociais públicas que ofereçam apoio e a condições necessárias para uma vida digna à criança e a família.

Devemos, porém enfatizar que as formas de negligências que geram os acidentes infantis em domicílio não dependem apenas do contexto social em que a família está inserida, de modo que não incidem apenas em camadas sociais mais desfavorecidas, mas em todos os níveis sociais. Decorrendo da interação de fatores macro (sistemas sócio-econômico-político) e micro (história de vida dos pais versus estrutura e funcionamento familiar) gerando uma resposta inerente, refletindo uma conexão multicausal que gera o fator negligencial.

Consciente desses fatores macro e micro, a proteção da criança é, portanto garantida pela interação descrita no estatuto da criança e do adolescente entre o poder público, a sociedade, a comunidade e a família através de suas incumbências, oferecendo-lhe estes, em conjunto, a devida assistência em todas as áreas, para um desenvolvimento livre de intercorrências que possam afetar sua vida futuramente.

Convém destacar no art. 11 que o atendimento integral à saúde da criança é direito assegurado por intermédio do Sistema Único de Saúde, que tem como um de seus princípios a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com parte especial, título I, capítulo I, no art. 86, descreve que a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente é realizada

através de um conjunto de ações tanto governamentais, como não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Incluindo entre as linhas de ação da política de atendimento (art. 87) as políticas sociais básicas; políticas e programas de assistência social; serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão e proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente, entre outros.

O estatuto traz ainda, segundo a seção II, art. 81, a proibição da venda à criança ou ao adolescente de armas, munições, explosivos, bebidas alcoólicas, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indevida, fogos de estampido e de artifício, exceto aqueles que pelo seu reduzido potencial sejam incapazes de provocar qualquer dano físico em caso de utilização inadequada. Nesse item devemos ressaltar a importância desta proibição no caso da prevenção dos acidentes infantis, visto que as queimaduras consomem uma grande fração em termos de incidência.

Em síntese, o ECA garante a criança em todos os aspectos, e aos que influenciam a estes, o direito a se desenvolver de forma segura e assistida devidamente por todos componentes do processo, seja em escala macro ou micro.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensarmos em acidentes infantis devemos atentar-nos para a fase de desenvolvimento da criança, visto que existem peculiaridades específicas em cada fase. Porém, independente da fase em que ela se encontra, a ação de prevenção deve ser um ato contínuo de atenção dos pais ou responsáveis com medidas eficazes que as protejam de uma forma holística.

Foram encontradas na literatura as quedas como a principal causa de morbidade por acidentes infantis. Sendo os meninos os mais afetados.

Em relação à faixa etária, não foi encontrado entre os autores um consenso.

Quanto à localidade da casa em que os acidentes infantis domésticos mais ocorrem, destaca-se o quintal com o maior número casos referidos, seguido pela cozinha.

Conhecer a epidemiologia dos acidentes infantis se torna indiscutivelmente necessário, para a elaboração de medidas eficazes que atinjam os resultados esperados, ou seja, necessitamos conhecer melhor o contexto em que ocorrem os acidentes infantis, para podermos elaborar planos de ações preventivas eficazes.

Cabe a enfermagem também o papel educativo, devendo esta, estar preparada para abordar a prevenção em todos os níveis de assistência.

As crianças por estarem em processo de desenvolvimento neuro-psicomotor estão mais sujeitas a vários tipos de acidentes e o controle disso, é de forma unânime, considerado pelos autores como uma questão de saúde pública, pois se trata de um grande número de vidas abreviadas e invalidadas.

Prevenir os acidentes infantis é, portanto uma questão de informação e de atenção.

As crianças muitas vezes vivem em meios sociais desfavoráveis, principalmente as de níveis sócio-econômicos inferiores, onde são encontrados o maior número de casos de acidentes infantis no domicílio, devido à superpopulação, miséria, educação e vigilância insuficiente. A necessidade de adaptar-se ao mundo dos adultos, que lhes é hostil e desconhecido, faz com que freqüentemente a criança adquira conhecimento pelo método de tentativa e erro.

Sendo os acidentes infantis domésticos considerados como consequência da negligência dos envolvidos no processo.

Em contrapartida deve-se ter claro que a responsabilidade por um acidente infantil não é unidirecional, ou melhor, não é de forma alguma somente dirigida a família, mas a todos os que fazem parte do processo, onde a criança se torna o centro de toda a atenção e cuidado. Também não deve ser de modo algum, considerada unicausal, visto que acontece por um conjunto de fatores que pré-dispõem a esse acontecimento infortúnio, como é o caso da pobreza, da falta de conhecimento, da falta de estrutura familiar, entre outras coisas.

Foi encontrado na internet um grande número de trabalhos que abordam a questão da prevenção dos acidentes infantis domiciliares, porém em nossa vivência de estágio em Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e Pronto-Socorros percebemos a falta de acesso da população de nível social inferior a tais informações.

Portanto a desinformação é ainda uma grande aliada dos acidentes, que, em sua maioria, podem ser prevenidos, para isso devem-se conhecer os preceitos mínimos sobre prevenção, e as campanhas educativas devem atentar-se para o perfil epidemiológico da população em questão, de forma que seja implementada ações que atinjam todas as camadas sociais.

Esperamos que os dados apresentados e os questionamentos suscitados possam servir como estímulo e ponto de partida para novos estudos a serem desenvolvidos em nosso país.

REFERÊNCIAS

ACIDENTES Domésticos Matam um Bebê Por Dia em São Paulo,

2002. Disponível em:

<<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3964&ReturnC atID=1617>>. Acesso em: 03 mar. 2008.

ALEIXO, E. C. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Prevenção de acidentes no ambiente doméstico: Discutindo o comportamento preventivo em família. **Fam. Saúde desenv.**, Curitiba, v.4, n.1, p.33-38, jan/jun. 2002.

AMARAL, J. J. F.; PAIXÃO, A. C. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. **Revista pediátrica do ceará**. Ceará, v.8, n.2, p. 66-72, jul.-dez. 2007. Disponível em: <<http://64.233.169.104/search?q=cache:Y4KRiUBcdagJ:www.socep.org.br/rped/pdf/8.2%2520Art%2520Rev%2520-%2520Estrat%C3%A9gias%2520de%2520preven%C3%A7%C3%A3o%2520de%2520acidentes%2520na%2520crian%C3%A7a%2520e%2520a dolescente.pdf+A+partir+de+cinco+anos+de+idade,+os+acidentes+const ituem+a+principal+causa+de+mortalidade+na+crian%C3%A7a+amaral+e+paix%C3%A3o&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br>>.

acesso em 8 jul. 2008.

BARACAT, E. C. E., et al. Acidentes com crianças e sua evolução na região de campinas, SP. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.5, p.368-375, mar. 2000.

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Revista de Saúde Publica**, São Paulo, v.35,n.2 p.142-9, 2001.

BOCK, A. M.; FURTADO, O. ;TEXEIRA, M. L. - **Psicologias - Uma Introdução ao estudo de Psicologia** – São Paulo,Ed.Saraiva, 1999.

CAMARGO, V. B.; EINLOFT, L.; FIQUEREDO, M. R. B. A atuação das escolas de educação infantil em relação aos acidentes na infância. **Logos: revista de divulgação científica**. Canoas, v.1, n.1, out. 1989.

CAMPOS, J. A. **Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência na Infância e Adolescência**. Disponível em :

<http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=17&id_detalhe=265&tipo_detalhe=s>Acesso em 08 ago. 2008.

CARDOSO, J. F. **Como se desenvolve a personalidade**, 2006. Disponível em: <<http://moranapsicologia.blogspot.com/2006/06/sigmund-freud-e-psicanlise-ii.html>>. Acesso em 17 mar. 2008.

CRIANÇA Segura Brasil, 2004. Disponível em: <http://www.criancasegura.org.br/dados_acidentes.asp>. Acesso em 28 mar. 2008.

CRIANÇA segura , 2004. Disponível em: <http://www.criancasegura.org.br/dados_acidentes.asp<http://72.14.205.104/search?q=cache:A66bifhDS7sJ:www.criancasegura.org.br/downloads/pesquisa/Apostila%25201.pdf+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Acidente+s+com+Crian%C3%A7as+Simone&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=2&gl=br>>. Acesso em 06 abr. 2008.

COELHO, S. **ACIDENTES NA INFÂNCIA**, 2006. Disponível em: <<http://www.3apoliclinica.cbmerj.rj.gov.br/modules.php?name=News&file=print&sid=279>>. Acesso em 2 fev. 2008.

DATASUS, 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/eiuf.def>. Acesso em 08 mar. 2008.

DEL CIAMPO, L. A., RICCO, R. G., MUCCILLO, G. **Acidentes domésticos na infância na área de Vila Lobato (Ribeirão Preto-SP)** São Paulo, v.19, n.1, p.38-42, jan.-mar. 1996a.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; MUCCILLO, G. Acidentes: sabemos preveni-los? **Revista de Pediatria**, v.19, n.4, p.263-266, out.-dez. 1997b.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G. Acidentes na infância. **Revista de Pediatria**, São Paulo, v.18, n.4 p.193-197, jul- dez. 1996c. Disponível em <<http://74.125.95.104/search?q=cache:wF07S05Ddl0J:www.pediatrasiapo.ulo.usp.br/upload/pdf/245.pdf+acidentes+na+infancia+del+ciampo&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=7&gl=br>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

DICIONÁRIO JURÍDICO. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/dicionariojuridico/x/54/88/548/>>. Acesso em: 08 julh. 2008.

FERREIRA, A.; et. al. Acidentes infantis domésticos por produtos domissanitários registrados em centro de assistência toxicológica da região sul. P.2-15,1998.

FERREIRA. A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**.....

FERRÃO, A. **Negligência infantil**. <<http://www.medicoassistente.com/modules/smartsection/item.php?itemid=120>>. Acesso em 05 abr. 2008.

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

GRISANTI, R. S.; et.al. A criança acidentada atendida no hospital um estudo psicanalítico do imaginário infantil. **Psic: revista da vetor editora**, São Paulo, v.4, n.2, p.44-55., dez. 2003a.

GRISANTI, et. al **A criança acidentada atendida no hospital um estudo psicanalítico do imaginário infantil**. São Paulo, v.4, n.2, p.44-55, dez. 2003. Disponível <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142003000200007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1676-7314. Acesso em 30 ago. 2008b.

GAWRYSZEWSKI, V. P. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.5, mai. 2008.

HATCHWELL R.V. **Desenvolvimento da personalidade**. Disponível em: <<http://meuartigo.brasilecola.com/psicologia/desenvolvimento-personalidade>>. Acessado dia 02 Março/ 2008.

HARADA, M. J. C. S. et. al. **Epidemiologia em crianças hospitalizadas por acidentes**. local:Folha Med 2000; 119p.

IBGE, <http://www.ibge.gov.com.br>. Acesso em: 03 de out. 2007.

JORGE, M. H. P. M. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.24, n.3, Jun. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101990000300008&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em 05/jun/2008.

KRECH, D., Crutchfield, R. S. - **Elementos de Psicologia** – São Paulo: Pioneira Editora, 1973.

LEBRÃO, M. L.; MELLO, J. M. H. P.; LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **Rev. Saúde Publica**. São Paulo, v.31, v.4, p.26-37, abr. 1997.

MARCOS, Seu blog no divã. Freud explica. Disponível em: <<http://webcetera.com.br/blog/2008/01/23/seu-blog-no-diva-freud-explica/>> acesso em 24 fev. 2008.

MARTINS, C. B. G., ANDRADE, S. M.- Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul Brasil: atendimento em pronto-socorro,

internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, V.8, n.2, p.1-5 Jun. 2005a.

MARTINS, C. B. G., ANDRADE, S. M. Acidentes na infância: ma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.59, n.3, p.1-11, mai. 2006b.

MESQUITA FILHO, M. et. al., Característica de morbidade por causas externas em serviço de urgência . **Revistas Brasileiras de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n 4, p.579-591,dez. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001 publicada no DOU nº 96, seção 1E, de 18/05/2001 / Ministério da Saúde. - Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2008.

MORAES, Palavra do médico á família. Disponível em: <<http://www.espacoamorafamilia.org.br/noticia.php?ver=137>>. Acesso em 06 jun. 2008.

MUSSEN, P. H., CONGER, J. J.,KOGAN, J. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 4 ed. São Paulo: Harper & Rom do Brasil, 2000.

NEPOMUCENO, G.; QUELHAS, O. L. G.; NUNES, R. C. P. **Prevenção de acidentes domésticos na infância e adolescência**. 2º Ed. São Paulo: Edgard Blücher, 1993.

PAES, C. E. N., GASPAR. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. **Jornal de pediatria**. Rio de Janeiro. v.81, n.5, p.146-154, Nov. 2005.

REDUÇÃO das vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância – Brasília: corde,1994.

REGIANI, C.;CORREA, I. Acidentes na infância em ambiente domiciliar.**Rev. Min. Enferm**. Belo Horizonte, v.10, n.3, p.277-279, jul. 2006, Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000300012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1415-2762.

REVISTA época: **Acidente doméstico é a quinta causa de internação pediátrica** Edição nº 228, out/2002 disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG52276-6014,00html>>.

ROCHA, S.- **Teoria da Sexualidade Segundo S. Freud** - Disponível em:
<http://www.artesdecura.com.br/REVISTA/Psicoterapia/teoria_sexualidade.htm> Acesso dia 05 Abr. 2008.

ROSA, M. **Introdução à psicologia** – Petrópolis, Rio de Janeiro:Editora Vozes, 1995.

ROUQUAYROL, M. Z. - **Epidemiologia e Saúde**. São Paulo, Medsi, 1986, p.1

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1994.

SANTOS, H. O. **Criança acidentada**. 1 ed.São Paulo: Papyrus. p.91, 1998.

SEAD, 2007. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/> acesso: 10 abr. 2008.

SCHVARTSMAN, S. **Acidentes na infância**. In: Carvalho O. Manual de Pediatria. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; p.140-141, 1977.

SOUZA, L. J. E. X., BARROSO, M. G. T. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Rev. Esc.Enf. USP.**, São Paulo, v.33, nº2. P.107-112, Jun. 1999.

UNGLERT, C. V. S.; SIQUEIRA, A. A. F.; CARVALHO, G. A. Característica epidemiológica dos acidentes infantis. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v.21, n.3, p.87-96, jun. 1987.

VIEIRA, L. J. E. S.; et. al.**O Lúdico na prevenção de acidentes em crianças de 4 a 6 anos**. v.18, n.2, p.78-84, dez. 2005. Disponível em:<<http://74.125.95.104/search?q=cache:vgt9SZhAP28J:www.criançasdecura.org.br/upload/816/o%2520ludico%2520na%2520prevencao%2520de%2520acidentes.pdf+acidentes+dom%C3%A9sticos+em+crian%C3%A7a+abordagem+conceitual&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=7&gl=br>>. Acesso em 06 set. 2008.

XIMENES, L. B.; et.al. A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. **Maringá**, v.26, n.1, p.223-230, jan-jun. 2004.

Bibliografias Consultadas

ARANHA, M. L. (1989). Filosofia da Educação. 1º Edição. São Paulo: Moderna.

Fenwick, E.; Smith, T. **Adolescência**: Guia de sobrevivência para pais e adolescentes. São Paulo: Ática, 1996.

Gilberto Cotrim, M. P. (1982). Fundamentos da Educação: História e filosofia da educação. 6º Edição. São Paulo: Saraiva.

GOMES, J. O.; SANTO, A. H. Mortalidade infantil em município da região centro-oeste Paulista, Brasil, 1990 a 1992. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.31, n.4, p.330-341, ago. 1997.

JUNIOR, P. G (2000). **Historia da Educação**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Revista Nurse, São Paulo. Edi. Ferreira e Bento. V.87, n. 8, Agosto 2005, pg.37 a 40. Disponível em site:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_r%C3%A1dios_do_Brasil. Acesso em: 03 de out. 2007.

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000300027&script=sci_arttext

ANEXO

Quadro 1. Medidas de prevenção, conforme tipos de acidentes (AMARAL E PAIXÃO, 2007, p. 70)

Quedas e Traumas	<ul style="list-style-type: none"> • Do colo do adulto - manter a criança bem segura. • Da cama ou berço - ter grades protetoras e observar altura • Bebê conforto – utilizar sempre no nível do piso, com o cinto de segurança afivelado. • Pisos lisos, tapetes, escadas – ter corrimão bilateral, portões de segurança, piso antiderrapante. • Janelas tipo guilhotina ou basculante – colocar trava de segurança. • Traumas no mobiliário - evitar móveis de bordas pontiagudas ou cortantes. • Vidros grandes em portas ou janelas – devem estar identificados. • Elevadores e escadas rolantes – crianças só acompanhadas. • Árvores – evitar a criança subir nas árvores, ser vigilante. • Parquinhos – observar tipo de brinquedos e utilizar sempre com vigilância.
Queimaduras	<ul style="list-style-type: none"> • Água de banho - testar a temperatura antes do banho com cotovelo. • Líquidos ou alimentos quentes - não manusear com a criança no colo. • Velas, isqueiros, fósforos – não devem ser manuseados por crianças. • Ferro de passar e aparelhos eletrodomésticos – dificultar o acesso da criança. • Frasco de álcool e produtos químicos inflamáveis – nunca manter próximos a chamas e sempre fora do alcance das crianças. • Banhos de sol – antes das 10 e depois das 16 horas.
Afogamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Banho – jamais deixar a criança sozinha. • Piscinas, praias, rios, lagos – sempre acompanhada e com vigilância máxima. • Baldes, bacias, piscinas de plástico com água – evitar o acesso das crianças e esvaziar após o uso. • Poços artesianos – manter completamente fechados e fora do alcance das crianças.

ANEXO

Continuação Quadro 02. Medidas de prevenção, conforme tipos de acidentes (AMARAL E PAIXÃO, 2007, p. 71)

Asfixias, sufocações, engasgos	<ul style="list-style-type: none"> • Talco – não usar e não deixar o recipiente ao alcance da criança • Cordão ou presilha de chupeta – não devem ser utilizados. • Sacos plásticos – manter fora do alcance da criança. • Carços de frutas, balas, pequenos objetos – sempre fora do alcance da criança. • Lençóis, mantas, cobertores – sempre presos ao colchão. • Travesseiros – evitar o seu uso, em especial nos lactentes.
Intoxicações	<ul style="list-style-type: none"> • Dar preferência a produtos químicos cujas embalagens disponham de tampa de segurança. • Medicamentos – apenas com orientação médica, sempre fora do alcance, reler a receita antes de administrar a criança. • Derivados de petróleo – não armazenar em casa • Plantas ornamentais – verificar as tóxicas e evitá-las como: saia branca, comigo ninguém pode, oficial de sala, pinhão paraguaio. • Alimentos que podem deteriorar – devem ser conservados em geladeira ou freezer, verificando a validade e experimentando antes.
Elétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Fios descascados – substituí-los imediatamente. • Chaves com fusíveis expostos – substituir por disjuntores. • Tomadas – sempre que possível ocultas ou com protetores.
Corpos estranhos	<ul style="list-style-type: none"> • Grãos de cereais, chiclete, balas duras, botões, colchetes, tachinhas, pregos, parafusos, agulhas, alfinetes, moedas, medalhinhas, nunca ao alcance de crianças, manter em armários fechados.
Brinquedos	<ul style="list-style-type: none"> • Não devem ser pequenos, não podem destacar pequenas partes, não ter arestas cortantes, nem pontiagudas e não podem ser facilmente quebráveis. Triciclos e ou bicicleta apenas na época correta com aprendizado seguro e uso de capacete.
Outras causas de acidente	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos perigosos – facas, furadores, martelos, alicates, chaves de fenda, serra devem ser mantidos sempre fora do alcance da criança. Armas de fogo, punhais, canivetes - devem ser guardadas em locais seguramente inacessíveis da criança. • Animais – não manter em casa animais de comportamento sabidamente agressivo ou de grande porte. Manter rigorosamente em dia a vacinação. Oriente a criança para evitar contato com animais estranhos.