

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

A criança vítima de acidentes domésticos sob o olhar das teorias de enfermagem

Accident victim of domestic child under the look of nursing theories

Niños victimas de accidentes domésticos bajo la mirada de teorías de enfermería

Mychelangela de Assis Brito ¹, Silvana Santiago da Rocha ²

ABSTRACT

Objective: to show, from the scientific production, domestic accidents with children and relate them to Nursing Theories. **Method:** this is an integrative review, held in July 2013 in the databases: LILACS, SciELO, BDNF and MEDLINE. As inclusion criteria there was research working with the theme; available in its entirety; in Portuguese, Spanish or English, published between 2000 and 2013 and the exclusion criteria was monographs and abstracts. **Results:** domestic accidents have revealed an important cause of assistance, hospitalizations, disabilities and deaths in children, especially males, aged 1-4 years old. Nursing Theories to corroborate these findings, showing that these accidents are justified by the changes taking place in the individual at every stage of life were used. **Conclusion:** nursing must establish strategies to minimize the risk of accidents through protective actions and health promotion. **Descriptors:** Domestic accidents, Child, Nursing.

RESUMO

Objetivo: mostrar, a partir da produção científica, os acidentes domésticos com crianças e correlacioná-los às Teorias de Enfermagem. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa, realizada em julho de 2013, nas bases de dados: LILACS, SCIELO, BDNF e MEDLINE. Adotaram-se como critérios de inclusão: pesquisas realizadas que trabalhassem com o tema; disponíveis na íntegra; em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, publicadas entre 2000 e 2013, sendo excluídos: trabalhos monográficos e resumos. **Resultados:** os acidentes domésticos têm se revelado uma importante causa de atendimentos, internações, incapacidades e óbitos em crianças, principalmente do sexo masculino, na faixa etária de 1 a 4 anos. Utilizou-se Teorias de Enfermagem que corroborassem com esses achados para mostrar que esses acidentes são justificados pelas mudanças que acontecem no indivíduo em cada etapa da vida. **Conclusão:** cabe a Enfermagem estabelecer estratégias para minimizar os riscos de acidentes por meio de ações de proteção e promoção da saúde. **Descritores:** Acidentes domésticos, Criança, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: mostrar, a partir de la producción científica, accidentes domésticos con los niños y la relación con las Teorías de Enfermería. **Métodos:** se trata de una revisión integradora, realizada en julio de 2013 en las bases de datos: LILACS, SciELO, BDNF y MEDLINE. Se han adoptado como criterios de inclusión: estudios que trabajan con el tema; disponible en su totalidad; en portugués, español o Inglés publicados entre 2000 y 2013 y fueron excluidos: monografías y resúmenes. **Resultados:** accidentes domésticos han revelado una causa importante de visitas, hospitalizaciones, discapacidades y muertes en los niños, especialmente los varones, con edades entre 1-4 años. Utilizamos Teorías de Enfermería para corroborar estos hallazgos para mostrar que estos accidentes se justifican por los cambios que se producen en el individuo en cada etapa de la vida. **Conclusión:** enfermería debe establecer estrategias para minimizar el riesgo de accidentes a través de acciones de protección y promoción de la salud. **Descriptor:** Accidentes domésticos, Niño, Enfermería.

1 Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela UFPI, docente efetiva da Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral no curso Bacharelado em Enfermagem, Floriano-PI. E-mail: mychelangela@ufpi.edu.br 2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Neri - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado/Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI. E-mail: silvanasantiago27@gmail.com

INTRODUÇÃO

O risco de lesões na infância é alto em países em desenvolvimento, como o Brasil, o que caracteriza as taxas de mortalidade existentes nesses países, que são em média 50,5 por 100.000 para as crianças do sexo masculino e 43,5 por 100.000 para crianças do sexo feminino. A carga global maior de acidentes na infância nos países em desenvolvimento em relação aos desenvolvidos é explicada pelas populações muito maiores e mais jovens demograficamente.¹

Estudo realizado em 2008, na cidade de Kampala na África, com crianças menores de 13 anos, onde estas eram involuntariamente feridas, referiu que dos 556 pacientes que foram registrados no hospital, 47% eram menores de cinco anos. E os ambientes intradomiciliares representaram 54,8% dos locais de maior ocorrência de lesões não intencionais na infância.² Outra pesquisa realizada no Reino Unido revelou, através de dados de relatórios recentes, que entre o ano de 2000 e 2002, em média, cerca de três quartos de um milhão, ou seja, 750.000 crianças de 0-15 anos, atendidos anualmente no hospital, apresentavam ferimentos decorrentes de acidentes no domicílio.³

Os acidentes ou lesões não-intencionais representam a principal causa de morte de crianças de 1 a 14 anos no Brasil. No total, cerca de 4,7 mil crianças morrem e 125 mil são hospitalizadas anualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, configurando-se como uma séria questão de saúde pública.⁴

Os acidentes mais comuns são: de trânsito, afogamentos, sufocações, queimaduras, quedas, intoxicações, acidentes com armas de fogo e outros que configuram a principal causa de morte e a terceira de hospitalização. O sufocamento, causado pela obstrução das vias aéreas, é a 1ª causa de morte entre os acidentes de bebês até 1 ano de idade. O afogamento representa a 2ª maior causa de morte e a 8ª em hospitalizações, com quase 4 mortes por dia, pois sabemos que, para uma criança morrer afogada, basta apenas 2,5cm de água.⁵

Percebe-se, pelas altas taxas de acidentes referidas nos estudos acima, que o ambiente doméstico tem alta influência para a incidência de acidentes com crianças, com destaque para as quedas, incêndios e afogamentos ocorridos no interior do domicílio. Em virtude de um ambiente domiciliar com mínimos níveis de segurança, crianças com menores condições socioeconômicas possuem mais que o dobro de probabilidade de chegarem a óbito por acidentes intradomiciliares se comparadas às que detêm um nível socioeconômico maior.¹

Um estudo corrobora que os acidentes envolvendo crianças menores de 5 anos acontecem, em sua grande maioria, no próprio domicílio, por se tratar do local onde passam a maior parte do tempo. Portanto, no ambiente intradomiciliar, as crianças nessa faixa etária estão expostas a uma grande variedade de riscos à saúde e à vida diariamente, sendo tal fato justificado tanto pelo seu restrito desenvolvimento físico e psicológico como pela pouca habilidade de seus cuidadores em atenuar os riscos de acidentes.⁶

Entende-se como acidente aquele evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais como o trabalho, trânsito, escolas, esportes e lazer.⁷

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), acidente é um acontecimento casual que independe da vontade humana, ocasionado por um fator externo originando dano corporal ou mental.⁸

De acordo com a Portaria nº 737/GM 16 de maio de 2001 do Ministério da Saúde, o acidente é entendido como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Esta Portaria adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada, a qual apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.⁵

A Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, de 1990, normatiza que se devem assegurar a todos os setores da sociedade, em especial aos pais e às crianças, o conhecimento dos princípios básicos de Saúde e, entre outros, os de ações de prevenção de acidentes, devendo receber apoio para a aplicação desses conhecimentos.⁹

Percebe-se, ainda, que a responsabilidade de alguns pais em propiciar um ambiente favorável a seu filho e assegurar um desenvolvimento satisfatório é negligenciada e desrespeitada com o preconizado na Constituição Brasileira e no Estatuto da Criança e do Adolescente, instituído pela Lei n.8.069/90, artigo 227.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, a dignidade, o respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.¹⁰

Os acidentes domésticos têm relação com a idade da criança, etapa de desenvolvimento psicomotor, fatores ambientais, educacionais, socioeconômicos e culturais, os quais estão diretamente relacionados com o comportamento, estilo de vida, nível de conscientização e de instrução dos pais e cuidadores e falta de cuidados na proteção e segurança da população infantil.⁶

A Organização Mundial de Saúde, em seu Relatório Mundial sobre Prevenção de Lesões na Criança, refere que, o problema de lesões em crianças é universal, onde determinados países possuem taxas significativamente mais baixas do que outros, porém, nenhum país encabeça todas as tabelas de classificação para a segurança das crianças.¹¹

Políticas como a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” de 2004, que priorizou o cuidado integral e multiprofissional, com um olhar para as necessidades sanitárias e sociais das crianças e suas famílias, com enfoque na promoção da saúde, e o Pacto pela Vida de 2006, que intensificou essas estratégias apontando o território como espaço privilegiado para execução de ações promotoras da saúde

da criança, permitiram um avanço substancial na abordagem dos sujeitos nos primeiros anos de vida.¹²⁻¹³

Segundo o Doutor Lincoln Freire, presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (1998/2004), se no Brasil a mortalidade por diarreia, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis haviam decrescido, a que era gerada por "causas externas", ao contrário, tinha aumentado. E o mais importante é que acidentes são evitáveis e não devem ser encarados como uma fatalidade. A incidência de acidentes, de modo geral, em particular, na infância, tem sido objeto de muitos estudos em diversas partes do mundo.¹⁴

Acidente doméstico tem se revelado como uma das principais causas dos atendimentos, internações, incapacidades e óbitos em crianças, nos vários países, e tem contribuído, de forma considerável, para manter elevada a taxa de morbimortalidade infantil.¹⁵

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

No entanto, há uma grande necessidade de estudos que invistam tanto na mudança de comportamento sobre conceito de que os acidentes estão relacionados com casualidade e imprevisibilidade como na conscientização dos familiares e dos profissionais de saúde na busca de medidas preventivas.¹⁶

O profissional deve buscar resgatar as práticas de cuidados das mães e diferenciá-las das práticas de descuido, buscar os conceitos que estas trazem consigo, além de discutir o processo de construção da consciência inerente à situação do acidente, sendo esse considerado causador de danos e até mesmo de morte.⁵

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

Torna-se importante desvincular o processo de amadurecimento e desenvolvimento de experiências das situações traumáticas e marcantes, as quais podem fazer com que o familiar e, inclusive, a mãe sintam-se culpados por não terem tomado as devidas precauções ou delegado essa função a outras pessoas, o que fragiliza a família ao enfrentar as consequências do acidente.¹⁷

Nesta perspectiva, a enfermagem, assim como demais membros da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), no cuidado à criança, podem atuar na ampliação do acesso a ações de educação e promoção da saúde e, com isto, contribuir para a redução das desigualdades sociais e melhoria da qualidade de vida das famílias e das crianças, com possibilidades para o incremento dos indicadores de saúde na infância. A Enfermagem na ESF tem exercido atividades, além de agir na assistência, gerenciamento, ensino, pesquisa e no controle social, assumindo outras demandas sociais, próprias da articulação, organização, mobilização e vivência comunitária. Dentre estas demandas, estão os casos de agravos por causas externas.¹⁷

Para subsidiar esse estudo, serão abordadas algumas teorias de enfermagem como referenciais teóricos, oportunizando uma reflexão crítica acerca dos elementos teórico-conceituais que orientam o ser, saber e fazer enfermagem, com base em valores e princípios próprios, bem como a aplicação de referenciais teóricos na prática assistencial a partir de reflexões sobre as origens paradigmáticas, os conceitos centrais, pressupostos e proposições das principais teorias de enfermagem.

Essas teorias têm influenciado as práticas na enfermagem através da identificação dos cenários onde essa prática deve ocorrer e as características dos receptores dos cuidados em enfermagem.

A teoria tem sido descrita como a explicação sistemática de um fenômeno em que os componentes e os conceitos são identificados, os relacionamentos são propostos e as previsões são feitas.¹⁸

Sendo assim, a enfermagem trabalhará na perspectiva de ajudar a família na prevenção de acidentes domiciliares, compreendendo as vulnerabilidades e assim encaminhar, auxiliar e estimular as crianças para uma melhor qualidade de vida.

Diante da importância do tema objetivou-se mostrar, a partir da produção científica, os acidentes domésticos com crianças e correlacioná-los às Teorias de Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, termo utilizado para indicar um método que proporciona uma síntese de conhecimentos e incorporação da aplicabilidade de resultados e de estudos significativos na prática.¹⁹

O processo metodológico cumpriu criteriosamente as seguintes etapas: seleção das hipóteses ou questões para a revisão; estabelecimento de critérios de seleção de amostra; categorização dos estudos e síntese do conhecimento produzido; análise de dados e resultados; e interpretação dos resultados, o que proporcionou o exame crítico dos achados.

Foi realizada a análise dos estudos selecionados, norteadas pela pergunta de pesquisa: como o ambiente doméstico influencia o aumento do número de acidentes com crianças?

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de julho de 2013 nas bases de dados: LILACS, SCIELO, BDNF e MEDLINE.

Os critérios de inclusão adotados foram: pesquisas realizadas que trabalhassem com o tema; disponíveis na íntegra; em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, publicadas entre 2000 e 2013, sendo excluídos: trabalhos monográficos e resumos. Na seleção dos descritores, utilizou-se da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) a partir das seguintes palavras: acidentes domésticos; crianças; enfermagem. Com base nisso, encontrou-se nas bases de dados um total de 70 referências (10 LILACS, 15 BDNF, 10 SciELO e 35 MEDLINE).

Destes, foram excluídos 16 artigos por serem duplicados, 13 por tratarem-se de resumos, um por não tratar do objeto desta pesquisa e 30 artigos não estavam disponíveis. Assim, após a realização da leitura dos resumos, fez-se uma triagem quanto à relevância e à propriedade dos que responderam ao objetivo do estudo, totalizando dez trabalhos selecionados para compilação dos resultados desse artigo, sendo seis LILACS, dois BDNF e dois SCIELO.

Dentre os dez estudos restantes, quatro tratavam-se de artigos exploratórios descritivos com abordagem quantitativa, dois transversais descritivos, um exploratório documental, um estudo etnográfico com abordagem qualitativa, um utilizou o construcionismo social e um epidemiológico descritivo prospectivo. Três pesquisas foram realizadas em Fortaleza-CE, uma em Patos-PB, Cascavel-PR, Cuba, Recife-PE, Maringá-PR, Vale do Rio Pardo-RS e em Londrina-PR. O período de realização dos trabalhos variou entre 1999 e 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um estudo, autores apresentaram que o número de ocorrências no Hospital Infantil Noaldo Leite no período 2003 a 2006 foi de 13.809, destes, 897 casos (6,49%) foram relacionados aos acidentes domésticos.²⁰ O total de casos de acidentes domésticos encontrados nessa pesquisa se aproxima do encontrado em outro semelhante realizado em um Pronto-Socorro Infantil de um hospital geral do Município de São Paulo, no qual verificou-se que dos 9.686 casos atendidos no período de janeiro a março de 1999, 942 (9,72%) foram acidentes domésticos.²¹ Em ambas as pesquisas verificam-se que as ocorrências que tiveram como causa acidentes se aproximam a 10% de todos os atendimentos, o que é considerado muito representativo diante das várias possibilidades de patologias presentes na infância. Os acidentes domésticos têm se revelado como uma importante causa de atendimentos, internações, incapacidades e óbitos em crianças, e tem contribuído, de forma considerável, para manter elevada a taxa de morbimortalidade infantil.²²

Destaca-se que a maioria das vítimas de acidentes domésticos foi do sexo masculino, representando 520 casos (58%) do total dos pesquisados e 377 ocorrências (42%) do sexo feminino. Estes dados são semelhantes aos encontrados por outros pesquisadores como: realizado com 942 crianças, 56,1% eram do sexo masculino e 43,1% do sexo feminino;²¹ realizado com 260 crianças, em que 55,4% eram do sexo masculino e 44,6% eram do sexo feminino;²³ realizado com 270 crianças, 67% do sexo masculino e 43% do sexo feminino.²⁴

Já em estudo que analisou os tipos mais frequentes de acidente obteve que o maior incidente foi o de trânsito (63,6%), seguido por queda (20,3%), outras causas (9%), queimaduras (2,9%), problemas clínicos (2,6%), afogamento (0,8%), agressão (0,5%) e ferimento causado por arma de fogo (0,5%).²⁶ Nestes tipos de ocorrências, predominou o

atendimento feito a meninos. Os acidentes caracterizados por “outros” foram queda de objeto sobre a pessoa (4%), seguido pela mordida de cachorro (1,6%). A queda de objeto em meninos registrou o maior número de atendimentos (2,4%). Tal resultado diverge do encontrado em estudo realizado no município de São Paulo, onde as quedas foram os acidentes mais comuns (54,1%), sendo predominante entre as meninas, com 70% dos casos em diferentes grupos etários (maiores e menores de cinco anos), ao passo que para meninos foi de apenas 45,4%.²⁷

Outros autores referem em seu estudo que todos os acidentes ocorreram entre crianças de 1-4 anos, principalmente no sexo masculino (80,0%).²⁸ Os lugares onde aconteceram esses acidentes foram cozinha (50,0%), quarto (27,0%), quintal (14,0%) e outros ambientes (10,0%), em especial na parte da manhã (66,6%), o que diverge de alguns dados encontrados, nos quais o turno mais frequente de ocorrência dos acidentes foi o da tarde (42,3%), seguido do noturno (38,5%).²⁹

Com relação a maior prevalência de acidentes com crianças, percebeu-se que esta se dá naquelas do sexo masculino (72,28%) e 27,72% por crianças do sexo feminino, na faixa etária de um a cinco anos de idade, tendo como ambiente potencial o lar e os principais grupos de acidentes são quedas, envenenamentos, atropelamentos e queimaduras, os quais podem ser justificados devido à grande altivez e curiosidade da criança e à sua longa permanência em casa.³⁰

Uma pesquisa constatou que das 108 crianças com idade entre um e seis anos, 57 eram do sexo masculino e 51 do sexo feminino.³¹ Das 57 (52,78%) que experienciaram acidentes, 37 (64,9%) eram do sexo masculino e 20 (35,1%) do sexo feminino. Já em relação às crianças que não vivenciaram acidentes, observa-se que 20 (39,2%) eram do sexo masculino e 31 (60,8%) do sexo feminino, ou seja, o maior percentual de crianças que não sofreram nenhuma injúria acidental foi do sexo feminino.

Este predomínio do sexo masculino pode estar relacionado, provavelmente, com as diferenças de comportamento de cada sexo e com fatores culturais, que determinam maior liberdade aos meninos e, em contrapartida, maior vigilância das meninas. Os meninos realizam brincadeiras e outras atividades mais dinâmicas e de maior contato físico, enquanto que as meninas desenvolvem atividades mais brandas. Outro fato é que culturalmente os meninos adquirem liberdade mais cedo e realizam brincadeiras sem muita supervisão dos adultos.

Corroborando com esse pensamento, torna-se imprescindível introduzir nesse ponto a teoria de Medeleine Leininger (1980), enfermeira norte-americana, que desenvolveu na década de 60 a Teoria Transcultural, também conhecida pelos termos etnoenfermagem ou enfermagem cross-cultural. A Teoria Transcultural foi definida por Leininger como “o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistema de valores”.

Quando trabalhava como enfermeira clínica com crianças perturbadas e seus pais, observou diferenças de comportamento recorrentes entre as crianças e concluiu que essas diferenças tinham uma base cultural, fato que merece ser entendido pela enfermagem para poder lidar com as variações de cuidados para os clientes. Para ela, culturas diferentes

percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo. Sendo assim grupos do sexo masculino e do feminino culturalmente terão manifestações, comportamentos e modos de vida diferentes que devem ser percebidos tanto no ambiente doméstico quanto pelos profissionais de saúde para poderem, a partir desse aspecto, implementar ações de prevenção de acidentes de acordo com cada faixa etária.

Quanto à idade das crianças, verifica-se que 21,18% dos casos compreenderam as faixas etária acima de um ano até dois anos e 11 meses, 21,29% nas faixas etárias de três a 4 anos e 57,53 % entre cinco e 11 anos. A fase Toodler (1 a 2 anos e 11 meses) e a fase pré-escolar (3 a 5 anos) representaram uma importante parcela da faixa etária dos acidentes domésticos. Estes achados se aproximam em pesquisa com 942 crianças, na qual 27,1% se encontravam na fase Toodler e 21,8% estavam na fase escolar.²¹

Por se encontrarem em fase de maturação dos sistemas orgânicos, bem como por estarem adquirindo habilidades locomotoras e manuais, tornam-se mais propensas a contraírem doenças e a serem vitimadas por acidentes, ou seja, tornam-se mais vulneráveis às condições do meio.³⁰

Na fase *Toddler*, o desenvolvimento biológico é caracterizado pela aquisição das habilidades motoras grossas e finas, sendo a locomoção a principal habilidade motora grossa adquirida, permitindo que as crianças possam dominar uma variedade maior de atividades. A liberdade irrestrita adquirida por meio da locomoção, associada a uma desatenção para os perigos do ambiente, constitui um importante fator para os acidentes na primeira infância, o que pode ocorrer também na fase pré-escolar (4 a 6 anos). A diferença na ocorrência de acidentes entre os dois grupos (*Toddler* e pré-escolar) pode ser devido ao fato de que, nos pré-escolares, as habilidades motoras grossas e finas já estão melhor estabelecidas, assim como a coordenação e o equilíbrio, tornando-os menos propensos a quedas do que as crianças menores. Eles são mais atentos do que as crianças menores, respeitam mais as regras estabelecidas pelos pais, mostram-se cientes de algumas situações que representam perigo para a ocorrência de acidentes, como o contato com instrumentos pontiagudos e objetos quentes.³²

De acordo com a teoria de Callista Roy (1976), o modo fisiológico-físico do modelo de adaptação corrobora com o exposto acima. Existem processos físicos e químicos envolvidos na função e nas atividades dos organismos vivos, fazendo com que cada faixa etária tenha comportamentos diversificados. Nessa circunstância, cada grupo etário manifestará adaptação de acordo com cada fase de vida relacionadas com as situações vividas no dia a dia e nas relações sociais, pois essa incidência possivelmente esteja associada às características do desenvolvimento da criança nessas fases, cuja curiosidade, imaturidade e incoordenação motora a colocam em situações de perigo.

Com relação aos tipos de acidentes, autores referem que a maioria foi decorrente de queda (69,15%).³⁰ Os acidentes domésticos causados por intoxicação exógena representaram 20,28% do total. Os outros casos registrados foram: engasgo (1%), queimaduras (7,13%), ferimentos por objetos cortantes (1,78%), projétil de arma de fogo (0,33%) e choques elétricos (0,33%). Argumenta-se que outros autores também apontam as quedas como principal causa de acidentes domésticos em crianças.^{21,33,34}

No que diz respeito à faixa etária de 1 a 5 anos, os principais casos ocorridos no domicílio, de acordo com uma pesquisa, são representados pelas quedas, queimaduras, aspirações ou introduções de corpos estranhos e intoxicações exógenas.¹⁵ Encontraram que as intoxicações exógenas estão incluídas nos acidentes domésticos mais frequentes em crianças, principalmente nas menores de 5 anos. A maioria é acidental, porém, decorrentes das situações facilitadoras, das características peculiares às fases da criança, de comportamentos inadequados dos familiares e de pouco incentivo às medidas e comportamentos preventivos.

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas da Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil, no ano de 2005, foram notificados 84.356 casos de intoxicação humana, sendo a faixa etária de zero a cinco anos de idade a mais acometida, com 17.238 (22,3%) e registro de 30 óbitos. Entre os principais agentes tóxicos que causaram intoxicações em crianças nessa faixa etária, destacam-se os medicamentos (35%), os domissanitários (18%) e os produtos químicos industriais (9%).²⁹

As intoxicações são facilitadas porque os produtos apresentam embalagens atraentes à curiosidade infantil, são fáceis de manusear, estocados em locais indevidos, como também se faz presente a falha do adulto na vigilância adequada à criança. São ainda potencializadas pelo hábito de se criar os filhos com certa liberdade no ambiente doméstico por supor conhecê-los muito bem. Além do hábito enraizado culturalmente de acondicionar produtos químicos em embalagens de refrigerantes.

Os sentimentos vivenciados pelos familiares diante da ocorrência da intoxicação se manifestaram de diferentes formas e em vários níveis de intensidade.³⁵ Os mais frequentes são a angústia, a preocupação, o desespero e o nervosismo. Em alguns casos, tem-se a impressão que os próprios familiares não tinham total consciência da existência de tais sentimentos.

Vale ressaltar a necessidade dos profissionais de saúde, ao prestarem à assistência aos casos de intoxicação infantil, atentarem para a situação dos pais, não só no sentido de tranquilizá-los mas também de compreendê-los em face à esta nova situação que estão passando, e que por si só lhes causa estresse e requer tomada de decisões.

Neste aspecto, a Teoria de Dorotheia Orem (1971) não pode ser aplicada para as crianças, já que o autocuidado se configura como uma estratégia assistencial capaz de atender as necessidades da família e não da criança vítima de acidente doméstico. Para Orem, o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito as ações, que, seguindo um modelo, contribuem de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano.

O autocuidado vem sendo compreendido na literatura na área da saúde, especificamente no que se refere a estudos sobre a prevenção de acidentes, de forma fragmentada e limitada, estando restrito ao tratamento advindo de uma situação de acidente ou com o cunho preventivo apenas em algumas situações específicas, como o uso de piso antiderrapante, o acondicionamento de produtos químicos e medicamentos em lugares fora do alcance das crianças, as orientações perante o posicionamento dos cabos de panelas no fogão etc. A definição de autocuidado abordada, portanto, pauta-se numa consciência ampla

do indivíduo, que engloba a preservação de si mesmo e seu reconhecimento como sujeito de direito. Como a criança é totalmente dependente dos adultos, fica sob a responsabilidade deles (adultos) o controle de suas atividades de vida.

Os fatores de risco presentes no ambiente doméstico podem comprometer o desenvolvimento da criança, contribuindo para desencadear diversos tipos de acidentes que, em determinados casos, podem originar graves lesões e sequelas irreversíveis.

Os acidentes domésticos estão intimamente relacionados com o comportamento da família e rede social, com o estilo de vida, com fatores educacionais, econômicos, sociais e culturais, como também com as fases específicas das crianças, caracterizadas pela curiosidade aguçada e contínuo aprendizado das crianças na faixa etária de um a cinco anos. Nesta faixa etária, o que pode explicar a predominância de ocorrências de acidentes é o fato da criança ainda não possuir completo domínio de noções de distância, velocidade, espaço e tempo, acrescentando-se a esses fatores a inadequada supervisão do adulto responsável, o que pode favorecer uma maior exposição ao risco de tais ocorrências.²⁰

Na Teoria de Roper, Logan e Tierney (1970), em seus pressupostos para o Modelo das Atividades de Vida, constata-se que ao longo do ciclo de vida até a idade adulta, a maioria dos indivíduos tende a se tornar cada vez mais independentes nas suas atividades. E que apesar da independência ser valorizada, a dependência não deve diminuir a dignidade do indivíduo. A maneira com que cada indivíduo realiza as Atividades de Vida oscila de pessoa para pessoa e de acordo com a fase de desenvolvimento, sendo assim, crianças menores vivenciarão acidentes que podem ser muito mais complexos que crianças maiores, pelo grau de conhecimento, atitudes e comportamento inerente a cada fase do ciclo vital.

O ambiente doméstico, na verdade, é hostil aos pequenos habitantes e, somente sob a proteção atenta dos pais é que se pode evitar acidentes graves. A criança pequena, ignorando estes perigos, entregue a si própria, certamente não sobreviveria ao seu próprio lar. Assim, a falta de informação, os descuidos e as negligências dos pais ou responsáveis vêm a ser um importante fator que permite a exposição das crianças aos acidentes em seu próprio ambiente.³⁶ Em estudo verificou-se que 57% dos agravos ocorreram em suas próprias casas e, destes, 43% na presença de algum adulto ou familiar.³⁷

A família tem sido o espaço hierárquico de subordinação, violência e negligência intrafamiliar, gerando sofrimento aos seus membros, particularmente mulheres e crianças, que são os mais vulneráveis. É importante que a família assuma o seu papel de agente primário socializador, pois é no núcleo familiar que a criança aprende a viver, amar, tolerar frustrações, defender-se, lutar, competir, acreditar e sobreviver.

O conhecimento de significados e práticas derivados da visão de mundo, de fatores da estrutura social, de valores culturais, do contexto ambiental e de usos da linguagem são essenciais para orientar as decisões e as ações de enfermagem na promoção do cuidado cultural congruente.

Os pressupostos relacionados à teoria Transcultural de Leininger incluem que a enfermagem, como uma disciplina e uma profissão de cuidado transcultural, tem a finalidade central de atender os seres humanos em todas as áreas do mundo; que o atendimento de enfermagem culturalmente baseado sendo benéfico e saudável contribui para o bem-estar do

cliente - indivíduo, grupo, família, comunidade ou instituição - à medida que funcione no contexto de seus ambientes.

Nesse aspecto, a Teoria Transcultural nos apoia a adquirir conhecimentos e habilidades tradicionais, populares, culturalmente aprendidos e transmitidos usados para proporcionar atos assistenciais, quando na ocorrência de um acidente, apoiadores para outros indivíduos ou grupos com necessidades evidentes, na perspectiva de melhorar sua condição de saúde.

CONCLUSÃO

As crianças, nos diversos estágios de desenvolvimento, apresentam traumas diferentes, e isso é fundamental para a definição de programas eficientes de prevenção. O conceito de desenvolvimento do comportamento da criança e as características de cada fase podem ser extremamente úteis para os pais e também para os médicos.

As crianças que se encontram na faixa etária de um a cinco anos necessitam de maior proteção e vigilância por parte das pessoas responsáveis, porque a noção de perigo ainda não está concretizada. Pelo contrário, estão fluentes a imaginação, a brincadeira, a curiosidade, a ânsia pelo desconhecido, características do comportamento infantil que, se não vigiados, podem induzir a sérios acidentes.

Além disso, a comunicação com os pais quanto às limitações físicas e cognitivas específicas dessas faixas etárias pode ajudar na elaboração de regras claras de segurança, as quais evitariam uma série de riscos desnecessários.

Deve-se, portanto, levar em consideração as características peculiares da personalidade infantil (hiperatividade, agressividade, impulsividade e distração), assim como diferentes competências cognitivas, perceptiva, motora e de linguagem, também proporciona um melhor conhecimento das contribuições da criança na ocorrência de acidentes.

A redução da incidência de acidentes em crianças pode ser atingida por meio de estudos regionalizados e com o desenvolvimento de programas de prevenção específicos. O eixo principal para redução dessa incidência deve ser centrado na educação, a qual requer o envolvimento de vários segmentos da população, com intuito de assegurar às crianças e famílias o fornecimento de informações e tratamentos necessários que minimizem esta problemática.

Tendo em vista a grande importância de tal problemática, o desenvolvimento de ações educativas é fundamental na redução dos índices de acidentes domésticos na infância. A atitude preventiva de acidentes infantis é um dos compromissos do Enfermeiro, orientando e estimulando a adoção de medidas de proteção à criança nos serviços de saúde, bem como a orientação dos pais ou responsáveis quanto a todas essas medidas.

Considerando que só é possível planejar ações de prevenção e intervenção a partir do conhecimento específico das causas, a melhora na qualidade das informações sobre as causas

externas, quanto a sua intencionalidade, pode direcionar, de forma mais eficaz, medidas específicas para sua redução.

Pesquisas que buscam desvendar o contexto domiciliar das crianças e sua dinâmica familiar tendem a permitir que a Enfermagem continue trabalhando com as famílias, a partir de estratégias de educação em saúde, respeitando o seu modo de viver, buscando alternativas para que todos possam a cada dia viver de forma mais saudável, minimizando a ocorrência, em especial, dos acidentes domésticos, os quais repercutem em taxas significativas de morbimortalidade infantil, a fim de evitar as hospitalizações, gastos excessivos e mortes evitáveis.

Com isso, cabe a Enfermagem estabelecer estratégias para minimizar os riscos de acidentes por meio de ações de proteção e promoção da saúde. No entanto, vale ressaltar que, a eficácia dessas estratégias dependerá de um trabalho em parceria com os familiares das crianças, educadores e profissionais de saúde.

A prevenção realmente necessita ser direcionada para cada etapa do desenvolvimento da criança, e as orientações individuais nas atividades de puericultura ou coletivas nas escolas e comunidades conferem aos pais e cuidadores o conhecimento necessário para a prevenção de acidentes na infância.

Prevenir esses acidentes torna-se um desafio para os órgãos e profissionais que estão envolvidos no acompanhamento do crescer e desenvolver das crianças, existindo a necessidade urgente de orientação educacional para a população e comunidade específicas como as escolas, grupos formais e informais na faixa infanto-juvenil, visando a despertar mudanças comportamentais, que possam contribuir para uma redução dos acidentes.

REFERÊNCIAS

1. Howard AW. Keeping children safe: rethinking how we design our surroundings. Canadian Medical Association or its licensors. Abr 6, 182(6), 2010. Disponível em: <www.cmaj.ca>. Acesso em: 02 Out 2012.
2. Mutto M, Lawoko S, Nansamba C et al. Unintentional childhood injury patterns, odds, and outcomes in Kampala City: an analysis of surveillance data from the National Pediatric Emergency Unit. *Inj Violence Res.* 3(1): 13-8, Jan 2011. Disponível em: <<http://www.jivresearch.org>>. Acesso em: 02 Out 2012.
3. Smithson J, Garside R, Pearson M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Injury Prevention.* 17:119-26. 2011. Disponível em: <<http://injuryprevention.bmj.com>>. Acesso em: 02 Out 2012.
4. ONG CRIANÇA SEGURA. Prevenção de Acidentes com crianças. 2012. Disponível em: <<http://www.projetolegal.org.br/index.php/noticias/papo-legal/143-coordenadora-da-ong-crianca-segura-fala-sobre-prevencao-de-acidentes-com-criancas>> Acesso em 07 Jul 2013.

5. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS Nº 737 de 16 Maio 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf>. Acesso em: 10 jul 2013.
6. Ingram JC, Deave T, Towner E et al. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature. Health Education Research. Disponível em: <<http://her.oxfordjournals.org/>>. Acesso em: 02 Out 2011.
7. Oman KS, Koziol-Mclain J, Scheetz LJ. Segredos em enfermagem de emergência: respostas necessárias ao dia-a-dia. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
8. Schvartsman S et al. Aspectos pediátricos das intoxicações exógenas agudas no Município de São Paulo. Rev Paul Ped.2(7):24-7, 1984.
9. BRASIL, Unicef. Convenção sobre os Direitos da Criança. Adotada em Assembléia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm>. Acesso em: 10 Jul 2013.
10. ECA, Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 10 Jul 2013.
11. WHO, World Health Organization. World report on child injury prevention. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/>. Acesso em: 10 Jul 2013.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 10 Jul 2013.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília - DF, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 10 Jul 2013.
14. SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Acidentes e violência são evitáveis. Entrevista com Dr. Lincoln Freire. 2013. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=17&id_detalhe=356&tipo_detalhe=s>. Acesso em 09 Ago 2013.
15. Souza LJEX, Rodrigues AKC, Barroso MGT. A família vivenciando o acidente doméstico - relato de uma experiência. Rev latino-am enferm, Ribeirão Preto, Jan 2000; 8(1):83-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100012>. Acesso em 07 Jul 2013.
16. Correa I, Silva FM. Acidentes na infância em ambiente domiciliar. REME Rev Min enferm; 10(3):277-9, Jul/Set. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14765&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 Jul 2013.
17. Ximenes Neto FRG, Aguiar DT, Martins FR et. al. Práticas do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção à Saúde da Criança, Cariré - Ceará. Rev Soc Bras Enferm Ped. 11(1):9-16. 2011. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol11->

n1/v.11_n.1-art1.pesq-pratica-do-enfermeiro-da-estrategia-saude-da-familia.pdf>. Acesso em 09 Ago 2013.

18. Mcewen M. Visão geral da Teoria na Enfermagem. In: McEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. Bases Teóricas para Enfermagem. 2. ed. cap. 2. Porto Alegre: Artmed, 50-1, 2009.

19. Souza MT, Silva MD, Carvalho RC. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(2): 102-6. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em 10 jul 2013.

20. Amorim MGR, Medeiros GX, Benicio JA et al. Incidência e principais causas de acidentes domésticos em crianças na Fase Toddler e pré escolar. Faculdade Integrada de Patos-PB. 2006. Disponível em: <<http://coopex.fiponline.com.br/images/arquivos/documentos/7.pdf>>. Acesso em 07 jul 2013.

21. Filocolmo FRF, Harada MJCS, Silva CV et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. Rev Latino-Am Enferm. Ribeirão Preto, 2002; 10(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 29 Jul 2013.

22. Harada, MJCS, Botta MLG, Kobata CM. et. al. Epidemiologia em crianças hospitalizadas por acidentes. F Med (Br). 2000 Out/Dez; 119 (4): 43-7. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=274406&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 10 Jul 2013.

23. Del Ciampo LA, Ricco RG, Muccillo G. Acidentes: sabemos preveni-los? Pediatria. 1997 Jul/Dez; 9 (4): 263-6. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=216160&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em 10 Jul 2013.

24. Matos MAG, Silva GAP, Ferreira CRP et al. Perfil epidemiológico das crianças internadas por acidentes no hospital da restauração. PIBIC [online] Out 1996. Disponível em: <proresp.ufpe.br/anais/ccs.03htm>. Acesso em: 20 Jul 2013.

25. Forlin E, Marchezini EJ, Ramos CH et al. Aspectos epidemiológicos do trauma em crianças. Rev Bras Ortop. 1995 Out.; 30 (10): 761-4. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=162634&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 Jul 2013.

26. Briccius M, Murofuse NT. Atendimento de crianças realizado pelo SIATE de Cascavel no ano de 2004. Rev Eletr Enf. 2008; 10(1):152-166. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a14.htm>>. Acesso em 01 Ago 2013.

27. Unglert CV, Siqueira AAF, Carvalho GA. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. Rev Saúde Pública. 1987; 21(3):234-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/08.pdf>>. Acesso em: 20 Jul 2013.

28. Sánchez MB, lilas MC, Polán AEF. et al. Pacientes atendidos en el cuerpo de guardia por ingestión de queroseno. Rev Cubana Enferm. 16(3):155-7. 2000. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol16_3_00/enf04300.htm>. Acesso em: 09 Ago 2013.

29. Lourenço J, Furtado BMA Bonfim C. Intoxicações exógenas em crianças atendidas em uma unidade de emergência pediátrica. Acta Paul Enferm. 2008;21(2):282-6.

30. Lima RP, Ximenes LB, Joventino ES et al. Principais causas de acidentes domésticos em crianças: um estudo descritivo-exploratório. OBJN: 7(3), 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1659/397>>. Acesso em 29 Jul 2013.

31. Lima RP, Ximenes LB, Vieira LJES et al. Perfil de famílias de crianças acidentadas no contexto domiciliar. *OBJN*: 5(3), 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/386/89>>. Acesso em 29 Jul 2013.
32. Wong DL. Elementos essenciais à intervenção efetiva. *Enferm Ped*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
33. Freitas PE, Oliveira QE, Nerung L. Traumatismos cranioencefálicos em crianças: estudo de 2173 casos. *Arq Neuropsiquiatr*, 1990; 34 (1): 19-23. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v55n1/15.pdf>>. Acesso em: 20 Jul 2013.
34. Anderson PJ. Fractures of the facial skeleton in children. *Injury* 1995 Jan.; 26 (1): 47-50. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7868210>>. Acesso em 10 Jul 2013.
35. Aleixo ECS, Itinose AM. A experiência dos familiares durante a ocorrência da intoxicação infantil no município de Maringá-PR [dissertação], Maringá: Universidade Estadual de Londrina, Mestrado em Saúde Coletiva, 2000. Disponível em: <www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ccs.uel.br%2Fespacoparasaude%2Fv3n1%2Fdoc%2Fexpfamil.doc&ei=dkEFUq23HqL42AWZs4HoAg&usq=AFQjCNHiFkeR_DmhSmZUriRsgalAGxWS7Q>. Acesso em: 09 Ago 2013.
36. BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção de Acidentes na Infância. 2002. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/25/prevencao_de_acidentes_na_crianca_e_adolescente.pdf>. Acesso em: 02 Ago 2013.
37. Muller FB, Weigelt LD. Família com criança vítima de agravos por causas externas. *Cogitare Enferm* 2005 Maio/Ago; 10(2):24-28. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=431949&indexSearch=ID>>. Acesso em 20 Jul 2013.

Recebido em: 03/12/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 11/05/2015
Publicado em: 01/10/2015

Endereço de contato dos autores:
Mychelangelo de Assis Brito
Rua Antônio Anísio, 243 Bairro Sambaíba Velha
Floriano - Piauí, Brasil
CEP.: 64800-000.