

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

ANA JÚLIA MANGUEIRA CACCIOLA

**ACIDENTES INFANTIS DOMICILIARES E SUA
REPERCUSSÃO NA SAÚDE PÚBLICA: UM
ENFOQUE AO MUNICÍPIO DE BAURU**

BAURU
2011

ANA JÚLIA MANGUEIRA CACCIOLA

**ACIDENTES INFANTIS DOMICILIARES E SUA
REPERCUSSÃO NA SAÚDE PÚBLICA: UM
ENFOQUE AO MUNICÍPIO DE BAURU**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências de
Saúde como parte dos requisitos para a
obtenção do Título de Bacharel em
Enfermagem, sob a Orientação da Prof.^a.
Ms. Marcia Regina Alves Rocha.

BAURU
2011

C118a

Cacciola, Ana Júlia Mangueira

Acidentes infantis domiciliares e sua repercussão na saúde pública: um enfoque ao município de Bauru / Ana Júlia Mangueira Cacciola -- 2011.

59f. : il.

Orientadora: Profa. Ms. Márcia Regina Alves Rocha

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Acidentes infantis. 2. Perfil epidemiológico. 3. Pediatria. I. Rocha, Márcia Regina Alves. II. Título.

ANA JÚLIA MANGUEIRA CACCIOLA

**ACIDENTES INFANTIS DOMICILIARES E SUA REPERCUSSÃO NA
SAÚDE PÚBLICA: UM ENFOQUE AO MUNICÍPIO DE BAURU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências de Saúde como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob a Orientação da Prof.^a Ms. Marcia Regina Alves Rocha.

Banca examinadora:

Prof.^a Ms. Marcia Regina Alves Rocha

Bauru, _____ de _____ de 2011.

Dedico esse trabalho a Deus por ser
minha fortaleza quando queria desistir.
A meus pais pelo amor e confiança que
depositam em mim, pelo exemplo de vida
e família.
A meu avô quem me deu a oportunidade
de estudar e crescer.
A meu namorado pela paciência,
compreensão todos esses anos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus que me deu vida e não simplesmente terrena, mas vida abundante e eterna, me concedendo talentos e dons. Agradeço por tudo o que me proporcionou durante esses quatro anos na universidade e proporciona na vida; sem Ele para me fortalecer e consolar teria sido impossível. Tudo o que sou, o que tenho e o que eu espero vem d' Ele. Que a minha vida seja prá adorá-lo.

A meu pai José Jr. que me incentivou a estudar antes de correr atrás de outros sonhos, hoje vejo quão bom foi lhe honrar nessa decisão, pois sei que ela me trará ótimas consequências no futuro. Obrigada por me amar, me ensinar a ser generosa e a ter responsabilidade, você vai sempre ser meu velho criação.

A minha mãe Maria que é uma mulher pequena no tamanho, mas tem o maior coração do mundo, que sabe amar e cuidar das pessoas como ninguém. Obrigada por ser minha referência de várias maneiras, por ser base na formação do meu caráter, por todas as orações, pelas palavras de consolo e admoestações que sempre vem na hora certa. Não sei o que seria de mim sem você, em minha vida.

Ao meu avô José que foi um anjo enviado por Deus, me possibilitando de cursar uma excelente universidade. Obrigada por tornar meu sonho realidade; devo ao senhor todo conhecimento adquirido não somente científico, mas de vida.

Ao meu namorado, Gleison, um homem de caráter e esforçado que me apoiou em todas as minhas decisões em especial nesta. Obrigada por me fazer sentir amada, pela paciência quando eu não merecia, pelo incentivo constante principalmente nesses últimos meses, pela amizade e companheirismo, por me ouvir e me emprestar seu ombro prá chorar.

Aos meus padrinhos Ana e Fernando que sempre estão presentes, independente do que aconteça, agradeço cada intercessão e ligação ou visita de incentivo.

Aos meus colegas de classe especialmente a Fernanda que embora a tenha conhecido há poucos anos, se tornou uma grande amiga. Agradeço por me aturar, incentivar quando não aguentava mais, pelos conselhos, pelas conversas intermináveis, pelas risadas. Vou sentir muito sua falta parceira.

Aos demais familiares e amigos que não foram citados, mas que me ajudam a escrever parte da minha história; vocês são de grande valor e cada um tem participação fundamental na minha formação acadêmica e de vida.

À minha professora e orientadora deste trabalho, Márcia que quase me deixou louca com essa pesquisa, mas que com isso me ensinou muito quanto à superação e dedicação. Obrigada pela paciência, por atender todas as minhas ligações, mesmo estando ocupada, por me ajudar a melhorar a cada dia, por confiar em mim, dando-me a oportunidade de dar continuidade ao trabalho, sem você nada disso seria possível.

À professora Rita, uma mulher batalhadora e esforçada, sempre disposta a ajudar no que for preciso. Você é um exemplo de pessoa e profissional, obrigada por ser tão carinhosa e amiga, por nos entender sem ter qualquer tipo de preconceito, por ser tão humilde e se alegrar com as nossas conquistas e descobertas.

A Damaris e Aline que me permitiram dar continuidade a esse projeto.

Os meus agradecimentos nunca serão suficientes para demonstrar a grandeza do que recebi de vocês. Sendo assim, peço a Deus que os recompense à altura e realize o desejo do coração de cada um.

“É melhor atirar-se à luta em busca de dias melhores, mesmo correndo o risco de perder tudo, do que permanecer estático, como os pobres de espírito, que não lutam, mas também não vencem que não conhecem a dor da derrota, nem a glória de ressurgir dos escombros. Esses pobres de espírito, ao final de sua jornada na Terra não agradecem a Deus por terem vivido, mas desculpam-se perante Ele, por terem apenas passado pela vida”. (BOB MARLY).

RESUMO

Os acidentes infantis domiciliares constituem importantes fatores de morbimortalidade infantil, pois têm importante papel no perfil de agravos à saúde da criança em todo o mundo, sendo considerado um problema de saúde pública, trazendo prejuízos à família, comunidade e socioeconômicos, fazendo – se relevante o aprofundamento de estudos sobre suas características e magnitude. O objetivo da pesquisa é caracterizar o perfil dos acidentes infantis domiciliares atendidos no Pronto Socorro Municipal (PSMI) de Bauru envolvendo crianças de 0 a 12 anos em 2010, através da coleta de dados dos prontuários a partir da hipótese diagnóstica de acidente domiciliar; para tanto analisou-se tipo e incidência dos acidentes de acordo com idade, sexo e local de maior incidência, também examinou a origem da criança atendida no PSMI, o horário em que ocorreu e quem presenciou o acidente além de ponderar qual o tempo transcorrido entre o acidente e a procura pelos serviços médicos. Na análise dos dados verificou-se; que mais de 30% dos acidentes atendidos corresponderam aos acidentes domiciliares, o sexo masculino prevaleceu com 54,7%, as quedas foram a causa predominante (58,6%), a faixa etária mais acometida ficou entre 0 e 4 anos com 62,5%. Quanto a outros dados (tempo transcorrido entre o acidente e a procura do PSMI, local do domicílio, presença dos responsáveis) não foi possível a análise por falta de informações nos prontuários. Concluiu-se que os acidentes domiciliares ocorrem numa proporção significativa em comparação com os acidentes não domiciliares gerando estresse tanto à criança quanto aos seus responsáveis. Como a faixa etária predominante se situa entre zero e 4 anos fica evidente que é necessário incorporar atitudes preventivas direcionadas aos pais ou responsáveis a fim de diminuir os riscos de queda e as consequências geradas como internações, fraturas entre outras e ainda sequelas que podem ocorrer com este tipo de acidente. Esta pesquisa possibilitou verificar as características dos acidentes domiciliares em Bauru e ficou evidenciado que não há um formulário adequado para as anotações dos prontuários o que gera anotações com informações incompletas as quais comprometem a qualidade da assistência e a coleta de dados para pesquisa. O trabalho de prevenção deve iniciar nas consultas do pré-natal e ter seguimento durante todo o processo de puericultura nas instituições de saúde e sendo o enfermeiro um educador, é um dos profissionais apto a realizar programas educacionais de conscientização da ação de prevenção de acidentes.

Palavras-chaves: Acidentes infantis. Perfil epidemiológico. Pediatria.

ABSTRACT

Home children's accidents constitute important factors of child morbidity and mortality; they have an important role in the profile of diseases of children worldwide and are considered a public health problem, bringing losses to the family, community and socioeconomic making this relevant to the further studies on their characteristics and magnitude. The objective of this research is to characterize the profile of childhood accidents treated at Municipal Emergency (PSMI), in Bauru, involving children aged 0 to 12 years old at the year 2010, by collecting data from medical records from the hypothesis of an accident at home, for both we analyzed the type and incidence of accidents according to age sex and place of incidence, also examined the origin of children seen at PSMI, the time it occurred and who witnessed the accident as well as considering how much time elapsed between the accident and demand for medical services. In data analysis it was found, that over 30% of accidents corresponded to household accidents, males prevailed with 54.7%, falls were the predominant cause (58.6%), the most affected age group was between 0 and 4 years, with 62.5%. As for other data (time elapsed between the accident and the search for PSMI, place of residence, presence of the charge) was not possible to analyze due to lack of information in the charts. It was concluded that household accidents occur in a significant proportion compared to non-household causing stress to both the child and her responsible. As the predominant age group is between zero and four years is evident that it is necessary to incorporate preventive actions targeted to parents or guardians in order to reduce the risk of falling and the consequences generated as hospitalizations, fractures and even sequelae that can occur with this type of accident. This research enabled us to verify the characteristics of home children's accidents in Bauru and it became evident that there isn't appropriate form for the annotation of the record this generates incomplete information which compromises the medical and nursing assistance and the data collection for research. Prevention work should start in the prenatal queries and followed up throughout the process of child care in health institutions and being a nurse educator, is one of the professionals able to conduct educational programs to raise awareness of prevention of accidents.

Keywords: Accidents childhood. Epidemiological profile. Pediatrics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Acidentes domiciliares infantil segundo o mês de ocorrência.....	34
FIGURA 2 - Acidentes domiciliares infantis de maior incidência.....	35
FIGURA 3 - Atendimento dos acidentes domiciliares infantis segundo o sexo.	36
FIGURA 4 - Procedência dos acidentes infantis domiciliares atendidos no PSMIB.....	37
FIGURA 5 - Quem estava presente na hora em que ocorreu acidente domiciliar.....	38
FIGURA 6 - Local do domicilio em que ocorreu o acidente.....	39
FIGURA 7 - Acidente domiciliar segundo idade.....	40
FIGURA 8 - Período de ocorrência dos acidentes domiciliares.....	41
FIGURA 9 - Tempo que levou entre o acidente e a procura pelo Pronto Socorro.....	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVO GERAL.....	14
1.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
2	DESENVOLVIMENTO	15
2.1	EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES INFANTIS DOMICILIARES.....	15
2.2	ANOTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM PRONTUÁRIOS COMO FORMA DE DETECTAR A EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES INFANTIS.....	23
2.3	O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E A PREVENÇÃO DOS ACIDENTES INFANTIS: INTERAÇÃO ENTRE CRIANÇA, FAMÍLIA, GOVERNO, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E CONTEXTO SOCIAL.....	25
2.4	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO PROVEDOR DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES INFANTIS DOMICILIARES.....	29
2.5	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: O DIREITO DA SEGURANÇA GARANTIDO.....	31
3	DISCUSSÃO E RESULTADOS	34
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE - A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	57
	ANEXO – A – COMUNICADO A SECRETÁRIA DA SAÚDE	58
	ANEXO – B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA	59

1 INTRODUÇÃO

Acidente domiciliar é definido como um acontecimento não planejado, que acontece inesperadamente ou um imprevisto que ocorre dentro de casa. Porém segundo Martins (2006) tem considerado o acidente como um evento previsível, e enfatiza que ele não deve ser negligenciado ou encarado como uma mera fatalidade.

Segundo o estatuto da criança e adolescente a lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 no capítulo I, Art. 7º que trata a respeito do direito à vida e à saúde considera importante a efetivação de políticas sociais para que seja garantido o desenvolvimento sadio da criança e do adolescente. (BRASIL; 2008. p. 10)

Em várias literaturas evidenciamos que os acidentes domésticos tem se apresentado como uma das principais causas de morbimortalidade pela OMS (2000), eles são mais frequentes do que podemos conceber podendo ser considerado um problema de saúde pública.

Os acidentes estão indiretamente relacionados com o procedimento da família, com o estilo de vida, com fatores socioeconômicos, hábitos culturais e educacionais como também, com as fases específicas da criança caracterizadas pela curiosidade aguçada e incessante desenvolvimento e aprendizado. É, portanto, nesta fase, em que ocorrem os desenvolvimentos motores, adaptativos, de linguagem e psicossocial da criança que os acidentes podem ocorrer tornando-se necessário maior atenção, proteção, vigilância e observação contínua por parte dos responsáveis principalmente na idade de zero a cinco anos, pois a noção de perigo é desconhecida por eles e é onde a imaginação, a curiosidade pelo desconhecido e as brincadeiras se tornam extremamente afloradas, podendo induzir sérios acidentes.

Os tipos de acidentes e sua gravidade estão diretamente relacionados com a fase de desenvolvimento que se encontra a criança. Amaral e Paixão (2007) a partir de cinco anos de idade, os acidentes constituem a principal causa de mortalidade na criança.

Porém, é dever dos pais ou responsáveis pelas crianças cuidar para que sejam afastados riscos que contribuem para que os acidentes ocorram em casa; e de acordo com Brasil (2008) referente ao estatuto da criança e do adolescente através do art. 5 afirma 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. Portanto a responsabilidade dos pais é de cuidar para que não haja omissão em relação à prevenção dos acidentes.

De acordo com Paes e Gaspar (2005), as injúrias mais comuns nos domicílios são quedas, choques elétricos, afogamentos, intoxicações, queimaduras e sufocamentos.

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.

Os acidentes domiciliares podem ocorrer por vários fatores, tais como a jornada exaustiva de trabalho dos responsáveis, ocasionando esgotamento físico e mental destes, o desconhecimento dos pais quanto a magnitude do problema, a falta ou a deficiente interação entre responsável e criança, a não participação dos pais em ensiná-los a compreender riscos do ambiente, a falta de creches no município, fazendo-os por assim deixar as crianças sozinhas em casa; e ainda podemos inferir a ausência de organização e adequação das residências para tornar menor os riscos e a incidência dos acidentes, e por isso cabe aos profissionais da saúde colaborar para a prevenção dos mesmos. Identificar os acidentes que comumente ocorrem naquela comunidade é o primeiro passo para posteriormente propor ações preventivas. Foi pensando nessa possibilidade que a pesquisadora elaborou a presente pesquisa.

Felicioni e Giras (1992) afirmam 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.

Como graduanda do curso de enfermagem, e tendo passado pelo Pronto Socorro Municipal infantil, pude acompanhar o sofrimento de muitas crianças vítimas de acidentes que poderiam ter sido prevenidos evitando transtornos nas filas para o atendimento, horas de trabalho perdidas pelos responsáveis além dos danos físicos e emocionais causados na criança.

Diante do exposto fica evidente a importância do estudo sobre os acidentes infantis domiciliares, pois através deste poderemos colaborar para o levantamento de dados sobre as características desses acidentes, ajudando a entender a proporção do problema, conseqüentemente cooperar com a diminuição da morbimortalidade, concebendo e divulgando esses dados de forma que evidencie a realidade no município de Bauru.

A relevância desta pesquisa está oferecer ao município uma leitura sobre os acidentes domiciliares atendidos no Pronto Socorro e a partir dessas informações estimularem a elaboração de políticas públicas sociais para que haja participação da comunidade na busca de alternativas melhores para reduzir os acidentes.

Para buscar essas informações realizou-se coleta de dados a partir dos prontuários preenchidos durante os atendimentos no PSMI de Bauru no período de 16 de abril a 31 de dezembro do ano de 2010 de crianças de zero a doze anos e onze meses com história de acidentes domiciliares. Inicialmente a proposta era investigar todos os meses, porém não foi possível acessar os dados dos meses de janeiro, fevereiro e março por não estarem mais disponíveis no local da coleta.

O Pronto Socorro Municipal de Bauru fica no centro da cidade e atende em média mais de 1.000 crianças por mês e é o único com atendimento específico para crianças por isso foi escolhido para a coleta de dados.

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, quantitativa exploratória, descritiva e não apresenta nenhum risco ao sigilo dos pacientes, e profissionais da saúde envolvidos no atendimento, pois terão resguardadas suas identidades onde apenas serão divulgadas as informações propostas nos objetivos.

Foram considerados fatores de exclusão os prontuários ilegíveis, a falta de hipótese diagnóstica ou a ausência de diagnóstico de acidente domiciliar.

A fundamentação teórica a seguir trata inicialmente da epidemiologia dos acidentes infantis domiciliares para compreendermos os fatores determinantes dos acidentes. Como a anotação do prontuário é um fator importante o outro tópico aborda sobre as anotações em prontuários e sua relação com a qualidade da assistência prestada ao indivíduo e comunidade, a seguir os textos retratam sobre a relação do desenvolvimento da criança e os acidentes infantis. Outro tópico enfoca as ações do sistema único de saúde como provedor da prevenção de acidentes infantis domiciliares e algumas citações mais relevantes utilizando o estatuto da criança e do adolescente.

1.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os acidentes infantis domiciliares atendidos no Pronto Socorro Municipal Infantil de Bauru no ano de 2010.

1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar o tipo e a incidência dos acidentes domiciliares;
- Relacionar os tipos de acidentes de acordo com a Idade, sexo das crianças e local de maior ocorrência;
- Verificar a cidade de origem da criança atendida no PSMI com diagnóstico de acidente domiciliar;
- Relacionar horário em que ocorreu o acidente geral tipo de acidente e quem o presenciou em casa;
- Verificar qual o tempo transcorrido entre o acidente e a procura pelos serviços médicos;
- Relacionar os meses de maior incidência dos acidentes com a idade da criança.

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.

A OMS (2006) ainda refere que o objetivo da epidemiologia é melhorar e colaborar com a saúde da população, explicando as causas das doenças, estimulando a prevenção e promoção à saúde, ajudando o treinamento dos profissionais da área.

Maciel (1998) apud Filócomo et. al. (2006) e 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 apresentaria 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).

Já Canabarro, Edit e Aerts (2004) denominam esses acidentes como traumas pediátricos e os divide em tipos mais frequentes tais como: as quedas,

queimaduras, esmagamentos, ferimentos por arma branca (facas, agulhas, navalha giletes), mordidas, patadas de animais e traumas de coluna.

Del Ciampo (1997) cita que em relação aos elementos do hospedeiro, as crianças por estarem em desenvolvimento neuropsicomotor, possuem peculiaridades que as tornam mais propensas aos acidentes.

Willrich et al. (2009) refere que o desenvolvimento motor é um processo que tem uma sequência e esta é constante e está associada à idade cronológica, onde as habilidades motoras vão progredindo de movimentos simples e desorganizados para habilidades organizadas e complexas. 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.

O BRASIL (2005, p. 16) cita através da lei nº 8.080/90 que:

[...] a vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

É necessário o conhecimento do perfil epidemiológico dos acidentes infantis para que 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; 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.

Del Ciampo et al. (2011) ainda discorre que uma estimativa de que mais de 800 mil crianças no mundo morram de acidentes por ano, mais de 10 mil crianças morrem na Europa e que 25% das crianças sofrem algum tipo de acidente que haja necessidade de hospitalizações ou que levem a consequências permanentes que

podem até limitar as atividades diárias das crianças.

De acordo com a ONG Criança Segura (2007) no Brasil, cerca de seis mil crianças morrem vítimas de acidentes e 140 mil são hospitalizadas, tornando os acidentes 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 sequelados estão na faixa etária de 0 a 14 anos de idade.

Já de acordo com a ONG Criança Segura (2010) houve uma diminuição significativa onde resultados mostram que no Brasil, cerca de 5 mil crianças morrem vítimas de acidentes e mais de 109 mil são hospitalizadas conforme Datasus /Ministério da Saúde (2008), porém os acidentes ainda são responsáveis pela primeira causa de morte em nosso país na faixa etária de 0 a 14 anos.

Dados da OMS citados em Del Ciampo et. al. (1996) descrevem que 45% dos acidentes com a população mundial ocorrem no lar. E Canabarro, Edit e Aerts (2004) também refere que estudos epidemiológicos afirmam que 35% dos traumas ocorrem em domicílio das crianças considerando uma diferença de 10% nos resultados.

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. (1996) 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 frequentes 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.

Em 2011 após 15 anos da publicação citada acima o mesmo autor reafirma que ainda o tema não é suficientemente abordado, e quando tratado não é feito de maneira que possam levar a resultados e ações direcionadas.

Observa-se ainda que esse tema é pouco explorado, insuficientemente conhecido e não muito difundido, merecendo maiores estudos para conhecimento de causas, circunstâncias e perfil dos acidentados, a fim de que sejam mais bem direcionados os investimentos em programas de prevenção, e que os serviços de atendimento dos acidentados estejam bem preparados e atualizados em recursos materiais e humanos. (DEL CIAMPO, 2011, p. 30).

Mesquita Filho e Jorge (2007) referem 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.

Krug et. al. (2002); Holder (2001) apud Gawryszewski et. al. (2005) 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 considerado pelo Ministério da Saúde o principal local onde acontecem os acidentes na infância (Brasil, 2002).

A maioria das ameaças às crianças e a sua saúde acontecem nos locais que deveriam ser seguros para elas, ou seja, nos seus domicílios. (MACEDO, L. R.; LAIGNIER; MACEDO, C. R.). 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 20% da mortalidade infantil.

Dados do Ministério da Saúde (2004) citado 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 frequentes nos prontos-socorros pediátricos brasileiros. E responsáveis, por 2.665.000 óbitos somente no ano de 1980, situando-se entre as cinco principais causas de mortalidade em geral (BADRAN, 1993 apud DEL CIAMPO, 1996).

De acordo com Waisman et. al. (2002) apud Paes e Gaspar (2005) crianças mais novas têm 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 Moraes (2008) 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 neuropsicomotor 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., 1997).

Amaral et al.(2009), Amorim et. al. (2006), Martins e Andrade (2005); Baracat et. al. (2000); ONG Criança Segura (2007); Del Ciampo et. al. (1996); F ilócomo et.

al. (2002); Gawryszewski et. al. (2005); Martins (2006); Paes e Gaspar (2005); Santos et. al. (2007); Santos et. al. (2010) e Unglert et. al. (1987) entre outros citam as quedas como a causa mais frequente de morbidade por acidentes infantis.

Del Ciampo et. al. (2011) observa que a queda tem sido o maior causador de traumatismo crânio cefálico, trazendo diversos agravos com esse diagnóstico.

Filócomo et. al. (2002); Del Ciampo et. al. (1997); Santos et al. (2007) Amorim et al. (2006); 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 a 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. (BRASILSUS, 2001)

As quedas e lesões segundo Martins (2006) são as principais causas de procura nos prontos 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.

Campagnolo et. al. (2009) cita que uma lesão acometida por uma simples brincadeira quando atinge um organismo em fase de crescimento, pode causar consequências graves pelas afecções das cartilagens de crescimento, ou seja, se elas forem atingidas levam a problemas do crescimento do osso da criança.

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) relatam 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.

Quanto às intoxicações Schvartsman (1977) apud Amador et. al. (2000) afirma que as mais comuns têm sido devido aos medicamentos, produtos de uso

domiciliar , tanto no Brasil como em outros países.

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 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 onde mais ocorrem 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.

Paschoal et. al. (2007) refere que as crianças menores de três anos são mais propensas às queimaduras térmicas e às escaldaduras, devido à curiosidade, à impulsividade e por não serem capazes de avaliar os perigos adequadamente.

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.

Paschoal et. al. (2007) afirma que estudos mostram que os meninos se acidentam mais por desenvolverem sua liberdade mais rápido do que as meninas além de serem menos vigiados pelos adultos.

Dado contraditório foi encontrado por Del Ciampo et. al. (1996), 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 às 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.

Uglert; Siqueira e Carvalho (1987) apud Del Ciampo et. al. (1997) cita 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 esportivas, 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. 1996). Já Baracat et. al. (2000) descreve a distribuição uniforme dos acidentes nos dias da semana.

Para Del Ciampo et. al. (1997) a explicação dos acidentes ocorrerem em maior número no período da tarde, por estar relacionada à 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. Esse mesmo autor confirma esse resultado como sendo o período de maior ocorrência dos acidentes em 2011.

Coelho (2006) descreve a pobreza como um dos fatores predisponentes 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 ANOTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM PRONTUÁRIOS COMO FORMA DE DETECTAR A EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES INFANTIS

Todo registro feito pelos profissionais de enfermagem seja ele técnico, auxiliar ou enfermeiro tem o objetivo de proporcionar informações sobre o cuidado prestado ao cliente e também à comunicação interdisciplinar em 24 horas tornando assim as informações e observações contínuas.

Segundo Coren (2009) os registros efetuados no prontuário do paciente tornam-se um documento legal de defesa dos profissionais, devendo estes ser autênticos e ter veracidade, e que vai expressar todo o trabalho da equipe de enfermagem, valorizando suas ações.

A Lei 5869/73 no Art. 368 do Código Processo Civil citada pelo Jus Brasil (2011a) refere que para ele ter valor legal tem que ter a assinatura do “autor” do registro, lembrando que tudo o que for anotado no prontuário será considerado presumidamente verdadeiro e é de extrema importância anotar somente os cuidados realizados pelo próprio profissional, sendo assim jamais registrar informações dos outros.

As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, ou somente assinado, presumem-se verdadeiras em relação ao signatário. Parágrafo único. Quando, todavia, contiver declaração de ciência, relativa a determinado fato, o documento particular prova a declaração, mas não o fato declarado, competindo ao interessado em sua veracidade o ônus de provar o fato. (JUS BRASIL, 2011a).

A lei citada acima já no Art. 386, afirma que os registros não devem conter rasuras, borrão, informações inexistentes, pois poderá ser desconsiderado como documento legal. “O juiz apreciará livremente a fé que deva merecer o documento, quando em ponto substancial e sem ressalva contiver entrelinha, emenda, borrão ou cancelamento”. (JUS BRASIL; 2011a).

Portanto a anotação de enfermagem é o mais importante meio de comunicação na prática de enfermagem. As autoras ainda afirmam que os registros são de extrema relevância, pois é o instrumento de avaliação da qualidade dos serviços prestados ao cliente.

O Coren (2009) afirma que essa documentação é de grande valia às pesquisas e ensino. Portella, Almeida e Silva Júnior (2009) referem em seus estudos

que suas pesquisas foram prejudicadas pela dificuldade de acesso às informações nos prontuários; o autor ainda cita que Nigthingale já em sua época dava destaque à “Nota de Enfermagem” e o quão era essencial anotar o que médicos e enfermeiras observassem, porém esses relatos deveriam ser corretos e escritos de forma precisa.

Borsato et. al. (2011) relata que antigamente os registros de enfermagem se limitavam aos cuidados referentes à solicitação dos médicos, mostrando a evolução quanto ao tema.

Sendo assim fica evidente que os dois autores acima concordam as que dizem respeito às grande ajuda dos registros e do prontuário dos clientes na validação dos serviços prestados tanto pela enfermagem como para os demais profissionais da área.

Segundo Matsuda et al. (2006) o prontuário é um instrumento muito útil que deve ser consultado e procurado não apenas para questões legais e/ou éticos, mas principalmente científicos e para ensino.

Portella, Almeida e Silva Júnior (2009) identificaram a quase inexistência de registro quanto aos cuidados de enfermagem, estes não tinham nenhuma prescrição e anotação do que foi prestado ao cliente, aparecendo somente nas execuções das prescrições médicas, além de vários deles estarem ilegíveis, incompletos, sem data nem horário, foi observado também o uso demasiado de siglas não codificadas, corretivos, linguagem incorreta e assinaturas incompreensíveis.

As pesquisas de Matsuda et. al. (2006) corrobora com os estudos de Portella, quanto aos prontuários não corresponderem às necessidades que se referem às literaturas no que diz respeito à estrutura e conteúdo.

É preciso estar consciente que é através dos registros, que o homem perpetua sua história, a ponto da escrita ser marco divisor entre a pré-história e a história, e que os registros, quando ligados ao exercício de uma profissão, permitem conhecer sua trajetória e o papel que ela representa para um determinado grupo social. (PORTELA, 2009, p. 275).

Matsuda et. al. (2006) considera essencial que a enfermagem amplie os investimentos e estratégias pra minimizar os problemas com relação às anotações e registros de enfermagem.

Borsato et. al. (2011) afirma que a avaliação e estudos dos prontuários podem ser muito benéficos, pois identificam a necessidade de melhoria; esse serviço de

revisar os prontuários de forma detalhada é função da auditoria que visa o aprimoramento dos cuidados prestado.

Embora se tenha evoluído com o passar do tempo os registros de enfermagem não são suficientes para que sejam considerados como documentos autênticos (BORSATO et al. 2011).

De acordo com Portella, Almeida e Silva Júnior (2009) os prontuários estão se tornando cada vez mais questionáveis, pois não oferecem subsídios necessários para a veracidade das informações.

Por esses e outros motivos os prontuários não têm sido ferramenta tão útil quanto deveria ser na descrição da epidemiologia dos acidentes infantis, tornando consequentemente a promoção e prevenção ineficazes.

2.3 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 de 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., 1997).

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 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; OLIVEIRA, 2002).

Em estatística da Sociedade Brasileira de Pediatria (1998) citada por Martins e Andrade (2006) demonstra que 80% dos acidentes que ocorrem em casa são devidos a tanque solto, panelas 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).

Pinto et. al. (2009) refere que a criança é um produto de diversos fatores: da evolução adaptativa, dos genes herdados dos pais, do ambiente físico social e cultural em que vive e das experiências que passam nesse ambiente.

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 às 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 à

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 frequentes. (BOCK et. al., 1995).

Durante o primeiro ano de vida, a fonte dominante de prazer é a boca. 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; 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 (ROSA, 1995; MARCOS, 2008).

Segundo Rosa (1995) o fato da criança estar aprendendo a se virar, engatinhar e pegar objetos nessa fase exige uma maior atenção dos pais ou 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; 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).

Amaral et al. (2009) refere que continua em evidência as quedas e traumas de diversos graus em menores de três anos de idade, por isso se faz importante a prevenção.

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 (ROSA, 1995). Nessa fase o cuidado com as quedas devem ser redobrados, as crianças têm 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 às 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 Acidentes (2002) citado no Boa Saúde (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.

Amaral et al. (2009) refere em seus estudos a maioria dos acidentes graves ocorrem nessa fase de 7 a 11 anos, ele ainda afirma que isso pode ocorrer pois a criança não tem noção de espaço, tempo, e noções de distâncias.

Silva et. al. (2011 p.86) “Nas diferentes fases do seu desenvolvimento, as crianças, dada a sua irrequietude, curiosidade natural e necessidade de explorar o meio, tornam-se seres particularmente vulneráveis a acidentes que interferem com o seu desenvolvimento normal”.

Porém, apesar de existirem os acidentes mais frequentes 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.

2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO PROVEDOR DA PREVENÇÃO DE ACIDENTES INFANTIS DOMICILIARES.

Segundo Planalto (2011b) 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 quanto das pessoas, ao promover a prevenção através da orientação, educação em saúde e o oferecimento de fatores determinantes e condicionantes à 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.

Paschoal et. al. (2009) afirma que por meio da educação em saúde é possível reformular conhecimentos e isso, conseqüentemente, facilitar a adesão de comportamentos mais seguros, que são indispensáveis para a redução dos acidentes infantis.

Conforme Brasil (2002, p.8) o Ministério da Saúde entende acidente como “um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer”.

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

Segundo Prevenção (C2011) no blog Educação Infantil 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 et al. 2000).

Paschoal et. al. (2010) desenvolveu uma pesquisa onde os autores elaboram estratégias educativas sobre prevenção de acidentes infantis para o ensino fundamental; o autor ainda refere da importância de se abordar sobre o tema nas escolas de maneira eficaz para poder preveni-los em seus domicílios. Os pesquisadores utilizaram materiais (panfletos) disponibilizados pelo governo, fantoches, tendo como resultado uma boa aceitação da parte das crianças e professores.

Em Brasil (2002) 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.

2.5 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: O DIREITO DA SEGURANÇA GARANTIDO.

No Brasil, o “Estatuto da Criança e do Adolescente” foi aprovado pelo Congresso Nacional em 30 de junho de 1989 e, transformado na lei nº 8069 em 16 de julho de 1990. (BRASIL, 2008).

De acordo com Brasil (2008) 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, têm 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 à primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias existentes, à preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas, bem como à destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Afirmando 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 (BRASIL, 2008). 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.

Podemos considerar então, os acidentes infantis domiciliares uma forma de negligência, que de acordo com dicionário do Aurélio (2008) tem por significado: falta de cuidado, de aplicação, de exatidão; descuido, incúria,

displicência, desatenção.

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 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. (BRASIL, 2008)

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. (BRASIL, 2008)

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, de acordo o ECA referente Brasil (2008) garante à 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 DISCUSSÃO E RESULTADOS

O total de acidentes (exceto os automobilísticos e os que ocorreram nas escolas) documentados no Pronto Socorro Municipal Infantil de Bauru no período de 16 de abril a 31 de dezembro no ano de 2010 foi de 2.950 acidentes e desses 921 foram devidamente identificados como acidentes domiciliares.

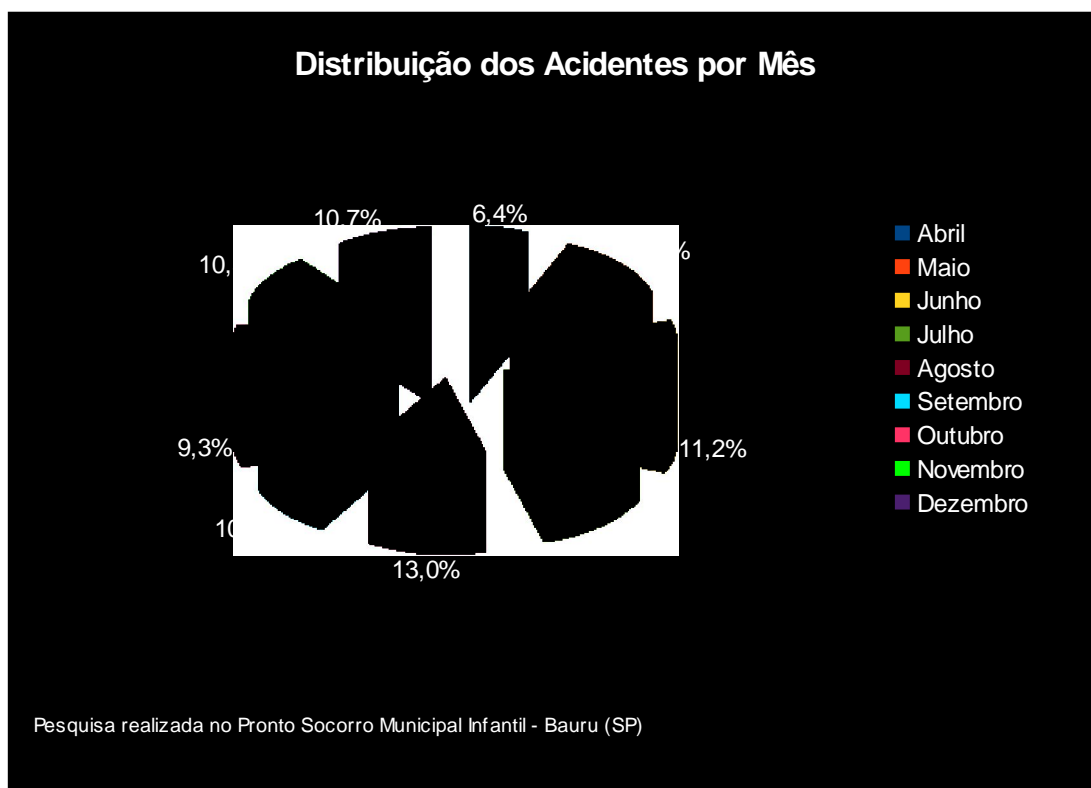


Figura 1- Acidentes domiciliares infantis segundo o mês de ocorrência.
Fonte : Elaborado pela autora.

O mês em que houve maior incidência de acidentes identificados como domiciliar foi em Maio e Julho com 14%, seguido do mês de Agosto com 13% e Junho com 11,2%.

No mês de Abril analisamos apenas do dia 16 ao 30, pois houve dificuldade com a disponibilização dos prontuários dos meses anteriores.

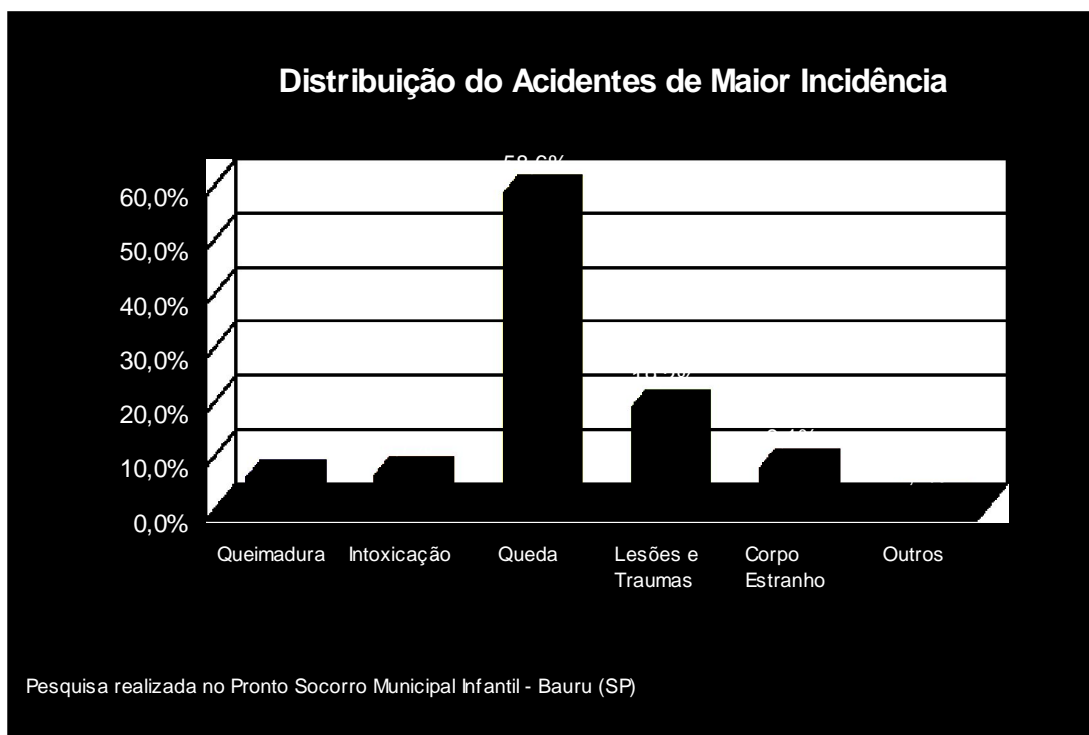


Figura 2- Acidentes domiciliares infantis de maior incidência
 Fonte : Elaborado pela autora.

Quanto aos acidentes domiciliares de maior incidência podemos observar que 58,6% são por queda, seguidos pelas lesões com 19,2% e corpo estranho com 8,1%.

Segundo Pereira et. al. (2010) ressalta que a ocorrência de quedas em crianças é considerada, no contexto mundial, como uma das injúrias não intencionais com elevada incidência que corrobora com a pesquisa em questão.

O autor citado acima ainda afirma que as quedas, frequentemente ocasionam graves traumas, podendo ocasionar possíveis sequelas. Ou seja, embora a queda tenha sido o acidente que mais se destaca, a maioria delas têm como consequência os traumas e/ou lesões, que de acordo com Canabarro, Edit e Aerts (2004) continuam sendo uma grande ameaça para a saúde coletiva, fazendo enfermeiros e pediatras questionarem o porquê desse grande número.

De acordo com Rosa et. al. (2009) os acidentes que ocorrem por

aspiração, e introdução de corpo estranho em alguma parte do organismo, podem levar a consequências extremamente graves principalmente quando estão ligadas a aspiração, que conforme Weissberg & Schwartz, (1987); Cassol, et al., (2003) e Fraga et al., (2008) apud Rosa et. al. (2009), os acidentes por aspiração de corpo estranho são responsáveis por 5% dos óbitos infantis em menores de quatro anos.

Tipo de acidente	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Queimadura	29	7,0%	28	5,5%
Intoxicação	35	8,4%	26	5,2%
Queda	244	58,5%	296	58,8%
Lesões	66	15,8%	111	22,0%
Corpo Estranho	37	8,9%	38	7,5%
Outros	6	1,4%	5	1,0%
TOTAL	417	100,0%	504	100,0%

Fonte: Pesquisa realizada no Pronto Socorro Municipal Infantil – Bauru (SP)

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 1 observamos que os meninos se destacam nos tipo queda (58.8%), lesões (22,0%) e corpo estranho (7,5%) embora a diferença não seja significativa nesta. Já as meninas se sobressaem quanto as intoxicações (8,4%), queimaduras (7,0%) ainda que esses dados não sejam de diferença relevante em outro acidentes domiciliares (1,4%).

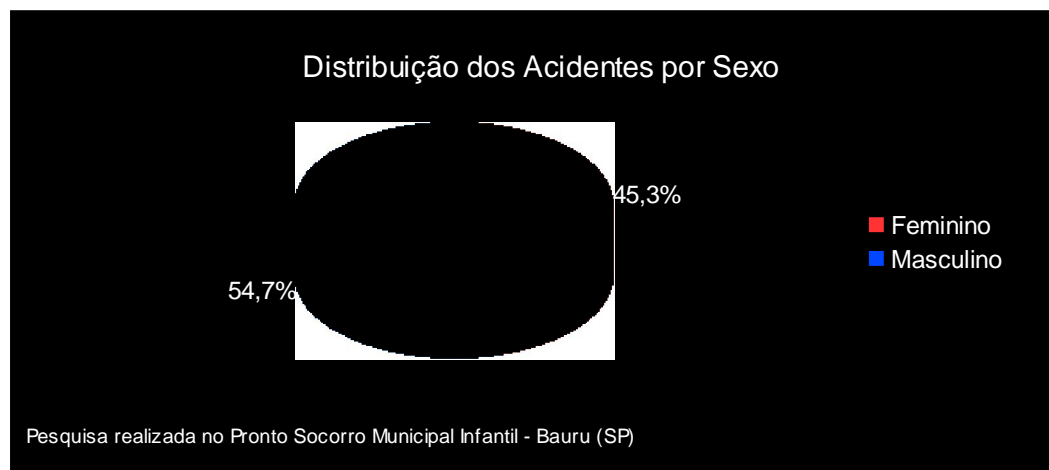


Figura 3- Atendimento dos acidentes domiciliares infantil segundo o sexo
Fonte : Elaborado pela autora.

Já no gráfico reparamos de maneira geral que houve predomínio do sexo masculino com 54,7% em relação ao sexo feminino com 45,3%.

Esses resultados corroboram com os achados de Del Ciampo et al. (2011) onde houve destaque entre crianças do sexo masculino, o autor refere que esses achados têm sido repetido; em vários estudos, podendo ser explicado pelo jeito e vivência mais dinâmica dos meninos e também por serem menos supervisionados por seus responsáveis, dessa forma eles ficam mais expostos aos riscos para sofrerem acidentes. Quanto às meninas mesmo tendo elas menor coordenação motora, suas atividades são mais calmas.

Amorim et al. (2006) tiveram os achados que também corroboram com esta pesquisa, onde os resultados se apresentam bem parecidos até em sua porcentagem revelando que os meninos estão mais propícios aos acidentes domiciliares.

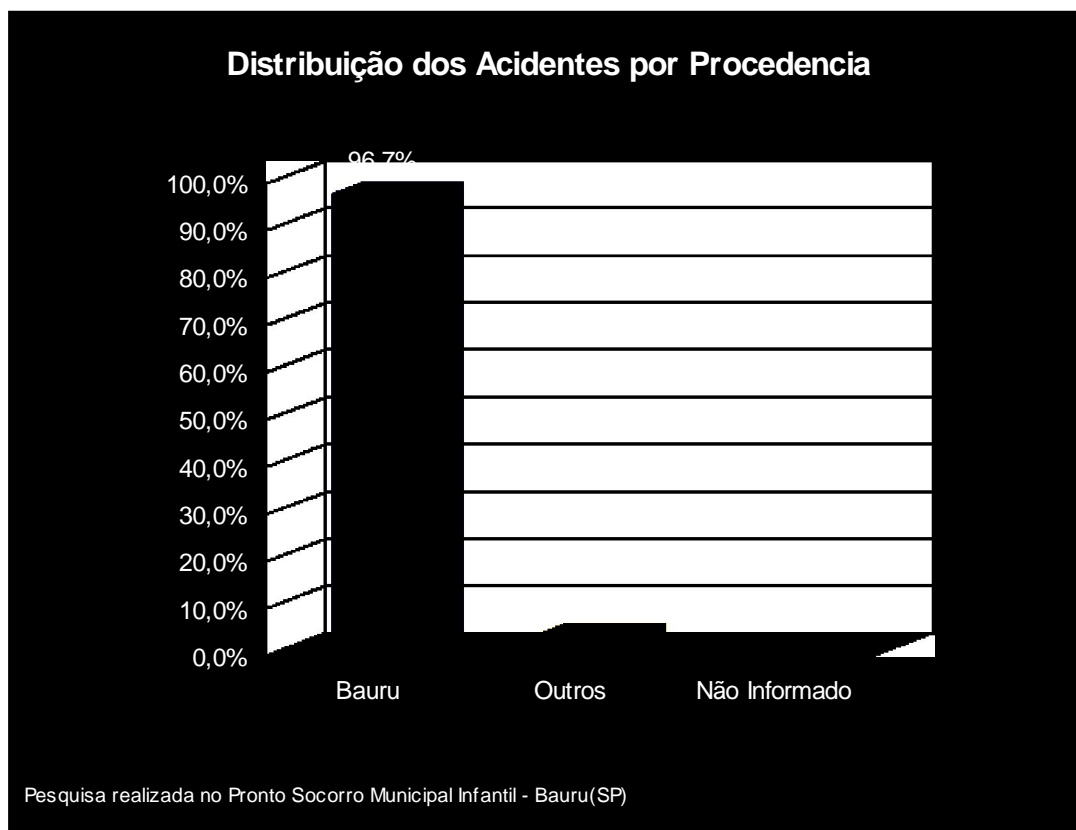


Figura 4- Procedência dos acidentes infantis domiciliares atendidos no PSMI
Fonte : Elaborado pela autora.

Guimarães (2003), em seus achados feito em Fortaleza revela que a maioria dos atendimentos por acidentes foram da própria capital. Ao pesquisarmos,

verificamos que 96,7% dos atendimentos prestados no Pronto Socorro Municipal Infantil na cidade de Bauru, houve também o registro de outras cidades em uma proporção muito pequena com 3,5% e apenas 0,1% não informado.

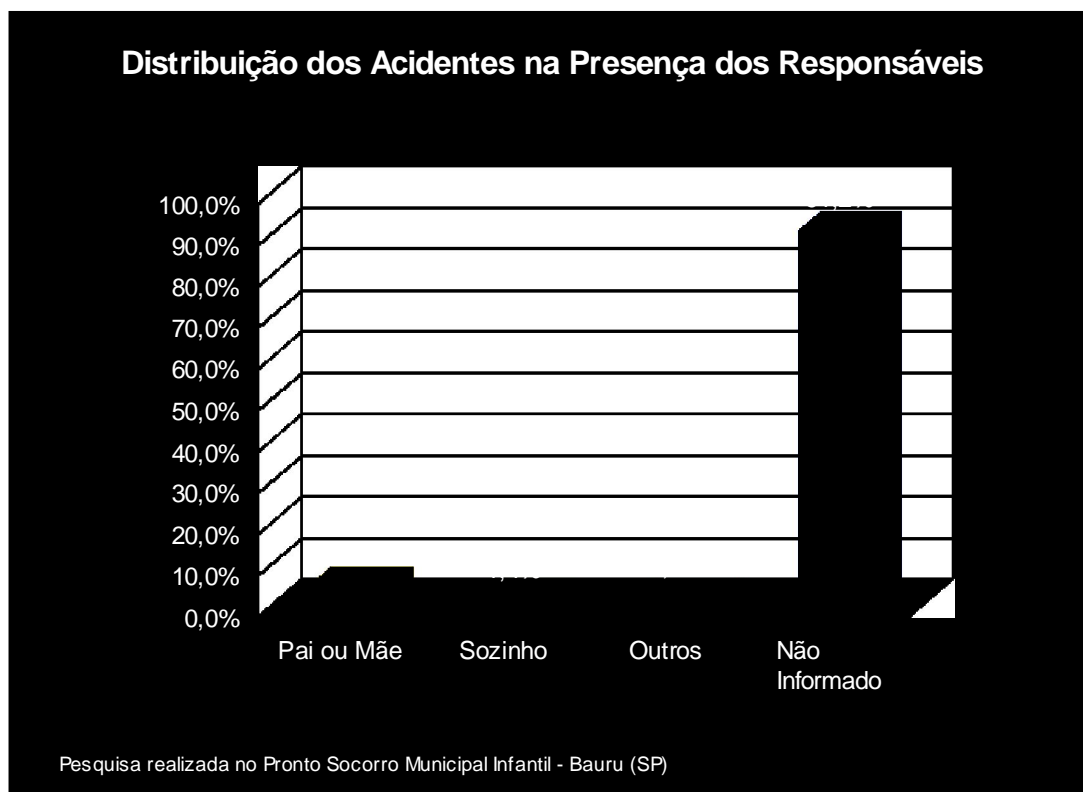


Figura 5- Quem estava presente na hora em que ocorreu acidente domiciliar
Fonte : Elaborado pela autora.

Quanto à presença dos pais na hora dos acidentes, o que observamos é a falta de informação necessária nos prontuários que prevaleceram com 91,2%, e em segundo lugar com 5,3% os acidentes ocorreram na presença do pai ou da mãe.

Portella, Almeida e Silva Júnior (2009) assim como nesta pesquisa, também revela em seus achados os problemas e as dificuldades encontradas durante o desenvolvimento do estudo de caso por conta dos registros feitos de forma inadequada e que esse fator serviu como motivação para se abordar o tema de forma mais detalhada.

A mãe foi considerada como responsável pela criança em 70% dos casos, há porém uma variação considerável quanto aos responsáveis presentes no momento

do acidente, isso comprova que é necessário elaborar estratégias que informem os cuidadores de crianças e não somente os pais. (CANABARRO; EDIT; AERTS, 2004).

Canabarro, Edit, Aerts (2004) ainda cita alguns lugares que não servem para a permanência de crianças sem a supervisão de um responsável; os mais perigosos são a cozinha, o banheiro, as áreas de serviço, as escadas e os jardins.

A discussão de Amorim et al. (2006) corrobora com o resultado desta pesquisa quando refere que grande parte dos acidentes correm pela falta de atenção dos pais ou por estes fazerem pouco caso dos riscos cotidianos; os autores ainda afirmam que é preciso apenas segundos de distração para que os acidentes aconteçam.

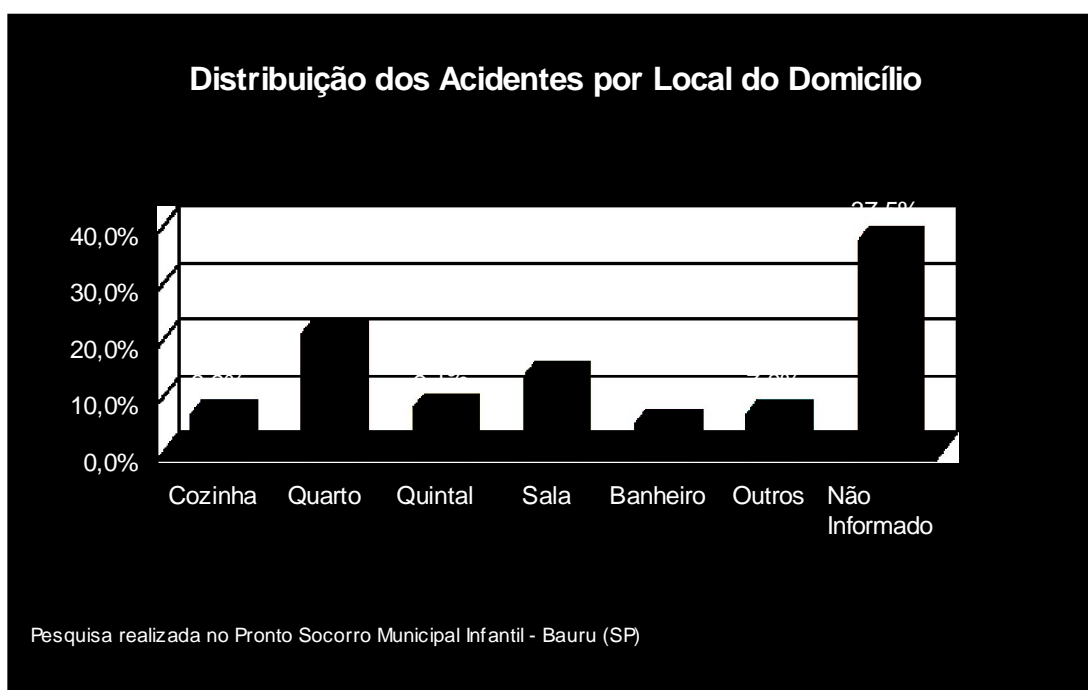


Figura 6- Local do domicílio em que ocorreu o acidente
Fonte : Elaborado pela autora.

Os dados revelam que 37,5% não revelam em que local do domicílio ocorreu o acidente, 21,3% aconteceram no quarto e 13,8% na sala. Os que identificamos como “outros acidentes” são a garagem e área de serviço que apareceram com mais frequência.

Canabarro, Edit e Aerts (2004) expõem que na cozinha, ocorreram mais queimaduras e as mães e outros cuidadores concordam que esse local não é adequado para circulação livre de uma criança. Segundo ele o pátio e o quarto de dormir são os locais mais quedas e elas estão ligadas a essas crianças por estarem brincando, descobrindo coisas novas.

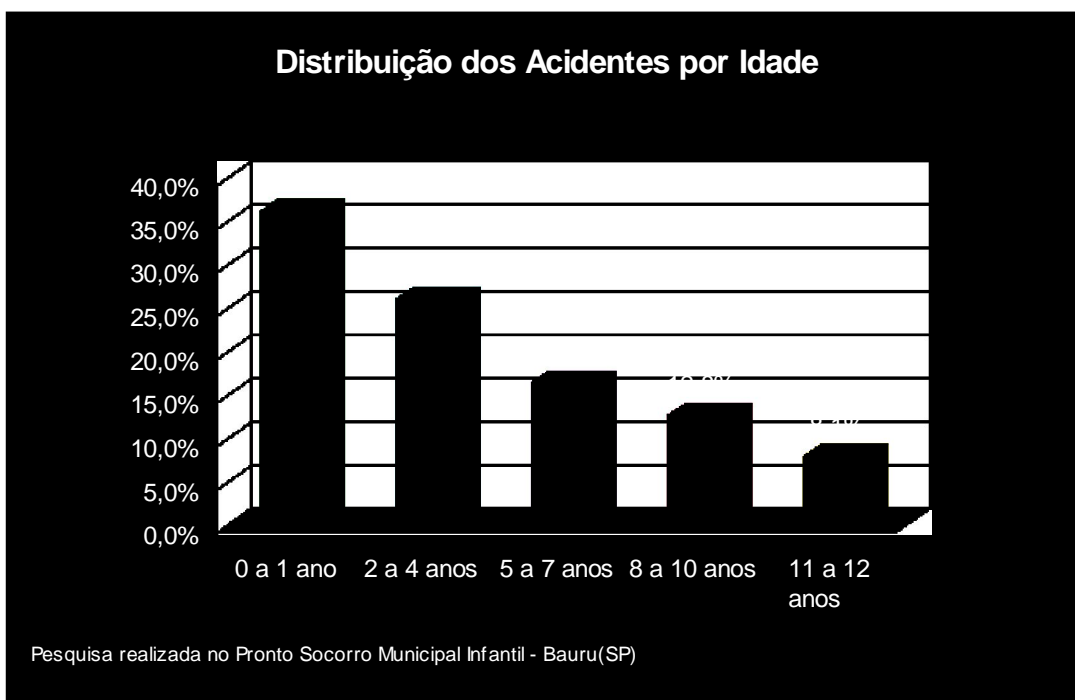


Figura 7- Acidente domiciliar segundo idade
Fonte : Elaborado pela autora.

Analizamos de forma geral que 36,3% dos acidentes ocorrem na faixa etária de 0 a 1 ano de vida, seguido por 26,2% de 2 a 4 anos e 16,6% de 5 a 7 anos.

Tabela 2 – Distribuição do tipo de acidentes segundo faixa etária e sexo

Idade	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
0 – 1 ano	156	37,4%	177	35,1%
2 – 4 anos	123	29,5%	122	24,2%
5 -7 anos	59	14,1%	89	17,7%
8 – 10 anos	44	10,5%	76	15,0%
11 – 12 anos	35	8,5%	40	8,0%
TOTAL	417	100,0%	504	100,0%

Fonte: Pesquisa realizada no Pronto Socorro Municipal Infantil – Bauru (SP)

Fonte : Elaborado pela autora.

Já na Tabela 2, observamos mais detalhadamente que o resultado contradiz com os achados de Del Ciampo et. al (2011) que revelam a incidência com crianças de 2 a 7 anos em meninos e para as meninas menores de 2 anos de idade.

Malta (2009) também discorda, referindo que a maioria dos acidentes ocorrem na faixa etária de 2 a 5 anos em seus estudos. Por fim Amorin et al. (2006) comenta em seus achados que a faixa etária mais atingida foi de 5 a 11 anos.

Já nesta pesquisa podemos afirmar que ambos os sexos teve sua maior relevância em crianças de 0 a 1 ano de idade, os meninos com 35,1% sendo referente a 177 acidentes e as meninas com 37,4% referindo a 156 acidentes.

Porém de acordo com Canabarro, Edit, Aerts (2004) e Guimarães et. al. (2003) o que evidencia em sua investigação é que a idade de 0 a 2 anos, esses achados são os que mais se aproximam com os resultados da nossa pesquisa.

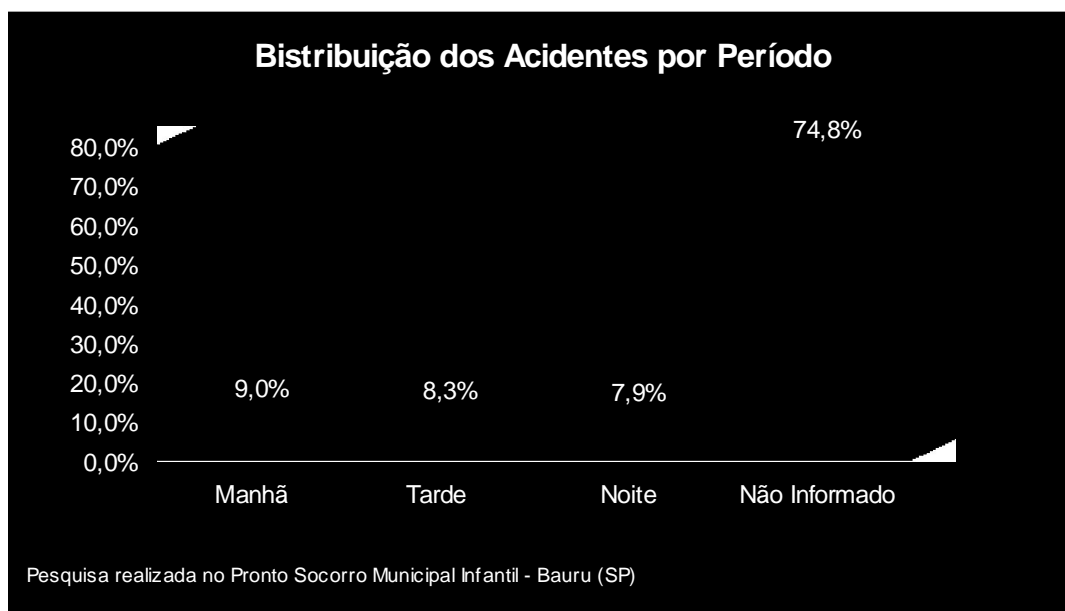


Figura 8 - Período de ocorrência dos acidentes domiciliares

Fonte : Elaborado pela autora.

Quanto ao período de ocorrência dos acidentes dividimos em Manhã, Tarde e Noite, pois foi dessa maneira que os profissionais mais identificaram nos prontuários em que utilizamos para a pesquisa.

Podemos observar que mais uma vez o que se destaca é a falta de informação nos registros com 74,8%, pelos períodos manhã com 9%, tarde com 8,3% e noite com 7,9%.

Conforme Malta et. al. (2009) maioria dos acidentes ocorreu no período diurno em seus estudos, o período de maior ocorrência dos acidentes foi observado por volta das 10h e 17h. Mas consoante Canabarro, Edit, Aerts (2004) a maior concentração de acidentes foi entre às 17 e às 18 horas. O autor ainda explica que isso acontece porque geralmente é o horário em que os pais não estão em casa, ou estão voltando do trabalho para o lar.

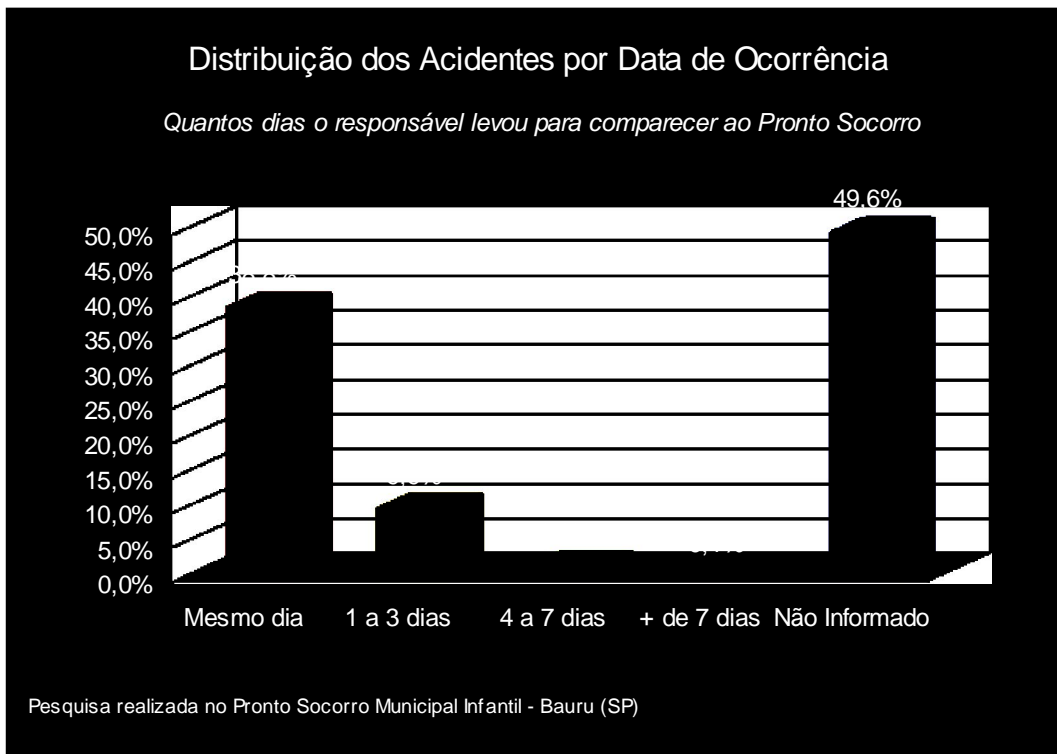


Figura 9 – Tempo que levou entre o acidente e a procura pelo Pronto Socorro
Fonte : Elaborado pela autora.

Analisamos que 49,6% não foram informados 38,8% levaram a criança no mesmo dia, essas ocorrências ao pesquisarmos estavam relacionadas à queimaduras de 2º e 3º graus, quedas que ocasionaram traumas graves e em menores de um ano de idade. Mesmo assim ainda foi encontrada a demora de um a três dias com 9,9%, infelizmente foi observado a negligência por parte de alguns responsáveis na demora em levar a criança ao Pronto Socorro, mesmo o acidente sendo considerado “sério e/ou grave”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas na presente pesquisa deixa evidente que Maio e Julho foram os meses em que ocorreu o maior número de acidentes somando 14%. As quedas se mostraram o tipo mais incidente com 58,6%, na realidade praticamente todos os autores citados no presente estudo concordam com tais achados, e isso deixa mais claro a importância de se desenvolver estratégias eficazes para prevenção de quedas, pois são elas responsáveis pelos agravos mais sérios à saúde da criança causando traumas e lesões, merecendo atenção e esforços no sentido de melhorar as condições pessoais e ambientais para evitar que novos acidentes ocorram.

Os meninos acarretam 54,7% das injúrias enquanto as meninas 45,3% nos mostrando que não há uma diferença significativa em relação aos sexos mas é compreensível que o sexo masculino, por eles terem mais energia e são naturalmente mais curiosos, acabam ficando mais expostos aos riscos. Bauru teve 96,7% das ocorrências registradas em relação às cidades da região que foram atendidas no PSMIB, mostrando que o desenvolvimento de ações preventivas devem ser direcionadas ao município.

A faixa etária mais acometida foi entre zero e 4 anos de idade com 36,3%, prevalecendo às quedas da cama ou beliche, sofá e carrinho de bebê em ambos os sexos. Essas informações permitem a elaboração de estratégias de educação em saúde mais adequadas voltadas às ocorrências atendidas e dessa forma colaborar com os pais ou responsáveis na prevenção de tais acidentes orientando atitudes que venham excluir essas ocorrências em casa.

Quanto á distribuição dos acidentes por período (manhã, tarde, noite), presença dos responsáveis na hora da ocorrência, local em que ocorreu mais injúrias, e o tempo transcorrido entre o acidente e a procura pelos serviços médicos, foram os mais prejudicados na pesquisa por seus registros não informarem tais dados, trazendo à tona mais um ponto relevante da pesquisa que é a falta de um formulário para os acidentes que leva à anotações inadequadas ou falhas no preenchimento dos prontuários. Essas falhas dificultam a sequência do cuidado e da assistência prestada à criança como também compromete a sua qualidade. A falta dos dados interfere no ensino, na pesquisa, na comprovação das condutas

adotadas além de não colaborarem com a vigilância epidemiológica, conseqüentemente barrando a maneira mais eficaz de se “tratar” um acidente, tornando difícil ou impossível o conhecimento, a natureza e os fatores de risco que, relacionados aos acidentes, são de fundamental importância para as políticas de prevenção. Portanto a necessidade de melhorar as informações contidas nos prontuários ficou clara a partir dessa pesquisa. Para que os profissionais coloquem as anotações necessárias é fundamental e urgente a elaboração de um protocolo de atendimento e de coleta de dados que forneça as informações necessárias ao atendimento como também o que foi feito a partir dessa coleta em relação à assistência prestada e aos encaminhamentos ou internações.

Em relação à educação em saúde cabe também ao enfermeiro colaborar para diminuir os agravos à saúde através de estratégias que fortaleçam a autonomia dos pais e responsáveis quanto ao reconhecimento de situações de risco e o desenvolvimento de atitudes que tragam segurança aos seus filhos. Contudo essa atividade não deve ser realizada de forma isolada, atitudes conjuntas de profissionais da saúde, dos setores públicos e da sociedade civil que potencializam as ações preventivas e a conquista de resultados melhores. Incorporar essas informações nas consultas de pediatria, nas unidades básicas de saúde (UBS), nas atualizações das cadernetas de vacinação são estratégias que fortalecem os objetivos de diminuir a exposição das crianças aos riscos de queda.

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 as informações obtidas neste trabalho venham auxiliar e subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção de causas externas em crianças menores de 12 anos que são atendidas no PSMIB. E incentivar novas pesquisas que poderão explorar os atendimentos a crianças vítimas de acidentes domiciliares de modo mais amplo, incrementando a compreensão do objeto do estudo em questão.

REFERÊNCIAS

ACIDENTES Domésticos Matam um Bebê Por Dia em São Paulo. **Boa saúde**, 2002. Disponível em:

<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3964&ReturnCatID=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. Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/refased/article/viewFile/5059/3826>.

Acesso em :

AMADOR, J. C. et. al. Perfil das intoxicações agudas exógenas infantis na cidade de Maringá (PR) e região, sugestões de como se pode enfrentar o problema.

Artigos Originais Pediatria, São Paulo, v. 4, n. 22, p. 296 – 301, 2000. Disponível em: <http://pediatriaSaoPaulo.usp.br/upload/pdf/487.pdf> . Acesso em: 20 out. 2011.

MALTA, D. C. et. al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p.1669-1679, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/08.pdf> . Acesso em: 21 out. 2011.

AMARAL, E. M. S. et. al. Incidência de acidentes com crianças em um pronto socorro infantil. **Revista Internacional de Ciência e Saúde**, São Paulo, 2009; v.27, n.4, p. 313 – 7. Disponível em:

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/04_out_dez/V27_n4_2009_p313-317.pdf . Acesso em: 20 out. 2011.

AMARAL, J. J. F.; PAIXÃO, A. C. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. **Revista Pediátrica do Ceará**, Sergipe, v.8, n.2, p. 66-72, jul.-dez.

2007. Disponível em: <http://www.geocities.ws/abs5famed/texto10.pdf>. Acesso em: 23 out. 2011.

AMARAL; L. R. O. G. Em busca dos significados dos acidentes infantis: um encontro com a casualidade, a negligência, a violência e a depressão. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 2, n.1, 2003. Disponível em:

<http://www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/15/29> .

Acesso em: 20 out. 2011

AMORIM, M. G. R. et. al. Incidência e principais causas de acidentes domésticos em crianças na fase toddler e pré escolar. **Revista Coopex Fip Científica**, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://coopex.fiponline.com.br/images/arquivos/documentos/7.pdf> . Acesso em 23. out. 2011.

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. Disponível em: <http://www.criancasegura.com.br/downloads/pesquisa/Artigo%2012.pdf> . Acesso em 23. out. 2011.

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 Pública** , São Paulo, v.35, n.2 p.142-9, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4398.pdf>. Acesso em 23. out. 2011.

PREVENÇÃO a acidentes domésticos com crianças. **Blog Educação infantil – fazemos porque amamos**, c2011. Disponível em: <http://educacaoinfantil-fazemosporqueamamos.blogspot.com/2011/03/prevencao-acidentes-domesticos-com.html>. Acesso em: 8 nov. 2011.

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

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖ, T. **Epidemiologia Básica**. 2.ed. São Paulo: Santos. 2010, 213p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9788572888394_por.pdf . Acesso em: 23 out. 2011.

BORSATO, F. G. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, Cambé (PR), v. 24, n. 4, 2011. p. 527-533. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a13v24n4.pdf> . Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. Código de Processo Civil. Lei nº 5.869 de um de janeiro de 1973. **Jus Brasil Legislação**, c2011a. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/91735/codigo-processo-civil-lei-5869-73>. Acesso em: 7 nov. 2011.

_____. Constituição Federal de 1988. **Planalto**. c2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 8 nov. 2011.

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. (SEDEC). **Redução das vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância** 2. ed. Brasília, 2002, 72 p.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf. Acesso em: 20 Out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas - por local de internação**. São Paulo. 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/eiuf.def>. Acesso em 08 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf. Acesso em: 19 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília – DF, 2005. 806 p. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/guia/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf. Acesso em: 20 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2002.. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2011.

_____. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. **Brasilsus**, 2001. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8053-737.html> . Acesso em: 7 nov. 2011.

_____. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. **Seade**. São Paulo, [200_?]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>. Acesso em: 19 out. 2011.

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. **SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, c2010. Disponível em : http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=17&id_detalhe=265&tipo_detalhe=s . Acesso em 08 ago. 2011.

CAMPAGNOLO; J.M. Noções de Traumatologia Infantil em Medicina Geral e Familiar. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, 2009; v. 25, n. 4, p. 481 – 486. Disponível em: http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=867. Acesso em: 21 out. 2011.

CANABARRO, S. T. et. al. Traumas infantis ocorridos em domicílio. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, ago. 2004, p. 257- 265. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4512/2449> . Acesso em: 21 out. 2011.

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

CHAGAS; P. S. C. et. al. Crenças sobre o uso do andador infantil. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 15, n. 4, p. 303-9, 2011. Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n4/pt_AOP016_11INSci784.pdf. Acesso em 23. out. 2011.

CRIANÇA SEGURA. **Relatório Institucional**. São Paulo. 2007. 45 p. Disponível em: <http://www.criancasegura.com.br/downloads/RelatorioCS2007.pdf> . Acesso em: 20 out. 2011.

_____. **Relatório Institucional**. São Paulo. 2010. 28 p. Disponível em: http://api.ning.com/files/HdM1SY9VSEZx5Gn08LgsPZGCnQttq5hai1b23G8d9Cjj8Ps-y-PS1K-cqdOSnJIZQxSioJzlpjCjD7OakaDWLi9Hwn*d1ozfL/relaorio2010.pdf . Acesso em: Acesso em 23. out. 2011.

COELHO, S. Acidentes Na Infância. **3ª Polícia do Corpo de Bombeiros**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.3apoliclinica.cbmerj.rj.gov.br/modules.php?name=News&file=article&sid=279>. Acesso em 2 fev . 2008.

COREN SP. **Anotações de Enfermagem**. São Paulo, 2009. 24 p. Disponível em: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/anotacoes_enfermagem.pdf . Acesso em: 21. out. 2011.

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. 1996. Disponível em: <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/255.pdf>. Acesso em 23. out. 2011.

_____.; _____.; _____. Acidentes: sabemos preveni-los? **Revista de Pediatria**, v.19, n.4, p.263-266,out.-dez. 1997. Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/285.pdf> . Acesso em 23. out. 2011.

_____.; _____. Acidentes na infância. **Revista de Pediatria**, São Paulo, v.18, n.4 p.193-197, jul- dez. 1996. Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/245.pdf> . Acesso em: 20 mar. 2008.

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, 2011, p. 29-34 . Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1374.pdf> . Acesso em 23. out. 2011.

FERREIRA, A.; et. al. **Acidentes infantis domésticos por produtos domissanitários registrados em centro de assistência toxicológica da região sul**. Paraná, 1998, p. 2-15,. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v3n1/doc/acidentes.htm> . Acesso em 20. out. 2011.

FERRÃO, A. Negligência Infantil. Médico Assistente. [200_?]. Disponível em: <http://www.medicoassistente.com/varios/negligencia-infantil>. Acesso em: 05 abr. 2011

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7770.pdf>. Acesso em 23. out. 2011.

GARCIA, D. S. Crianças atendidas em pronto-atendimento e pronto-socorro por causas externas: subsídios para melhoria da assistência. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília (DF), v. 2, n. 2, 2011, p.128-132. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/111/93> . Acesso em 19. out. 2011.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, maio 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/19.pdf> .

GIMENES, G. A. et.al. Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Sorocaba, v. 8, n.1, p.14-17, 2009. Disponível em: <http://www.sbqueimaduras.org.br/revista/junho-2009/05-estudo.pdf>. Acesso em 23. out. 2011.

GIMENIZ - PASCHOAL, S. R. G. et. al. Efeito de ação educativa sobre o conhecimento de familiares a respeito de queimaduras infantis em ambiente doméstico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, p. 341-346, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_10.pdf . Acesso em 23. out. 2011.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Estratégia educativa sobre prevenção de acidentes infantis para o ensino fundamental. **Revista LEVS**, Marília, n. 6, ed. 6, p. 217-226, 2010. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/viewFile/1138/1026> . Acesso em 23. out. 2011.

GRISANTI, R. S.; et. al. A criança acidentada atendida no hospital um estudo psicanalítico do imaginário infantil. **Psicologia online**, Ribeirão Pires, SP, v.4, n.2, p. 44-55, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v4n2/v4n2a07.pdf> . Acesso em 30 ago. 2008

GONÇALVES, M. E. P.; CARDOSO, S. R.; RODRIGUES, A. J. Corpo estranho em via aérea. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 54-58, 2011. Disponível em: http://www.sopterj.com.br/revista/2011_20_2/10.pdf . Acesso em 20. out. 2011.

GUIMARÃES, S. B. Acidentes domésticos em crianças - uma análise epidemiológica. **Revista de Pediatria do Ceará**, Fortaleza, v.4, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/4.2%20Art%20Orig%2002.pdf> . Acesso em 23. out. 2011.

HATCHWELL R.V. Desenvolvimento da personalidade. **Brasil Escola**, c2002 – 2010. Disponível em: <http://meuartigo.brasilecola.com/psicologia/desenvolvimento-personalidade>. Acesso em : 02 mar. 2008.

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

HYDER, A. A. et al. Vigilância Mundial da infância de vigilância de lesões não intencionais em quatro cidades de países em desenvolvimento: um estudo piloto. *Bull World Health Organ*, Genébra, v..87, n.5, p. 345-352, 2009. Disponível em: http://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.scielosp.org%2Fscielo.php%3Fpid%3DS0042-96862009000500011%26script%3Dsci_arttext%26tlnq%3Des%23.TqTeEpCvi5k.googletranslate . Acesso em 23. out. 2011.

INTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Apresenta dados estatísticos. Brasília, [200_?]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> . Acesso em: 03 out. 2011.

JORGE, M. H. P. M; **Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n.3, p. 217-223,1990. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v24n3/08.pdf>. Acesso em 05 jun. 2011.

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. **Revista de Saúde Publica**, São Paulo, v.31, v.4, p.26-37,1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4s0/3135.pdf> . Acesso em 19. out. 2011.

LIMA, R. P. et. al. Acidentes na infância: local de ocorrência e Condutas dos familiares no âmbito domiciliar. **Revista eletrônica cuatrimestral de Enfermería**, Murcia, n. 15, 2009. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50051/47961>. Acesso em 23. out. 2011.

MACEDO, J. L. S. et. al. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35, n.1, p. 9-13, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n1/v35n1a04.pdf> . Acesso em 23. out. 2011.

MACEDO, L. R.; LAIGNIER, M. R.; MACEDO, C. R. Queimadura infantil: motivo de alteração do comportamento familiar? **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 12, n.1, p. 40-46, 2010;. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/283/196> . Acesso em 23. out. 2011.

MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 200. **Ciência e Saúde Coletiva**, Botucatu, v. 14, n.5, p.1669 – 1679, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n5/08.pdf> . Acesso em: 19 out. 2011.

SEU blog no divã. Freud explica. Webcétera, 2007. 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 do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.8, n.2, p. 194-204, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n2/12.pdf> . Acesso em 15 mar. 2011.

MARTINS, C. B. G., ANDRADE, S. M. Acidentes na infância: ma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.3, p. 344-348, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a17v59n3.pdf> . Acesso em 20. out. 2011.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, Londrina, v.20, n.4, p. 464 – 469, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/12.pdf> . Acesso em 20. out. 2011.

MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; ÉVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 08, n. 03, p. 415 – 421, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm. Acesso em 20. out. 2011.

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, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v10n4/15.pdf> . Acesso em 23. out. 2011.

MORAES,L. **Palavra do médico á família**. [200-?]. 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.

NEGLIGÊNCIA In: **AURÉLIO**. Dicionário do Aurélio online. 2008. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Negligencia>. Acesso em: 7 nov. 2011

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

NOGUEIRA, F. M. et. al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre a intoxicação doméstica infantil. **Revista de APS**, Juiz de Fora (PR), v. 12, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/167/186> . Acesso em 20. out. 2011.

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. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n5s0/v81n5Sa04.pdf> . Acesso em 20. out. 2011.

PASCHOAL, S. R. G. et. al. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. **Revista Paulista de Pediatria**, Marília, v.25, n.4, p.331-336, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n4/v25n4a06.pdf> . Acesso em 20. out. 2011.

PEARSON, J.; PEDRA, D. H. Padrão de mortalidade por lesões faixa etária, em crianças de 0-14 anos na Escócia, 2002-2006, e suas implicações para a prevenção. [tradução: Google translate]. **BMC Pediatrics**, Escócia, v.9, n.26, 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/26>. Acesso em 20. out. 2011.

PEREIRA, et al. Determinação de fatores de risco para quedas a partir do modelo calgary de avaliação familiar. **Revista Brasileira em Promoção e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 101 – 108, 2010. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40816970002>. Acesso em: 20 out. 2011

PINTO, M. Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 25, p.677-87, 2009. Disponível em: http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=905. Acesso em 20. out. 2011.

PORTELLA, C. F.; ALMEIDA, B. A. G.; SILVA JÚNIOR, O. C. Os registros na assistência e na pesquisa com o cliente internado: um estudo de caso. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 273-278, 2009. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3661163>. Acesso em 20. out. 2011.

REGIANI, C.; CORREA, I. Acidentes na infância em ambiente domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**. 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. Acesso em: 20. out. 2011.

SOBRAL, L. Acidente doméstico é a quinta causa de internação pediátrica. **Revista Época**. Rio de Janeiro, n. 228, 2002. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG52276-6014,00.html>. Acesso em 7 nov. 2011.

ROCHA, S. Teoria da Sexualidade Segundo S. Freud. **Revista arte e cultura**. Editora Baspera, Uberlândia (MG), c2011. Disponível em: http://www.artesdecura.com.br/REVISTA/Psicoterapia/teoria_sexualidade.htm Acesso em 08 nov. 2011.

ROSA, M. **Introdução à psicologia**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1995, p. 112 - 124.

ROSA, T. G. et. al. Incidência de Aspiração de Corpo Estranho por Crianças Atendidas na Emergência do Hospital Infantil Ismelia da Silveira. **Acta Scientiae Medica**. Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p. 76-84, 2009. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.actascientiaemeditica.com/Artigos/PDF/2-2009/Ciencias_Clinicas_Rosa_et_al.pdf . Acesso em 20. out. 2011.

REGIANI, C.; CORREA, I. Acidentes na infância em ambiente domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.10, n.3, p.277-279, 2006, Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000300012&lng=es&nrm=iso. ISSN 1415-2762. Acesso em 20. out. 2011.

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

_____. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1994.

SANTOS, E. G et. al. Principais lesões de membro superior por causas externas em crianças menores de 15 anos no Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v.15, n1, 2007. Disponível em: <http://cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/153/109> . Acesso em: 19 out. 2001

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

SANTOS, Z. et al. Injúrias não Intencionais na Infância: Estudo Piloto. **Pesquisa Brasileira de Odontopedia Clínica Integral**. João Pessoa, v.10, n.2, p.157-161, 2010.. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/937/442>. Acesso em: SCHVARTSMAN, S. Acidentes na infância . In: CARVALHO O. **Manual de Pediatria**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; p.140-141, 1977.

SILVA, M. A. I. et. al. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. **Revista Gaúcha Enfermagem**., Porto Alegre (RS), v.31, n.2, p.351-8, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/21.pdf> . Acesso em 20. out. 2011.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v.32, n.2, p.309-15, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a14v32n2.pdf>. Acesso em 20. out. 2011.

SOUZA, A. S. et. al. Determinação de Fatores de Risco Para a Queda Infantil a Partir do Modelo Calgary de Avaliação Familiar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 101-108, 2010. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40816970002>. Acesso em 20. out. 2011.

SOUZA, L. J. E. X., BARROSO, M. G. T. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v.33, n.2. 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.** Fortaleza, v.18, n.2, p.78-84, dez. 2005. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/408/40818205/40818205.html>. 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. *Acta scientiarum. Health sciences*, Maringá, v.26, n.1, p.223-230, 2004. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1681/1076>. Acesso em: 7 nov. 2011.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C. F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociência**, Porto Alegre, (RS), v. 17, n. 1, p. 51 – 56, 2009. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%202009%201/226%20.pdf>. Acesso em 20. out. 2011.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DADOS

Coleta de dados feita por: **Ana Júlia Mangueira Cacciola**. RA: **20081107082360**
 Coordenador da pesquisa: **Prof^a. Ms. Marcia Regina Alves Rocha**.
 Data do preenchimento: ____ / ____ / ____.

1. Data e horário da ocorrência do acidente: ____ / ____ / ____ . ()M ()T ()N
2. Data de atendimento no PSIM: ____ / ____ / ____.
3. Sexo : Feminino () Masculino ()
4. Idade: _____ () a ()m ()d
5. Procedência (Cidade que reside): _____.
6. Tipo de acidente:
 - () Queimaduras (agente): _____.
 - () Intoxicação (agente): _____.
 - () Envenenamento (agente): _____.
 - () Quedas (local): _____.
 - () Afogamento (local): _____.
 - () Choque elétrico (local): _____.
 - () Sufocamento : _____.
 - () Lesões e/ ou Traumas: _____.
 - () Corpo estranho(onde)_____ (qual) _____.
 - () Outros: _____.
7. Quem estava presente no momento do acidente?
 - () Pai () Mãe
 - () Avós () Baba
 - () Tios () Sozinho (a)
 - () Não Informado () Outros: _____
8. Local da casa em que ocorreu o acidente:
 - () Cozinha ()Quarto ()Quintal () Sala ()Banheiro
 - () Não informado ()Outros_____.

ANEXO A - COMUNICADO A SECRETÁRIA DA SAÚDE

USC UNIVERSIDADE
SAGRADO
CORAÇÃO
Líderes com coração

CÓPIA

Secretaria Municipal de Saúde
DA - EXPEDIENTE
E-DOC nº 23121
Bauru 15/04/2011

32351238

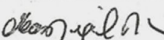
Bauru, 06 de abril de 2011-04-05

Para: Maria Ligia G. Pin

Presidente da Comissão de Ética da Secretaria

Comunico que a aluna Ana Julia Mangueira Cacciola graduanda do curso de enfermagem desta Universidade fará coleta de dados da pesquisa intitulada " **Acidentes Infantis domiciliares**" aprovado pela Comissão de Pesquisa da Prefeitura através do Protocolo 12381 de 2008 e não mais as alunas Damaris Tavantes e Aline de Oliveira.

Atenciosamente


Prof. Ms. Marcia Regina Alves Rocha
Orientadora da Pesquisa

ANEXO – B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone: (014) 3235-1455 / Fax(014) 3235-1481

Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 19 de abril de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Acidentes infantis domiciliares e sua repercussão na saúde pública: um enfoque ao município de Bauru”** de autoria de Aline Rafaela Vasconcelos de Oliveira e Damares Tavante, sob orientação da Prof. Márcia Regina Alves Rocha já aprovado pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas desta Secretaria Municipal de Saúde, terá a coleta de dados realizada pela aluna Ana Júlia Manguiera Cacciola.

Ressaltamos que não obstante a aprovação pela referida Comissão, enfatizamos a necessidade do referido projeto estar devidamente aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado junto à CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, antes do início da pesquisa.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.

Drª Maria Ligia Gerdullo Pin
Presidente da Comissão de Ética
em Estudos e Pesquisas da SMS

Dr José Fernando Casquel Monti
Secretário Municipal de Saúde