

Prevenção de acidentes domésticos infantis: susceptibilidade percebida pelas cuidadoras

Domestic accident prevention for children: perceived susceptibility by the caregivers

Prevención de accidentes domésticos para niños: susceptibilidad percibida por los cuidadores

Allyne Karlla Cunha Gurgel¹; Akemi Iwata Monteiro².

Como citar este artigo:

Gurgel AKC; Monteiro AI. Prevenção de acidentes domésticos infantis: susceptibilidade percebida pelas cuidadoras. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):5126-5135. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5126-5135>

Artigo elaborado a partir de uma dissertação de mestrado intitulada “Percepção de cuidadores domiciliares de crianças sobre prevenção de acidentes domésticos infantis: análise à luz do Modelo de Crenças em Saúde” e apresentada no ano de 2014, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ABSTRACT

Objective: to describe the perception of home caregivers of children about the susceptibility of children under their care for the child domestic accidents. **Method:** exploratory, descriptive, and a qualitative study carried out in Natal/RN, Brazil, with 19 caregivers of children. The data were analyzed based on the Collective Subject Discourse and analyzed based on the perceived susceptibility, one of the pillars of the Health Belief Model. **Results:** all subjects deemed avoidable child domestic accidents. There were discordant perceptions regarding changes of risks to these accidents and the susceptibility of the house inhabited for these episodes identified. This triggered the development distinct categories, pointing from the existence of various risks to the non-recognition of susceptibility to such events. **Conclusion:** it is necessary that as a health educator, the nurse performed comprehensive actions and directed to inter-sectoral caregivers to prevent such accidents.

Descriptors: Domestic Accidents; Child; Nursing.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRN. E-mail: lynegurgel@gmail.com

² Enfermeira pediátrica. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN.

RESUMO

Objetivo: descrever a percepção de cuidadores domiciliares de crianças quanto à susceptibilidade das crianças sob seus cuidados para os acidentes domésticos infantis. **Método:** estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado em Natal/RN, Brasil, com 19 cuidadores de crianças. Os dados foram tratados com base no Discurso do Sujeito Coletivo e analisados à luz da susceptibilidade percebida, um dos pilares do Modelo de Crenças em Saúde. **Resultados:** todos os sujeitos julgaram os acidentes domésticos infantis evitáveis. Foram identificadas percepções destoantes quanto às mudanças dos riscos para esses acidentes e à susceptibilidade da casa habitada para esses episódios. Isso desencadeou a elaboração de categorias distintas, que apontavam desde a existência de riscos diversos até o não reconhecimento de susceptibilidade a esses eventos. **Conclusão:** faz-se necessário que o enfermeiro, enquanto educador em saúde, realize ações integrais e intersetoriais voltadas para os cuidadores a fim de prevenir esses acidentes.

Descritores: Acidentes Domésticos; Criança; Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: describir la percepción de los cuidadores del hogar de los niños acerca de la susceptibilidad de los niños bajo su cuidado en los accidentes domésticos infantiles. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo, que se realizó en Natal/RN, Brasil, con 19 cuidadores de niños. Los datos fueron tratados con base en el Discurso del Sujeto Colectivo y analizados con base en la susceptibilidad percibida, uno de los pilares del modelo de creencias de salud. **Resultados:** todos consideraron los accidentes domésticos infantiles evitables. Fueron identificadas percepciones discordantes respecto a los cambios de los riesgos para estos accidentes y la susceptibilidad de la casa habitada por estos episodios. Esto dio lugar a las distintas categorías de desarrollo, apuntando la existencia de diversos riesgos para el no reconocimiento de la susceptibilidad a estos eventos. **Conclusión:** es necesario que el enfermero, como educador de salud, realice acciones integrales e intersectoriales dirigidas a los cuidadores con el fin de prevenir este tipo de accidentes.

Descriptor: Accidentes Domésticos; Niño; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A curiosidade associada à imaturidade física e cognitiva das crianças é característica capaz de aumentar consideravelmente o risco para acidentes infantis. Tais particularidades exigem a vigilância e atuação eficazes de adultos para garantir proteção e bem-estar deste grupo etário.¹

Nesse contexto, o ambiente doméstico constitui um dos principais locais para esse público externar tais peculiaridades, pois geralmente é o lugar onde as crianças entre zero e cinco anos passam a maior parte do tempo. Embora seja comum acreditar na residência como o lugar mais seguro para esse segmento populacional, a maioria dos acidentes envolvendo indivíduos com essa idade ocorre nas residências ou nas suas adjacências, de modo que, quanto menor for sua idade, maior será a incidência desses episódios.²⁻³

Dados estatísticos revelam que, no cenário nacional, no ano de 2010, foram registrados 752 casos de óbitos infantis desencadeados por causas externas no espaço domiciliar. No referido período, dentre os principais tipos de acidentes que

causaram a morte na infância, os principais foram, respectivamente: afogamento e submersões acidentais (22,3%), outros riscos acidentais ao sufocamento (33,5%), agressões (10,8%), bem como exposição à fumaça, fogo e chamas (8,5%).⁴

Dentre as consequências desses acontecimentos, inclui-se dor, sofrimento e sequelas permanentes, como a desfiguração causada por cicatrizes de queimaduras e os deficit neurológicos resultantes de traumas cranianos. Tais prejuízos também se estendem à família, a qual se sente responsável pela promoção da segurança dessas vítimas e, portanto, culpa-se pelo sofrimento ou até morte delas.⁵⁻⁶

Apesar da elevada incidência dos eventos mencionados e das potenciais consequências graves, esses são passíveis de prevenção mediante a adoção de algumas condutas. Destarte, no intuito de minimizar a incidência de episódios dessa natureza, o Ministério de Saúde (MS) publicou em 2001 a Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência. Esse documento tem como uma de suas principais diretrizes a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis de acordo com as características sociais, culturais e fatores de vulnerabilidade de cada segmento populacional.⁷

Quanto aos profissionais de saúde, os enfermeiros se destacam na prevenção desse tipo de acidentes por estarem comumente envolvidos nos cuidados diretos aos indivíduos e às famílias. Visto isso, o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um lugar estratégico para realizar investigações desse caráter devido ao vínculo estabelecido entre população e profissionais, à continuidade dos cuidados nesse cenário, além da maior quantidade de ações preventivas realizadas envolvendo usuários adstritos na área de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF).⁸

Diante da problemática em apreço, pressupõe-se que os cuidadores domiciliares de crianças na faixa etária de zero a cinco anos que aderem às condutas de prevenção de acidentes domésticos infantis possuem percepção mais clara acerca dos riscos para a ocorrência desses eventos, bem como das possíveis consequências acarretadas por tais acontecimentos. Torna-se pertinente esclarecer o conceito do termo percepção, o qual se refere à ação de formar mentalmente representações sobre objetos externos com base em dados empíricos.⁹

Em especial, a percepção de susceptibilidade remete ao modo como o ser percebe os riscos existentes ou sua vulnerabilidade em desenvolver determinado problema de saúde. A postura de aceitar a susceptibilidade varia entre as pessoas, as quais podem negar as chances de sofrer algum dano ou adquirir uma doença. Existem aquelas que podem admitir essa possibilidade, porém subestimando-a.¹⁰

Diante disso, este artigo tem como objetivo descrever a percepção de cuidadores domiciliares de crianças quanto à susceptibilidade das crianças sob seus cuidados para os acidentes domésticos infantis. Com o propósito de responder melhor a essas questões, utilizou-se como referencial teórico-metodológico o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), o qual busca explicar a adesão às condutas preventivas, estabe-

lecendo relações entre o comportamento e algumas percepções individuais.¹¹

MÉTODO

O estudo é parte de uma dissertação de mestrado e possui caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados desta pesquisa foram coletados na Unidade de Saúde da Família do bairro de Cidade Nova (USFCN), localizada no município de Natal/Rio Grande do Norte, Brasil. A justificativa dessa opção advém do fato de a ESF proporcionar maior proximidade e vínculo entre os profissionais de saúde e as famílias que residem em suas áreas adscritas. Ademais, quando comparados ao domicílio, a unidade de saúde fornece menores prejuízos à privacidade e desempenho das atividades domésticas dos entrevistados.

Participaram da pesquisa 19 cuidadores de crianças no ambiente doméstico que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser cuidador(a) domiciliar de pelo menos uma criança com até cinco anos e residir na área adscrita da Unidade de Saúde da Família do bairro de Cidade Nova. O critério de exclusão restringiu-se àquelas pessoas com alguma condição física ou mental que inviabilize a sua participação na pesquisa ou que se recusassem a participar do estudo.

Para a obtenção das informações, optou-se pela entrevista programada, composta por questões abertas. O instrumento utilizado foi dividido em três itens, sendo o primeiro constituído de dados referentes à caracterização sociodemográfica do cuidador. No segundo tópico, buscou-se identificar dados sobre a criança, como sexo e idade. O último item apresenta aspectos sobre o MCS, especificamente relacionados à percepção de susceptibilidade.

Antes do início da coleta de dados, foram adotadas algumas medidas a fim de respeitar as exigências éticas e legais requeridas pela pesquisa científica envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.¹² O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN, obtendo aprovação com o parecer nº 219.872/13. Concluídas essas etapas, deu-se início à coleta de dados propriamente dita, realizada exclusivamente pela pesquisadora nos meses de abril e maio de 2013.

As entrevistas foram gravadas com a anuência dos envolvidos e posteriormente transcritas. Com fins de garantir o anonimato dos participantes, seus discursos foram atribuídos a códigos. Estes eram compostos pela letra inicial do vínculo entre o cuidador e a criança, seguida de um número, correspondente à ordem em que as depoentes foram entrevistadas. A exemplo disso, caso a primeira participante fosse mãe da criança cuidada, seu discurso seria identificado pelo código M1.

Concluídas essas etapas, as entrevistas foram lidas diversas vezes e os dados foram tratados com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual permitiu a elaboração de diversas Ideias Centrais (ICs), consideradas como

categorias do estudo. Este método tem como propósito reunir em um único discurso-síntese várias falas individuais que expressam o modo de pensar acerca de um determinado fenômeno.¹³ Posteriormente, as informações foram analisadas com base em um dos pilares do Modelo de Crenças em Saúde, o qual corresponde à susceptibilidade percebida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No tocante à dimensão relacionada à percepção de susceptibilidade, as respostas obtidas originaram ICs acerca das causas dos acidentes domésticos infantis, bem como a respeito dos tipos desses acontecimentos. Além disso, identificaram-se as percepções quanto às mudanças dos riscos para esses acidentes, conforme a idade da criança, bem como relacionadas à moradia como ambiente propício para acidentes domésticos infantis.

- Caracterização dos entrevistados

Quanto ao sexo dos indivíduos entrevistados, a participação das mulheres foi unânime. Referente ao tipo de vínculo com a criança cuidada, 18 informaram ser mães, enquanto as demais eram avós, evidenciando, portanto, a família como a principal instituição promotora de cuidados à criança. Esse resultado é corroborado por outros autores, ao destacarem as mulheres como as principais prestadoras de cuidados às crianças.¹⁴⁻⁵

Com relação à idade das cuidadoras, esta variou de 18 a 55 anos. A maioria era jovem, estando 11 inseridas na faixa etária entre 18 e 30 anos, seis entre 31 e 40 anos, uma tinha 45 e esse mesmo quantitativo referiu ter 51 anos. Apenas uma participante alegou ter 55 anos de idade. Quanto ao estado civil, houve predomínio da união consensual, com oito relatos, e do matrimônio, com seis. Três mulheres afirmaram ser solteiras e este mesmo quantitativo afirmou ser divorciada. Esses achados fazem parte de uma realidade nacional, na qual vem se mostrando um aumento na quantidade de uniões consensuais, sobretudo na região Norte, onde 51% das uniões são desta natureza, seguida da região Nordeste, com 40,8%.¹⁶

No tocante ao grau de escolaridade, a maioria, representada por 10 participantes, afirmou ter concluído o ensino médio, porém nenhuma havia ingressado em cursos superiores. De todas as entrevistadas, apenas duas não eram alfabetizadas, as quais tinham idade acima de 50 anos. Esse resultado vai ao encontro dos dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2012, dentre os quais a maior parte das pessoas analfabetas esteve concentrada nessa faixa etária.¹⁶

Em relação à renda mensal familiar, considerando o salário-mínimo equivalente ao total de R\$ 678,00 no ano em que foram realizadas as entrevistas, a maior parte das entrevistadas alegou receber de um a 1,5 salário mínimo mensalmente. Nesse sentido, em um estudo, discorre-se que em organizações familiares com baixo poder aquisitivo, possivelmente os

genitores encontram maior dificuldade em supervisionar os filhos de modo adequado, deixando-os sozinhos ou na companhia de um irmão, para poderem trabalhar.¹⁵

- Discursos do Sujeito Coletivo relacionados à percepção de susceptibilidade proposta pelo Modelo de Crenças em Saúde

No que diz respeito a esse pilar do modelo teórico utilizado, o questionamento inicial direcionado às participantes - item 1 - foi o seguinte: Você sabe como os acidentes domésticos com crianças podem acontecer? As respectivas respostas desencadearam dois DSC distintos: um deles pertinente aos fatores contribuintes para a ocorrência dos acidentes domésticos infantis, sob a óptica das entrevistadas, e o outro relacionado aos tipos desses episódios. O primeiro DSC e suas respectivas IC serão apresentados e analisados a seguir.

QUESTÃO	CATEGORIAS
<p>Questão 1 - Você sabe como podem acontecer os acidentes com crianças dentro de casa?</p>	<p>Ideia Central 1 A - Os acidentes acontecem por falta de atenção de quem está cuidando porque criança é muito danada e não tem noção do perigo.</p>
	<p>Ideia Central 1 B - A criança pode engolir pecinhas pequenas, produtos de limpeza, sofrer queimaduras, quedas ou choques elétricos.</p>

Figura 1: Ideias Centrais, síntese do discurso das cuidadoras quanto à ocorrência dos acidentes domésticos infantis - Natal/RN - 2013.

Ideia Central 1 A - Os acidentes acontecem por falta de atenção de quem está cuidando porque criança é muito danada e não tem noção do perigo.

Discurso do sujeito coletivo 1 A

se não prestar atenção acontece a qualquer momento. Tem que tá toda hora prestando atenção. Não se descuidar. Porque elas [as crianças] não têm muita noção do perigo. Se a pessoa facilitar, deixar elas muito sozinhas ou nas mãos de outras pessoas que não têm aquele cuidado como a gente mãe tem, né? [...] Porque a gente é muito protetora. [...] Muita gente fala assim: “Por que você num [não] trabalha fora?” Mas eu tenho aquele medo [...]. De deixar ela e acontecer alguma coisa e eu ser a culpada por não tá perto. Porque ela é muito danada. (M1, M3, M4, M9, M10, M11, M12, M13, M14, M15, M16 e A1).

A partir do discurso DSC 1 A, desvelou-se que, de modo geral, as participantes vincularam o termo acidente à possibilidade de evitá-lo, condicionando a prevenção à vigilância contínua da criança. Este entendimento reveste-se de importância quando associado à imaturidade cognitiva e motora

da criança, a qual promove sua incapacidade de defender-se sozinha. Assim sendo, esta necessita da ajuda de terceiros para garantir sua proteção.

Observou-se também atribuição do adjetivo “danada” à criança cuidada. Diante disso, é importante ressaltar que a origem dessa palavra advém do termo em latim *damnátus*, o qual implica em: condenado, rejeitado, desprezado, podendo ser sinônimo de travesso, traquino e inquieto. Destarte, culturalmente, o termo danado é empregado, sobretudo, por famílias da região Nordeste para referir-se àquelas crianças cujas ações destoam das normas familiares.¹⁷⁻⁸

A justificativa de tais características serem inerentes à infância centra-se nos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento nessa fase. Quanto ao desenvolvimento psicomotor infantil, evidencia-se que tal processo é permeado por energia intensa e curiosidade, tornando frequente a necessidade de exploração dos ambientes. A partir disso, ocorrem grandes aquisições de conhecimentos e habilidades, assim como maior exposição aos riscos de acidentes.¹⁹

Com base nessa linha de pensamento, dentre as mães entrevistadas, algumas optaram por abdicar do trabalho fora de casa em prol de fornecer o cuidado especial requisitado na faixa etária de zero a cinco anos. Nas falas dessas participantes, destaca-se o medo de expor seus filhos a situações de risco, uma vez que estes não possuem a capacidade de se defenderem sozinhos. Sentimento semelhante foi compartilhado por outras participantes com vínculo empregatício. Nesses casos, embora a necessidade de obter renda tenha superado o desejo de dedicar-se integralmente ao cuidado do filho, elas transpareceram insegurança perante a necessidade de deixá-los com outrem, sejam familiares ou pessoas sem laços consanguíneos.

Desvelou-se, portanto, na visão das participantes, a crença no cuidado materno dotado de uma qualidade superior. Sobre esse achado, autores afirmam que, com o passar do tempo, embora a mulher tenha conquistado seu espaço no mercado de trabalho, ela ainda continua sendo considerada a principal responsável por realizar atividades inerentes ao espaço privado, sendo, portanto, culpabilizada pelos eventuais infortúnios que possam acontecer com os seus filhos.²⁰ Isto guarda relação com o fato de a mulher, culturalmente, sempre assumir esse papel de principal cuidadora e educadora de sua prole.¹⁴

Em síntese, cabe enfatizar que todas as entrevistadas, ao longo de suas falas, demonstraram a mesma opinião quanto à viabilidade e importância de evitar acidentes domésticos infantis. Tal ideia, com base na percepção da susceptibilidade, representa um fator capaz de influenciar positivamente na adesão às práticas para prevenir esses acontecimentos, visto que admitindo a possibilidade e agir para impedir esses eventos, o indivíduo pode aceitar a necessidade de aderir às atitudes preventivas.

A seguir será exibida a segunda categoria, constituída pela Ideia Central 1 B e seu respectivo DSC, extraído das respostas dirigidas à primeira questão do estudo, a qual buscava

conhecer o entendimento dos cuidadores sobre como os acidentes domésticos com crianças podem acontecer.

Ideia central síntese 1 B – A criança pode ingerir pecinhas pequenas, produtos de limpeza, sofrer queimaduras, quedas ou choques elétricos.

Discurso do sujeito coletivo 1 B

panela... Tem gente que deixa fácil no fogão... Quando bota cabos nas primeiras bocas, as crianças puxam... [...]. E sobre quedas... Sei não... [Risos] Cai de cama... Geralmente, assim, é, você deixar a criança em cima de uma cama, ou então de um lugar elevado, né? Pode cair de mau jeito, quebrar uma perna... [...] E as escadas tem que tá olhando porque ela aprendeu a subir, quando pensa que não quer descer... E com energia [rede elétrica] ... Ela... Tem facilidade de mexer, de ligar as tomadas e tudo, pode acontecer dele meter o dedo e... Levar choque, né? Quanto aos produtos de limpeza, que deixam em coisas baixas, que as crianças pegam e às vezes tomam... [...]. São muitos acidentes... Muitos. (M1, M2, M3, M6, M7, M9, M10, M11, M12, M13, M14, M15, M16 e A1).

Com base no DSC 1 B, as participantes demonstraram ter entendimento sobre diversos tipos de acidente que acontecem, com frequência, crianças na faixa etária de zero a cinco anos de idade, associados às suas respectivas formas de prevenção. De acordo com as entrevistadas, estas destacaram a possibilidade de as crianças serem vítimas de queimaduras ocasionadas por fogão e líquidos quentes, bem como de quedas da própria altura ou de lugares elevados, choques elétricos e intoxicação por ingestão de produtos de limpeza.

Resultados similares foram encontrados em outro estudo realizado com familiares e acompanhantes de crianças vítimas de acidentes domésticos mostraram que esses externaram compreensão satisfatória sobre os riscos para acidentes domésticos na infância. Conforme esses autores, dentre os cômodos propícios para a ocorrência desses acidentes, destacam-se a cozinha, o banheiro, as janelas e tomadas elétricas. Nesses locais, observa-se frequentemente a incidência de queimaduras com água fervente, quedas e choques elétricos.²¹

Relativo às falas das participantes desse estudo, é válido destacar que os tipos de acidentes domésticos infantis mais citados foram as queimaduras. Isto possivelmente está atrelado à frequência com que tais eventos ocorrem, associado às sequelas advindas desta injúria, como dores, cicatrizes e sofrimento, não só para a criança, mas também para a família.

Apesar da percepção satisfatória acerca dos tipos de acidentes constituir um elemento que favorece a adoção de práticas preventivas, de acordo com a dimensão susceptibilidade percebida, proposta pelo MSC, para a prevenção ser eficaz, necessita estar associada ao conhecimento sobre as fases do crescimento e desenvolvimento infantil. Tal com-

preensão será avaliada a partir das categorias advindas do segundo questionamento desta pesquisa.

No tocante à segunda pergunta do roteiro - Você acredita que os riscos destes acidentes se modificam de acordo com a idade da criança? -, a análise das respostas possibilitou a organização de quatro categorias distintas dispostas na Figura 2.

QUESTÃO	CATEGORIAS
Questão 2 - Você acredita que os riscos destes acidentes se modificam de acordo com a idade da criança?	Ideia Central 2 A - Os riscos mudam e podem aumentar quando a criança cresce, pois desperta a curiosidade, começa a andar, quer mexer em tudo, imitar o que os outros fazem.
	Ideia Central 2 B - Os riscos mudam e podem diminuir quando a criança vai crescendo porque ela já entende alguma coisa e, assim, não mexe tanto nas coisas.
	Ideia Central 2 C - Os riscos não aumentam, nem diminuem, mas mudam conforme a fase da criança e de como estejam cuidando dela.
	Ideia Central 2 D - Os riscos de acidentes não mudam com a idade.

Figura 2 - Ideias Centrais, síntese do discurso das cuidadoras quanto à mudança dos riscos para os acidentes domésticos infantis, conforme a idade da criança. - Natal/RN - 2013.

Ideia central síntese 2 A - Os riscos mudam e podem aumentar quando a criança cresce, pois isso desperta a curiosidade, ela começa a andar, quer mexer em tudo e imitar o que os outros fazem.

Discurso do sujeito coletivo 2 A

bom... Assim, pequenininha, com dois meses, inda tá de braço, né? A gente resolve. De meses eu posso crer que não tem riscos... Porque a criança é muito pequena e tem umas que não andam... Num pode se levantar pra ir mexer nas coisas [...]. Quando passa a se arrastar e andar dentro de casa é que começa a mexer nas coisas... Conforme a criança vai crescendo, vai se desenvolvendo, ela tem mais acesso ao mundo dela, entendeu? Isso pode gerar acidentes, né? [...]. (M3, M5, M7, M9, M10, M11, M12, M13 e M15).

Com base no conteúdo explicitado no DSC 2 A, observa-se que, na visão das cuidadoras, enquanto a criança ainda não adquiriu a capacidade de se locomover, seja arrastando-se ou andando, não está susceptível à ocorrência de acidentes. Assim sendo, a incapacidade de locomoção foi conside-

rada pelas participantes como um fator que permitia a elas ter um maior controle sobre a criança, isentando-a dos riscos de acidentes.

Divergindo das opiniões das entrevistadas, mesmo quando a criança não adquire a capacidade de se locomover, outras habilidades podem concorrer para os acidentes domésticos. Nessa linha de considerações, acrescenta-se que entre zero e seis meses o bebê adquire o hábito de puxar objetos e comumente levá-los à boca.²²

A explicação para isso centra-se na teoria do desenvolvimento humano psicosssexual elaborada pelo psicanalista Sigmund Freud. Segundo esse estudioso, a sexualidade está presente desde o nascimento e cada etapa do desenvolvimento do indivíduo baseia-se no comportamento afetivo demonstrado em relação a uma parte específica do corpo. Dentre as etapas versadas nesta teoria, enfatiza-se a fase oral, a qual se inicia no nascimento do indivíduo e perdura geralmente até um ou dois anos de idade, quando ocorre o desmame. Neste período, observa-se grande parte da energia sexual sendo direcionada para os lábios e a língua, tornando-a, portanto, a primeira zona erógena, visto que é esta a primeira parte a ser dominada pela criança.²³

Com base no exposto, pode-se inferir o fato dessas crianças serem mais vulneráveis a sofrer asfixia mediante a ingestão de peças pequenas, haja vista levarem facilmente os objetos em direção à boca. Nesta fase, portanto, deve-se evitar o contato da criança com brinquedos pequenos e objetos pontiagudos ou com algum revestimento tóxico. Outros acidentes também podem acontecer quando a criança possui até seis meses, como afogamentos e quedas, pois, nesse período, elas adquirem a capacidade de rolar. Ademais, há também os riscos de intoxicação pelo erro na administração de medicamentos e/ou outros produtos por pais e responsáveis.²⁴

Retornando à discussão acerca das fases do desenvolvimento pueril e sua influência sobre os riscos de acidentes domésticos, a ideia de que os riscos aumentam com a idade foi evidenciada nos relatos. Esta percepção relaciona-se a resultados de pesquisas de outros autores, quando esses afirmam que no período infante, o qual se dá entre um e dois anos de vida, a criança começa a andar e o processo de aprendizagem é adquirido de forma sensorial e motora. Logo, frequentemente, as crianças desse grupo etário sentem a necessidade de apreender objetos, pois é desse modo que consolidam o aprendizado.²⁵

Ademais, nesse período, esse público tem boa motricidade, porém uma coordenação motora ainda pouco desenvolvida. Os infantes correm, sobem e descem escadas e também são capazes de pedalar um triciclo, andar para trás, pular de um lugar alto, mas não discernem o que é perigoso. Tais particularidades tornam-nos expostos ao risco de acidentes e isso decorre de seus processos cognitivos serem desenvolvidos de forma mais veloz do que seu raciocínio.¹⁴⁻⁵

Diante das considerações acerca desta categoria, as falas reunidas no último discurso exibido denotam uma compreensão destoante da realidade quanto aos possíveis riscos

de acidentes associados às crianças que ainda não adquiriram a capacidade de locomover-se. No entanto, as participantes verbalizaram peculiaridades inerentes à fase pré-escolar relacionadas à socialização e curiosidade, as quais podem predispor as crianças aos riscos de acidentes.

Assim sendo, o cuidado, compreendido pelas participantes como elemento protetor, o qual exclui as crianças incapazes de andar de qualquer risco de acidentes domésticos, pode comportar-se como propulsor para tais acontecimentos, pois, quando é desvinculado de saberes relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil, pode contribuir para colocá-las em situações de risco.

A segunda IC que emergiu das falas das entrevistadas deu origem ao DSC 2 B e está listada a seguir.

Ideia central síntese 2 B - Os riscos mudam e podem diminuir quando a criança vai crescendo porque ela já entende alguma coisa e, assim, não mexe tanto nas coisas.

Discurso do sujeito coletivo 2 B

A partir da hora que elas vão entendendo mais as coisas, você vai explicando que aquilo ali... Vai machucar, né? A partir da hora que vai mexer numa tomada, no que vai crescendo, vai entendendo mais, vai ter o cuidado pra não botar o dedo onde não é pra botar, né? Vai saber que um fogão, se ligar um fósforo, vai sair fogo... Questão de queda e acidente... Com o tempo, né? O normal é ir diminuindo... (M2, M4, M14 e M17).

O conteúdo das falas supracitadas no DSC 2 B desvela o fato de algumas cuidadoras considerarem que, ao atingir cerca de quatro a cinco anos de idade, a criança entende as orientações dos adultos e geralmente é capaz de seguir tais advertências. Para essas participantes, o fato de crescer esteve associado a um elemento protetor contra os acidentes domésticos, uma vez que a aquisição e aperfeiçoamento de capacidades cognitivas e, conseqüentemente, maior autonomia da criança, foram vinculados à possibilidade de torná-la parceira no processo de prevenção dos acidentes domésticos infantis.

Ademais, enfatizou-se que a vivência prévia da criança com situações desagradáveis, causadoras de alguma dor, como as queimaduras, por exemplo, permite a elas correlacionar o ato de tocar em algo quente como causa de uma lesão. Observa-se, portanto, a crença das participantes de que, na fase pré-escolar, a criança tem a capacidade de memorizar situações negativas e, ao se deparar com casos similares, age para evitar experiências dolorosas.

Nesse sentido, estudos longitudinais com crianças pré-escolares, com idade entre três e cinco anos, demonstram que estas são capazes de recordar e relatar, com precisão, quantidades substanciais de informação sobre determinados eventos.²⁶ Tais resultados se repetem também em relação a eventos com alto grau de estresse, por exemplo, ter

sido vítima de um desastre natural. Porém, somente com o avanço da idade, a criança vai desenvolvendo a habilidade de extrair o significado das experiências e, conseqüentemente, aprimorando a memória.²⁷

Na fase pré-escolar, há uma percepção irreal do ambiente no qual se vive, desencadeando a incapacidade de aprender noções de segurança. Contudo, convém ressaltar a importância do “faz de conta” como uma brincadeira essencial para o desenvolvimento infantil, pois é uma forma utilizada para compreender o mundo do adulto.^{1,28}

Dessa forma, cabe aos adultos responsáveis por crianças nessa faixa etária estarem cientes de que o pensamento mágico característico dessa idade permite à criança comparar-se aos desenhos animados, fazendo-a acreditar na possibilidade cair sem se machucar. Do segundo ao quinto ano de vida, ela já corre, pula, é mais curiosa e ativa. Assim sendo, os acidentes domésticos mais comuns incluem quedas de lugares altos, traumas variados e lacerações, afogamentos, queimaduras e intoxicações.^{1,28}

Diante disso, torna-se importante realçar o fato de as participantes também terem atribuído a redução dos riscos de acidentes domésticos à capacidade infantil de compreender a diferença entre o “certo” e “errado”, conforme vão crescendo. Isso está intimamente relacionado com a percepção das depoentes de que a susceptibilidade aos riscos de acidentes na faixa etária entre quatro e cinco anos diminui em razão de as crianças entenderem as ordens dos pais e obedecerem-nos.

De fato, durante a fase pré-escolar, adquire-se a capacidade de discernir o certo e o errado de acordo com as regras impostas dentro do contexto social vivenciado. Em razão disso, o reconhecimento do comportamento adequado estimula a iniciativa e propicia a autoestima positiva. Não obstante, o fracasso reconhecido pelos que os cercam pode desencadear sentimento de culpa por julgar-se responsável pelos seus atos.²⁵

Diante das considerações expostas no decorrer desta categoria, é importante observar que os dois modos de pensar incluem elementos condizentes com a literatura científica, entretanto é preciso ter cautela quanto ao grau de confiança e liberdade concedido às crianças na faixa etária pré-escolar. Pois, conforme evidenciado, seu desenvolvimento cognitivo ainda não alcançou um grau de desenvolvimento satisfatório para lhe garantir segurança em circunstâncias de perigo. A seguir, será mostrada a terceira categoria, a qual diz respeito à ideia central 2C.

Ideia central 2 C - Os riscos não aumentam, nem diminuem, mas mudam conforme a fase da criança e de quem esteja cuidando dela.

Discurso do sujeito coletivo 2 C

Conforme a criança vai crescendo ela aprende assim, até a ter uma defesa, mas assim, o cuidado tem que ser o

mesmo. [...] Quando ela começou a andar, engatinhar, puxar as coisas, eu tinha a preocupação do fogo... De cozinhar... Que era perto... Se deixar ela sozinha, se não tiver de olho, ela pode... Derrubar a panela de café em cima... Pode mexer onde não é pra mexer. Botar... Acho que os dedos na tomada... Quando a criança é pequena é mais perigoso. Eu acho que quando fica maior, se acha mais forte e vai assim pra brincadeira que não pode, aí cai, se machuca, quebra um braço, uma perna. Aí às vezes vai brincar com tesoura, com faca. Que a mãe já acha que pode, né? Mas não pode. [...] Então eu acho que eles (os riscos de acidentes) se modificam, mas não diminuem não [Risos]. (M1, M13, M16 e A2).

A percepção evidenciada no DSC 2C é o que mais se aproxima da susceptibilidade discutida nos estudos científicos, pois as habilidades adquiridas pelas crianças expõem-nas a diversos tipos de acidentes, conforme o estágio de desenvolvimento no qual elas vivenciam.²⁵ Tal entendimento é capaz de nortear as cuidadoras, priorizando sua atenção para as situações de maior risco, segundo as competências apresentadas pela criança. Desse modo, o cuidado é individualizado e direcionado a fim de suprir as necessidades de cada uma delas. Torna-se pertinente destacar que apenas quatro mulheres contribuíram para elaboração desse discurso.

Ademais, de modo implícito, reafirma-se nessa fala a ideia da possibilidade de evitar os acidentes, bem como da necessidade de vigilância da criança visando impedi-los. No entanto, diferentemente das duas ICs anteriores (DSC 2 A e DSC 2 B), pela primeira vez, essa necessidade não se restringiu a determinadas etapas do desenvolvimento infantil, sendo vista como imprescindível durante toda a infância.

A última ideia central emergida das respostas à pergunta: Você acredita que os riscos destes acidentes se modificam de acordo com a idade da criança? A partir desse questionamento, construiu-se o DSC 2 D, o qual está descrito a seguir.

Ideia central síntese 2 D - Os riscos de acidentes não mudam com a idade.

Discurso do sujeito coletivo 2 D

É o mesmo risco, porque uma criança quando tá pequenininha ou tá andando puxa tudo. Já puxa as coisa, já puxa o que tem em cima de uma mesa... Puxa uma coisa que tá em cima da cama... Puxa tudo, mulher! Uma coisinha dessa tem que saber de nada?! Tudo que vê puxa. Quanto ao afogamento eu acho que toda idade, sabe? Porque... Como minha mãe dizia: “Água não tem cabelo pra pessoa segurar”. Aí eu morro de medo. Porque sempre vai ter uma curiosidade até... Aprender mesmo, ficar adulto, vai ser desse jeito. Eu acho que não muda não (os riscos), sobre acidente, muda não. Essa aí, ela sabe, mas tem que tá prestando atenção, porque mesmo assim ainda faz, né?

Tem que tá dizendo: “Olha panela aí, fulana.... Não passe perto do fogão, né? Esses negócio... (M8, M18 e A2).

Após a análise deste discurso, infere-se que o pensamento expresso pelas cuidadoras requer atenção, pois desvelam lacunas significativas no entendimento sobre o desenvolvimento infantil e sua relação com os riscos de acidentes domésticos na infância. Tal conhecimento mostrou-se insuficiente para impedir que os acidentes ocorressem. Destarte, é fundamental que o enfermeiro, considerado um educador nato, atue junto com essas mães esclarecendo-as sobre os principais riscos de acidentes domésticos associados às aptidões infantis, conforme a fase vivenciada.

Assim, pode-se destacar a necessidade de explicar que o “não” pode ser incompreensível para as crianças, mesmo aquelas em idade pré-escolar, entre três e seis anos de idade, e que, durante esse período, o elogio àquelas que entram em contato com objetos ou circunstâncias seguras pode estimular as crianças a repetir atos desse tipo.

Para explicar melhor o assunto, a Teoria Psicossocial de Erick Erikson afirma que, quando a criança está nesse estágio de desenvolvimento, a fase de iniciativa *versus* culpa predomina. Esse período se caracteriza por uma capacidade de intensa imaginação e exploração do mundo físico, associada à percepção irreal do ambiente no qual se vive. Portanto, os adultos responsáveis devem estar cientes de que o pensamento mágico característico dessa idade permite a ela comparar-se aos desenhos animados, fazendo-a acreditar na possibilidade de cair sem se machucar. Desse modo, os acidentes domésticos mais comuns incluem quedas de lugares altos, traumas variados e lacerações, afogamentos, queimaduras e intoxicações.^{1,22,28}

Nesse sentido, diante de diversas percepções de susceptibilidade exibidas em resposta à questão em apreço, exacerbou-se a fragilidade da compressão sobre os acidentes domésticos infantis e aspectos relacionados ao desenvolvimento. Posteriormente, estão distribuídas as ICs 3 A e 3 B, as quais foram sistematizadas em resposta à pergunta: Você acha que a sua casa é um lugar propício para a ocorrência de algum acidente com a(s) criança(s) de quem você cuida?

Ideia central síntese 3 A - Tem riscos porque a casa não é apropriada para uma criança: não tem espaço para brincar, segurança; tem escadas; as tomadas são baixas e o chão é liso.

Discurso do sujeito coletivo 3 A

Na minha casa tem facilidade dela se machucar. Porque não é uma casa apropriada pra uma criança. [...] Porque é uma casa apertada... Entendeu? Você sabe que criança precisa de espaço, né? O tempo todo é... Energia, né? É mexendo nas coisas, é subindo. [...] Tem também as escadas. Já pensou se ela rola lá de cima? Então onde eu moro corre bastante risco. Eu já mudei justamente por

isso, porque a casa que eu morava tinha uns cinco lances de escada, que era muito perigoso e assim, muito apertado, não tinha espaço pra ela. [...] De queimadura, eu tenho medo de [...] “Bojão” de gás... Mas a gente fica tudo de olho. Eu acho que a gente vive cercado de acidente e o importante é ter cuidado, né? A gente tem que tá sempre atento. (M2, M4, M5, M11, M12, M16, A1 e A2).

Com base no conteúdo do DSC 3 A, desvelou-se a percepção das depoentes quanto à existência de riscos específicos para acidentes com crianças em seus respectivos domicílios. Em parte, essa susceptibilidade foi atribuída à má infraestrutura domiciliar, evidenciada pelo espaço insuficiente. Tal realidade advém de suas precárias condições socioeconômicas, pois a maioria afirmou dispor de uma renda familiar mensal equivalente a um salário-mínimo.

Quanto à carência de espaço, as participantes ressaltaram a importância desse fator devido à necessidade de a criança brincar como forma de dissipar sua energia intensa e sucumbir à curiosidade. Diante disso, ressalta-se a importância do brincar para o desenvolvimento cognitivo infantil pelo fato de proporcionar a aquisição de capacidades importantes, como a memória, atenção e imaginação. Além disso, essa prática possibilita a socialização, a partir da interação, bem como o uso de normas e funções sociais, pois, ao representar figuras, como mãe e super-heróis das histórias, usam a imaginação, permitindo maior compreensão sobre si mesma e os outros.²⁹

Dando continuidade aos aspectos ambientais elencados como fatores de risco, as escadas foram destacadas. No discurso em apreço, as percepções de susceptibilidade e perigo geradas por essa estrutura foi tamanha que culminou na opção de mudança de domicílio. O perigo ofertado às crianças pelos degraus guarda relação com a fragilidade da coordenação motora e equilíbrio delas, especialmente naquelas com idade entre um e quatro anos, as quais sobem e descem escadas com dificuldade.²⁵ As sequelas de traumas advindos de quedas de lugares elevados são capazes de trazer danos significativos, podendo ser permanentes ou até levar a óbito.

Além desses fatores, outros componentes presentes na residência foram citados como possíveis causadores de acidentes domésticos infantis, a saber: sofás e mesas, nos quais a criança pode subir e cair, bem como o chão liso, que pode provocar quedas com mais facilidade, sobretudo quando molhado. Citou-se também a possibilidade de choques elétricos devido às tomadas estarem em locais de fácil acesso à criança. Por fim, relatou-se a chance de queimaduras envolvendo botijões de gás de cozinha.

O próximo discurso em resposta à questão - Você acha que a sua casa é um lugar propício para a ocorrência de algum acidente com a(s) criança(s) de quem você cuida? - foi o DSC 3 B, disposto logo abaixo.

Ideia central síntese 3 B – Não tem risco porque a casa é pequenininha e a cuidadora está sempre perto da criança, evitando diversos tipos de acidentes.

Discurso do sujeito coletivo 3 B

Quando eu tô em casa, não tem como não, porque se eu olhar pra um lado, dá pra ver tudo, que o espaço é bem pequenininho. [...] Nunca surgiu um acidente mais grave não porque eu sempre tô em cima dele. Aí não tem como acontecer não. (M1, M3, M6, M7, M8, M10, M15, M17 e M18).

Assim como no discurso anterior (DSC 3 A), no DSC 3 B, a casa habitada também foi caracterizada como pequena. No entanto, de modo divergente ao primeiro discurso, esse fator foi percebido como algo capaz de facilitar na prevenção de acidentes domésticos. Tal percepção se embasou na ideia de que em um ambiente menor haveria maior facilidade para observar as crianças e, conseqüentemente, evitar os acidentes.

Divergindo desses achados, autores argumentam poucos cômodos como algo favorável à ocorrência de acidentes domésticos.³⁰ Provavelmente em virtude do pequeno espaço disponível para as crianças praticarem ações típicas de sua fase de desenvolvimento com segurança, como correr, pular e brincar, o que facilitaria quedas e maior contato com elementos como fogo e objetos perfurocortantes.

Ademais, a ausência dos riscos no domicílio percebidos pelas participantes também esteve associada a cuidados específicos desempenhados por elas, aliados à sua vigilância permanente. No entanto, embora as participantes tenham afirmado nesse discurso que não permitiriam a ocorrência desses eventos com as crianças, pois estavam sempre por perto, de maneira contraditória, quando questionadas sobre a vivência de episódios de acidentes domésticos, algumas delas afirmaram ter vivenciado pelo menos um episódio.

CONCLUSÃO

No tocante à susceptibilidade percebida pelas cuidadoras, emergiram diversas ideias centrais, dentre as quais incluíram percepções das entrevistadas quanto às causas dos acidentes domésticos infantis, bem como a respeito dos tipos desses acontecimentos. Torna-se pertinente realçar que, de forma unânime, as participantes julgaram esses eventos como evitáveis, sendo sua prevenção condicionada à vigilância constante dirigida à criança.

Além disso, identificou-se as percepções quanto às mudanças dos riscos para esses acidentes, conforme a idade da criança, e à susceptibilidade da casa habitada para esses episódios. Os discursos acerca desses aspectos mostraram-se destoantes, gerando categorias antagônicas, de modo que tais opiniões variaram desde a existência de riscos diversos até o não reconhecimento de susceptibilidade a esses even-

tos. Tal dissonância foi considerada preocupante, pois de acordo com o MCS um dos requisitos à adoção de práticas de prevenção à saúde diz respeito à crença na vulnerabilidade a alguma doença ou dano.

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade de o enfermeiro, enquanto educador, canalizar esforços para a realização de ações voltadas para os cuidadores, técnicos de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, com temas que englobem desde o conhecimento sobre o desenvolvimento neuropsicomotor infantil, sua relação com os tipos de acidentes, as principais noções de segurança até a necessidade de uma supervisão mais efetiva.³¹ A fim de atingir tal propósito, recomenda-se que esse profissional articule-se com os demais membros da equipe, juntamente com outros setores, como creches, escolas, igrejas, e realize parcerias para promover medidas integrais e intersetoriais no intuito de prevenir acidentes domésticos infantis.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro MO. Desenvolvimento Infantil: A criança nas diferentes etapas de sua vida. In: Fujimore E, Ohara CVS. (Orgs.). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*, Barueri: Manole, 2009, p. 61-90.
2. Paes CE, Gaspar VL. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J. pediatr.* 2005; 81(5):146-54.
3. Del Ciampo LA, Ferraz IS, Tazima MFGS, Bacheche LG, Ishikawa K, Paixão R. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. *Pediatria (São Paulo)*. 2011; 33(1):29-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Informações de saúde. Óbito por Causas Externas em 2010*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 10 ago. 2012.
5. Martins CBG. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Rev. bras. enferm.* 2006; 59(3):344-8.
6. Canabarro ST. Traumas físicos em crianças de zero a seis anos ocorridos em domicílio [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Enfermagem, 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006.
9. Japiassu H, Marcondes D. *Dicionário básico de filosofia*, 5ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
10. Neves LAS. Prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.
11. Dela Coleta MF. Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos e instrumentos. 1ª edição. Taubaté (SP): Cabral Editora e Livraria Universitária. Capítulo 1, *Modelo de Crenças em Saúde*; 27-62.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 466/12 e outras). Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 05 dez. 2013.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. 2ª edição. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.
14. Souza LJEX, Rodrigues AKC, Barroso MGT. A família vivenciando o acidente doméstico – relato de uma experiência. *Rev. latinoam. enferm.* 2000; 8(1): 83-9.
15. Martins CBG, Andrade SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. *Rev. latinoam. enferm.* 2005; 13(4): 530-7.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2010. Notícias*. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/frRN.def>>. Acesso em: 28 out. 2013.
17. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Mirim: dicionário ilustrado da Língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Positivo; 2005.
18. Brito MEM. A influência da cultura familiar no cuidado à criança vítima de queimadura [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.
19. Oliveira RG. *Blackbook - pediatria*. 4ª edição. Belo Horizonte: Black Book Ed; 2005.
20. Vieira LJES, Barroso MGT. Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada. *Acta sci., Health sci.* 2004; 26(1):95-106.
21. Vieira LJES, Carneiro RCM, Frota MA, Gomes ALA, Ximenes LB. Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(5): 1687-97.
22. Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
23. Gusmão SML. A teoria do desenvolvimento humano segundo Freud e Rogers. In: Encontro Latino-Americano da Abordagem Centrada Na Pessoa; Maragogi, AL. *Anais do VII Encontro latino-americano da abordagem centrada na pessoa*; 1994. Disponível em: <<http://gruposerbh.com.br/textos/artigos/artigo15.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.
24. Pereira SFA, Garcia CA. Prevenção de acidentes domésticos na infância. *Revista de Enfermagem Universidade de Santo Amaro*. 2009; 10(2): 172-7.
25. Fujimori E, Ohara CV. (Orgs.). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. São Paulo: Manole; 2009.
26. Fivush R, Sales JM. Children's memories of emotional events. In: D. Reissberg, D., & Hertel, P. (2004). *Memory and emotion*. New York: Oxford University Press, 2004.
27. Brown D, Schefflin AD, Hammond DC. *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: Norton & Company, 1998.
28. Issler H, Leone C, Marcondes E. *Pediatria na Atenção Primária*, 1ª edição. São Paulo: Sarvier, 2002.
29. Silva JM, Oliveira AAA. Jogos e brincadeiras na educação infantil, análise no pré II do Centro Municipal de Educação Infantil Vinícius de Moraes. *Rev. eventos pedag.* 2012; 3(2): 131 - 140.
30. Vendrusculo TM, Balieiro CRB, Echevarría-Guanilo ME, Farina Junior JA, Rossi LA. Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente. *Rev. latinoam. enferm.* 2010; 18(3): 157-64.
31. Filócomo FRF, Harada M JCS, Silva CV, Pedreira M LG. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. *Rev. latinoam. enferm.* 2002; 10(1) 41-47.

Recebido em: 28/05/2015

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 08/01/2016

Publicado em: 01/10/2016

Autor correspondente:

Allyne Karlla Cunha Gurgel
Rua Piracema, 4668, Neópolis,
Natal, RN, Brasil.
CEP: 59088-480