

Artigos originais

Intervenção educativa sobre prevenção de acidentes infantis domésticos realizada por estagiários de Fonoaudiologia na Unidade de Saúde da Família

Prevention of domestic child accidents: an educational intervention conducted by Speech Therapy trainees in a Family Health Care Unit

Edinalva Neves Nascimento¹

<https://orcid.org/0000-0002-8154-0716>

Sandra Regina Gimeniz-Paschoal¹

<https://orcid.org/0000-0003-0330-132X>

Luciana Tavares Sebastião¹

<https://orcid.org/0000-0002-1475-4837>

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Marília, São Paulo, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



RESUMO

Objetivo: verificar efeito de uma intervenção educativa sobre prevenção de acidentes infantis domésticos realizada por estagiários de Fonoaudiologia.

Métodos: trata-se de uma pesquisa intervencional com dados primários de pesquisa. A ação foi realizada por duas estagiárias de Fonoaudiologia com 30 responsáveis por crianças que frequentavam uma Unidade de Saúde da Família. Foram utilizadas duas figuras com imagens ilustrando objetos e situações de risco para acidentes e de segurança. Foram elaborados dois roteiros de entrevista que permitiram identificar dados pessoais e os conhecimentos dos responsáveis sobre os riscos para acidentes infantis no ambiente domiciliar antes e após a realização da intervenção educativa.

Resultados: antes da intervenção os responsáveis identificaram 187 situações para acidente infantil e após 215. Dentre os 30 responsáveis participantes, 23 tiveram mudanças significantes em suas respostas e sete não tiveram modificação nos conhecimentos. A mudança principal foi em relação a "Envenenamento- intoxicação acidental por exposição a outras substâncias químicas nocivas" e "Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda".

Conclusão: a intervenção realizada promoveu aumento de relatos corretos dos participantes e pode ser incorporada às ações de prevenção de doenças realizadas pelos estagiários e profissionais fonoaudiólogos que atuam na atenção básica.

Descritores: Fonoaudiologia; Prevenção de Acidentes; Prevenção de Doenças; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde

ABSTRACT

Purpose: to check the effect of an educational intervention on the prevention of domestic child accidents, carried out by Speech Therapy trainees.

Methods: an interventional research that uses primary research data. The action was done by two interns of Speech Therapy with 30 caregivers of children who attended a Family Health Unit. For the carrying out of the educational intervention, two pictures with images which represented objects and situations of risk of accidents were used. Two interview scripts were elaborated, which allowed to identify the caregivers' personal data and their knowledge about the risks of child accidents in the domestic environment before and after carrying out of the educational intervention.

Results: before the educational action, the caregivers identified 187 situations for child accidents, and after the intervention, 215 dangers were identified. Among the 30 caregivers who participated, 23 had significant changes in their answers and seven did not have any change in their knowledge. The main change was in relation to "Accidental poisoning-intoxication by exposure to harmful chemicals" and "The impact caused by an object thrown, projected or falling".

Conclusion: the intervention promoted an increase in the participants' correct reports, and it can be incorporated to the actions of accidents prevention carried out by the trainees and professionals of Speech Therapy who work in basic healthcare.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Accident Prevention; Disease Prevention; Primary Health Care; Health Education

Recebido em: 20/12/2018

Aceito em: 16/09/2019

Endereço para correspondência:

Edinalva Neves Nascimento
Rua Santa Helena, 1967 casa 27,
Jardim Estoril
CEP: 17514-410 — Marília, São Paulo,
Brasil
E-mail: edinalvanevesnascimento@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Doenças (CID 10) define acidentes e violências como causas externas de morbidade e mortalidade. Os acidentes englobam as quedas, os cortes, o envenenamento, o afogamento, as queimaduras, o acidente de trânsito, entre outros¹.

As intoxicações, especialmente as medicamentosas, também são tipos de acidentes que ocorrem entre as crianças². Em crianças pode-se notar a ocorrência de acidentes desde os primeiros anos de vida, sendo comuns as quedas, os cortes e as queimaduras³. Pesquisa prospectiva realizada em Pelotas, Rio Grande do Sul, com 11.315 crianças descreveu a incidência de acidentes em crianças até quatro anos e, neste estudo, as quedas foram as mais frequentes, seguidas dos cortes e das queimaduras³. Tratando-se da faixa etária, os acidentes infantis ocorrem principalmente de dois a cinco anos (42,4%), sendo observados também na faixa etária de seis a nove anos (37,4%) e de zero a um ano (20,3%)⁴. Podem ser identificados também de zero a nove anos (15,6%) e de 10 a 19 anos (17,7%)⁵.

O ambiente doméstico é um local frequente para ocorrência de acidentes, principalmente quedas, choques elétricos, colisões, cortes, queimaduras, escorregões, obstruções de vias aéreas e intoxicações⁶. Falando especificamente das queimaduras, as situações de risco que favorecem a sua ocorrência em casa são o fogão, o ferro de passar roupa, as panelas, os alimentos quentes, os fósforos, os isqueiros, bem como produtos químicos e inflamáveis⁷.

Estudo realizado com 111 crianças até 14 anos de idade em Tubarão, Santa Catarina, revelou que 50 delas tiveram a face afetada, principalmente por escaldadura (água, óleo, café, leite, chá e outros alimentos quentes) e fogo (explosão com álcool ou chama direta)⁸. Quando as queimaduras atingem a região da face e/ou pescoço as mesmas podem comprometer a deglutição, a respiração, a articulação da fala, a mastigação e a mímica facial⁹.

Estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, com o objetivo de identificar e descrever os acidentes domiciliares na infância, mostrou que raramente os familiares identificam as situações de risco que provocaram o acidente na criança dentro de suas casas⁶. Isto justifica a necessidade de realização de atividades de educação em saúde junto à população no sentido de maximizar a identificação dos riscos e as providências de proteção em relação aos acidentes⁷.

Os pais e/ou responsáveis pelas crianças são público alvo importante para ações educativas sobre prevenção de acidentes infantis, de forma a conhecerem os riscos que podem ser encontrados no ambiente doméstico e promoverem comportamentos seguros e de proteção para a criança⁶.

As estratégias de prevenção de acidentes infantis podem ser realizadas pelo médico, especialmente o pediatra¹⁰. Porém, qualquer profissional da saúde pode realizar e/ou participar de ações educativas de prevenção sobre esta temática, caso tenha conhecimento e/ou experiência.

Estudo realizado com 52 profissionais médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de um serviço de urgência e emergência de Sorocaba, São Paulo, demonstrou que ainda é necessária qualificação profissional para atuar especialmente na prevenção dos acidentes domésticos¹¹.

Estudo prévio realizado em escola de educação infantil com o objetivo de descrever uma ação inter-setorial de prevenção de acidentes infantis ampliou os conhecimentos do professor e das crianças que participaram da ação¹². Além da escola, o fonoaudiólogo também pode realizar atividades educativas de prevenção de acidentes em unidades de atenção primária à saúde¹³.

A participação do fonoaudiólogo nas ações educativas de prevenção de acidentes é ratificada pelo fato de as lesões comumente afetarem cabeça, face e pescoço, comprometendo a fala, a linguagem, a voz, a audição, a deglutição e a respiração, entre outras funções de atuação terapêutica fonoaudiológica¹³.

Assim, é necessário evitar as lesões, realizando-se estudos de prevenção dos acidentes infantis, especialmente pelos fonoaudiólogos que atuam na atenção primária à saúde, ou mesmo por estagiários de Fonoaudiologia que realizam suas atividades de formação neste cenário.

Nessa perspectiva, o objetivo geral deste estudo foi verificar o efeito de uma intervenção educativa sobre prevenção de acidentes infantis domésticos realizada por estagiários de Fonoaudiologia.

MÉTODOS

Essa proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" sob o Protocolo 2544/2008. Trata-se de uma pesquisa intervencional que se utiliza de dados primários de pesquisa¹⁴.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBSF), localizada na zona urbana de um município do centro-oeste paulista, com 237.130 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) igual a 0,798¹⁵.

Primeiramente foi realizado contato com a enfermeira do trio gestor da UBSF para verificar a aplicabilidade do estudo. Mediante o consentimento, o projeto foi analisado pela Divisão Municipal de Avaliação em Pesquisa (DIMAP) da Secretaria Municipal de Saúde que autorizou a pesquisa na Rede Municipal de Saúde.

Elaboração dos instrumentos de coleta de dados e preparação dos materiais educativos

Para a coleta de dados foram elaborados dois instrumentos (roteiros de entrevista) com questões abertas.

O primeiro roteiro continha questionamentos referentes a características pessoais dos participantes (escolaridade, estado civil e profissão) e da visita à unidade de saúde e apresentava quatro perguntas: 1) Alguma criança já se acidentou na sua casa? 2) Se sim, como foi? 3) Observando esta figura (contendo a situação de risco) quais são os perigos para acidentes com as crianças que você identifica? 4) Gostaria de fazer alguma outra observação?

O segundo roteiro de entrevista não contemplava itens relativos a aspectos pessoais dos participantes e da visita, mas também apresentava quatro questões: 1) Observando a figura novamente, o que você identifica como perigo? 2) Dentre os perigos discutidos, quais deles você observa(ou) na sua casa ou na residência de parentes e amigos? 3) Quais mudanças você faria na cozinha para evitar que as crianças se acidentem? 4) O que você achou do material impresso (figuras) utilizado na orientação?

Foram selecionadas as variáveis de interesse, ou seja, do primeiro roteiro as características pessoais dos participantes, bem como as respostas relativas às situações de risco: “Observando esta figura (contendo a situação de risco), quais são os perigos para acidentes com as crianças que você identifica?”. No segundo roteiro foram utilizadas as respostas referentes à pergunta: “Observando a figura novamente, o que você identifica como perigo?”.

Foi realizado um pré-teste dos instrumentos de pesquisa na mesma UBSF com cinco responsáveis pelas crianças que não participaram da amostra final. O

objetivo do pré-teste foi verificar a clareza das questões à população para a qual se destinava, não havendo a intenção de validar o instrumento da pesquisa.

Durante a preparação dos materiais educativos, foram selecionadas duas ilustrações de uma cozinha (Figuras 1 e 2) para a realização da intervenção educativa. A Figura 1 possuía imagens de objetos e situações de risco para queimaduras, quedas e cortes, entre outros tipos de acidentes. A Figura 2 ilustrava situações de proteção e de segurança.

As ilustrações foram disponibilizadas durante a Campanha “Tylenol: vida de criança na casa segura” e foram impressas em tinta colorida (para facilitar a visualização), preparadas em duas folhas do tamanho A4 (uma para situação de risco e outra de segurança) e plastificadas (para facilitar o manuseio).

Seleção dos participantes da pesquisa

Foi fixado um cartaz na UBSF convidando a população para participar da ação educativa e foram feitas abordagens diretas pelas estagiárias de Fonoaudiologia. Também foi realizada uma tentativa de parceria com o médico da Instituição, no sentido dele informar aos responsáveis pelas crianças que passavam pela consulta sobre a existência desta pesquisa. Assim, após a consulta, o médico da UBSF sugeria aos responsáveis pelas crianças procurarem a estagiária de Fonoaudiologia para a realização da ação educativa.

A rotina da Instituição também permitiu que os responsáveis fossem abordados pelas estagiárias na sala de espera. Desta forma, em alguns momentos as entrevistas ocorreram antes dos atendimentos (médico, odontológico e fonoaudiológico) e em outros momentos após as consultas.

Foram convidados a participar deste estudo todos os responsáveis pelas crianças (pais, parentes, etc.) que frequentaram a unidade de saúde no dia e horário do estágio. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Considerou-se como critério de inclusão a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve perdas e casos excluídos na amostra.

Qualificação dos Estagiários de Fonoaudiologia

Todas as ações desta pesquisa foram realizadas por duas estagiárias do terceiro ano de Fonoaudiologia de uma Universidade pública do Estado de São Paulo

que realizavam estágio curricular na UBSF nas tardes de quarta-feira.

A qualificação das estagiárias para o desenvolvimento desta ação foi feita por uma pesquisadora fonoaudióloga e doutoranda em educação participante do Grupo de Pesquisa Educação e Acidentes (EDACI), que naquele momento realizava atividade docente junto ao referido Estágio.

Durante as supervisões do Estágio a pesquisadora apresentou materiais para leitura sobre a temática, especialmente o referencial teórico que demonstrava a correlação entre os acidentes e a Fonoaudiologia¹³, propondo registros e reflexões preventivas em um caderno, o qual foi chamado pelas estagiárias de “Diário de Bordo”.

As estagiárias sanavam dúvidas com a pesquisadora presencialmente durante as supervisões quinzenais e também recebiam retorno no formato

de comentário escrito no Diário sobre os resultados obtidos e as propostas de melhoria para as ações que estavam sendo realizadas.

Momento Pré-intervenção

Em um primeiro momento foi apresentada a Figura 1 aos responsáveis pelas crianças, de forma individual, com 15 possibilidades de acidentes. O escore máximo que poderia ser alcançado por todos era de 450 discriminações (30 participantes multiplicado por 15 possibilidades).

Foi solicitado aos participantes que relatassem os perigos existentes, mediante ao questionamento: “Observando esta figura quais são os perigos para acidentes com as crianças que você identifica?” As respostas dos responsáveis foram registradas pelas estagiárias no Diário.

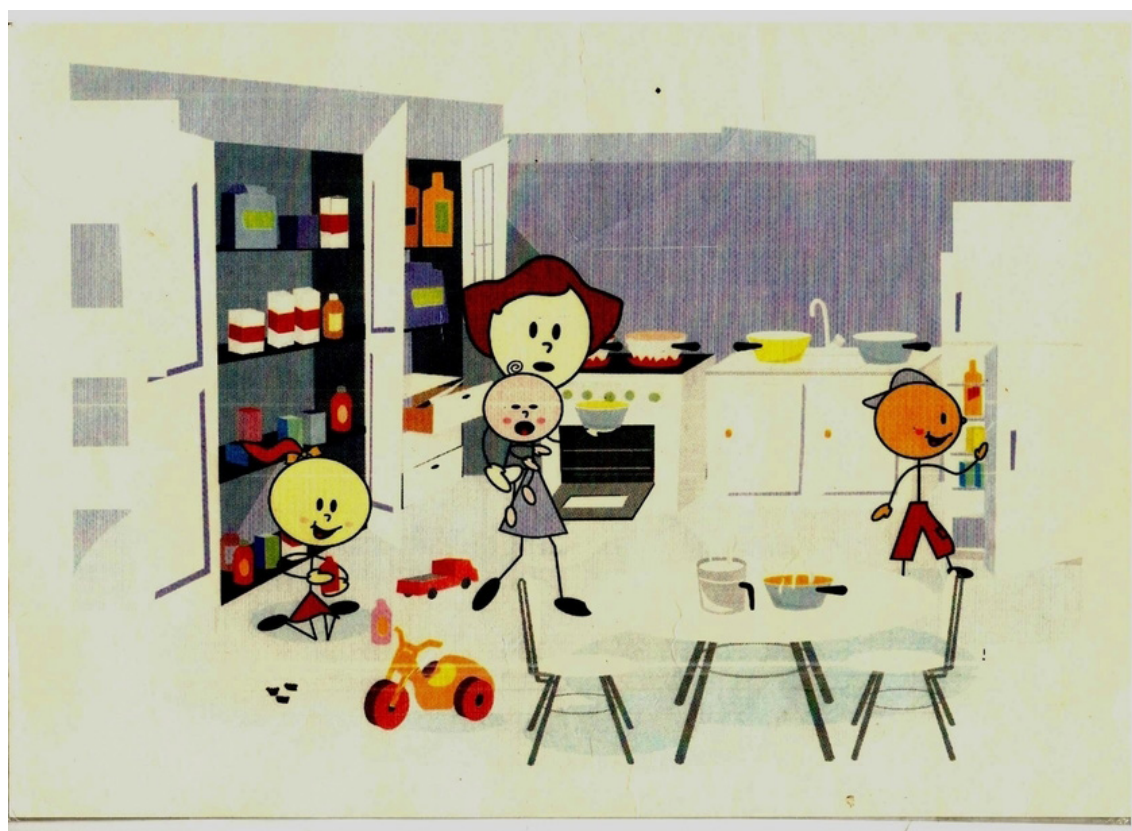


Figura 1. Ambiente com risco para acidentes infantis

Momento da intervenção

Após a discriminação das situações de risco, sob a visão dos participantes, foi realizada a intervenção educativa, que constituiu de uma explicação de todas as situações de risco para acidentes infantis

existentes na figura, de forma dialogada, oferecendo a oportunidade para questionamentos. Em seguida foi apresentada a Figura 2 com situações de segurança (sem riscos para acidentes), destacando-se a diferença que existia entre um ambiente perigoso e outro seguro.

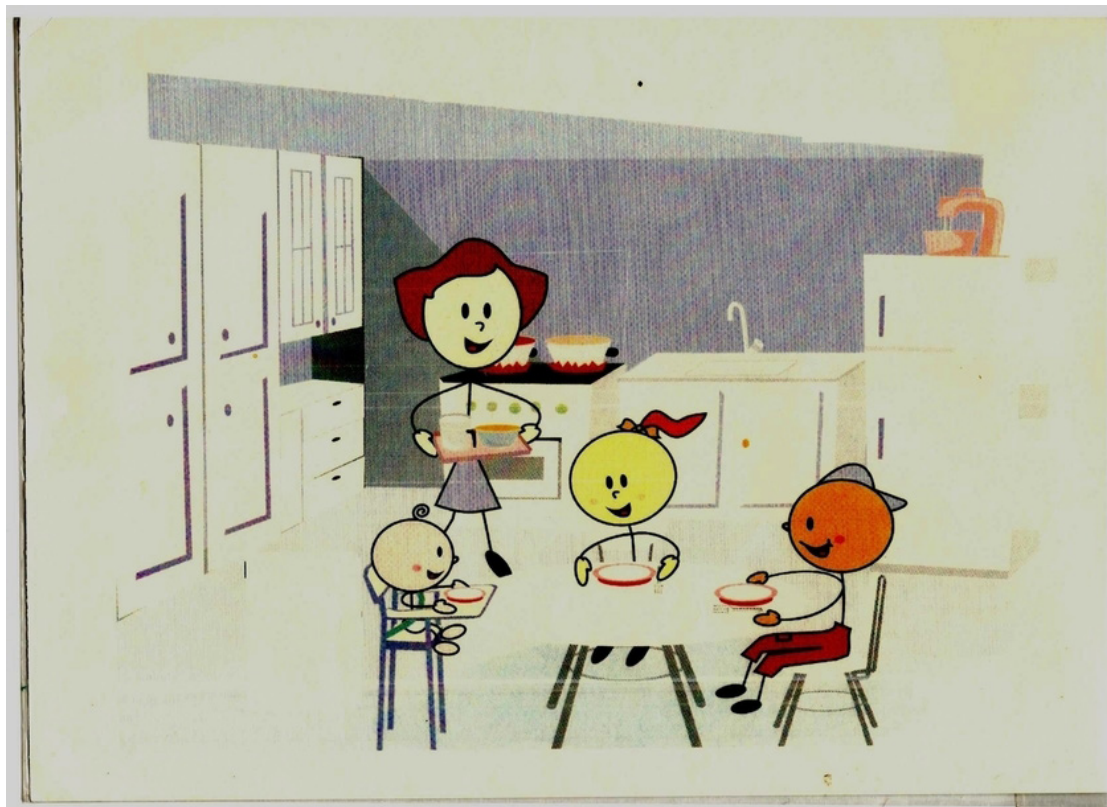


Figura 2. Ambiente com proteção para acidentes infantis

Momento Pós- intervenção

Foi novamente apresentada a Figura 1 e solicitado aos participantes que indicassem os perigos presentes, com base nas informações trabalhadas na ação educativa. Foi realizada a seguinte pergunta: “Observando a figura novamente, o que você identifica como perigo?”. Os relatos foram novamente registrados no Diário. Cada intervenção educativa durou entre 10 e 20 minutos.

As informações obtidas foram registradas em duas colunas (pré e pós) e analisadas individualmente de acordo com a fala de cada respondente. As falas foram categorizadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). A categorização realizada foi avaliada por dois juízes experientes em pesquisas da área da saúde, havendo concordância de 96%.

Para comparar os escores no pré e pós-intervenção dos participantes foi utilizado o Teste de Wilcoxon. Para comparar os escores entre os tipos de acidentes foi utilizado o Teste de Proporção. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados dos testes que apresentaram α menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram desse estudo 30 responsáveis pelas crianças que frequentaram a UBSF. A maioria da amostra pertencia ao sexo feminino (93,4%), 46,7% era casada, 53,7% do lar e 43,4% possuía ensino fundamental incompleto, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos participantes

Sexo	
Feminino	93,4%
Masculino	6,6%
Escolaridade	
Fundamental incompleto	43,4%
Fundamental completo	23,4%
Médio completo	10,0%
Supletivo	10,0%
Médio incompleto	3,3%
Superior completo	3,3%
Analfabeto	3,3%
Estado civil	
Casado	46,7%
Solteiro	33,3%
Amasiado	10,0%
Divorciado	10,0%
Profissão	
Do lar	53,4%
Doméstica	16,8%
Estudante	10,0%
Serigrafista	3,3%
Vendedora	3,3%
Autônomo	3,3%
Auxiliar de produção	3,3%
Operadora de máquina	3,3%

Fonte: elaborada pelos autores

Os participantes compareceram na unidade de saúde principalmente para realização de consulta médica (56,7%). Além disso, foram buscar medicamento (6,7%) e pesar a criança (6,7%). Foram relatados como motivos de ida à unidade a realização de exame preventivo (3,3%), a realização de teste de gravidez (3,3%) e o acompanhamento em consulta (3,3%).

Resultados referentes aos tipos de acidentes

A análise dos tipos de acidentes mencionados pelos participantes permitiu uma classificação entre W00 a X59, de acordo com o CID 10. Os resultados estão apresentados na Tabela 2.

Os resultados mostraram que antes da ação educativa os responsáveis identificaram 187 situações para acidente infantil e após a intervenção foram identificados 215 perigos. De acordo com o Teste de Proporção, a mudança estatisticamente significativa foi em relação a “Envenenamento (intoxicação) acidental por exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas”, representada pelo CID X49 e $\alpha = 0,0292$. Outra mudança que foi próxima à significância foi o “Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda”, CID W20 e $\alpha = 0,0642$.

Tabela 2. Distribuição dos tipos de acidentes discriminados pelos participantes

Categorias do CID10	Descrição da categoria CID 10	Pré		Pós		Teste de Proporção
		N	%	N	%	
W01	Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos (traspés)	12	6,4	14	6,5	0.4838
W07	Queda de uma cadeira	6	3,2	5	2,3	0.7100
W20	Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda	19	10,2	33	15,3	0.0642
W23	Apertado, colhido, comprimido ou esmagado dentro de ou entre objetos	1	0,5	0,0	0,0	0.9995
W26	Contato com faca, espada e punhal	13	7,0	19	8,8	0.2530
W45	Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele	1	0,5	1	0,5	0.5000
W79	Inalação e ingestão de alimentos causando obstrução do trato respiratório	1	0,5	1	0,5	0.5000
W80	Inalação e ingestão de outros objetos causando obstrução do trato respiratório	11	5,9	14	6,5	0.4019
W83	Outros riscos especificados à respiração	0	0,0	1	0,5	0.1665
W85	Exposição a linhas de transmissão de corrente elétrica	0	0,0	1	0,5	0.1665
X10	Contato com bebidas, alimentos, gordura e óleo de cozinha quentes	43	23,0	49	22,8	0.5190
X15	Contato com aparelhos domésticos quentes	38	20,3	29	13,5	0.9660
X44	Envenenamento (intoxicação) acidental por e exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas	34	18,2	28	13,0	0.9251
X49	Envenenamento (intoxicação) acidental por exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas	2	1,1	9	4,2	0.0292
X59	Exposição a fatores não especificados	6	3,2	11	5,1	0.1722
TOTAL		187	100	215	100	

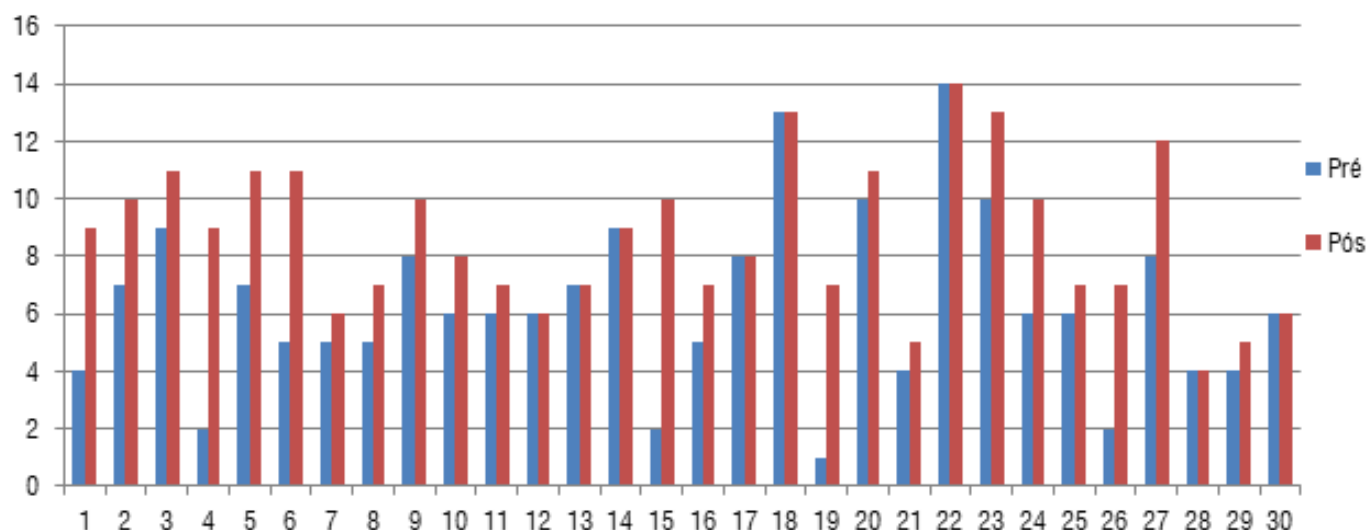
Fonte: elaborada pelos autores

Legenda: CID: Classificação Internacional de Doenças

Resultados referentes aos responsáveis pelas crianças

Dentre os 30 responsáveis participantes, 23 (76,7%) tiveram ampliação seu conhecimento/discriminação

das situações de risco para acidentes domésticos infantis após a ação educativa e sete (23,3%) não tiveram modificação, conforme observa-se na Figura 3.



Fonte: elaborada pelos autores

Figura 3. Distribuição dos conhecimentos dos participantes pré e pós intervenção educativa

Tabela 3. Resultado do Teste de Wilcoxon com a comparação dos escores no momento pré e pós-intervenção

Momento	n	Média (DP)	Mínimo	Máximo	p
Pré	30	6.4 (3.04)	1	14	<0,001
Pós	30	8.7 (2.60)	4	14	

Fonte: elaborada pelos autores

Legenda: DP= Desvio padrão

Antes da intervenção a média de situações de risco identificadas foi de 6,4 e desvio padrão de 3,04. Após a ação educativa realizada pelas Estagiárias de Fonoaudiologia a média de situações perigosas discriminadas aumentou para 8,7 com desvio padrão de 2,60. O Teste de Wilcoxon demonstrou que a mudança ocorrida foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$), de acordo com a Tabela 3.

DISCUSSÃO

Nessa pesquisa, realizada em uma unidade primária de saúde, os participantes foram majoritariamente do sexo feminino. As evidências científicas têm mostrado que a mulher é a principal acompanhante das crianças

nos serviços de saúde¹⁶. Estudo realizado no Hospital Infantil Sabará, região central de São Paulo, sobre procedimentos adotados diante de acidentes domésticos, revelou predominância do público feminino¹⁶. Da mesma forma, pesquisa realizada na Clínica Pediátrica do Hospital de Urgência de Teresina, Piauí, com cuidadores de crianças que foram internadas por acidentes domésticos, demonstrou que todos os acompanhantes eram mulheres¹⁷. Estes dois estudos demonstram o protagonismo da mulher no acompanhamento das crianças nos serviços de saúde, logo, ela pode ser público alvo das atividades de prevenção de acidentes infantis nestes serviços^{16,17}.

Em relação à escolaridade dos responsáveis, houve predominância do ensino fundamental incompleto,

semelhante a estudo similar¹⁷. A literatura^{18,19} classifica o baixo nível de escolaridade dos responsáveis como fator predisponente para ocorrência de acidentes infantis. Estudo realizado na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, demonstrou que 11 dentre os 13 responsáveis pelas crianças queimadas apresentavam apenas nível primário completo¹⁸. A baixa escolaridade da mãe também foi sinalizada como um fator preocupante¹⁹.

Ainda referente à caracterização dos participantes deste estudo, verificou-se que a maioria é casada. Pesquisa realizada com crianças inglesas demonstrou que a constituição familiar pode ser um fator de risco para acidentes na infância²⁰. Em famílias monoparentais há maior risco psicossocial e a mediação com a criança pode ser comprometida, logo, essas transições familiares tornam os acidentes mais propensos²⁰.

A maior parte dos responsáveis desta pesquisa desenvolve atividades na própria residência. Estudo realizado em Teresina, Piauí, mostrou que a maioria dos cuidadores de crianças acidentadas eram pessoas do lar e que se dedicavam exclusivamente aos afazeres domésticos no momento da injúria¹⁷. Em Ribeirão Preto, São Paulo, a maior parte dos responsáveis também tinha a ocupação "Do Lar"¹⁸. Informação semelhante foi identificada em pesquisa realizada em São Luís, Maranhão, em que a maioria das crianças menores de 10 anos era cuidada pela mãe e/ou pai no momento em que sofreram a queimadura²¹.

Em relação ao material educativo, o impresso utilizado mostrou-se efetivo para a intervenção realizada. Em uma intervenção realizada com 40 familiares de crianças menores de quatro anos, pertencentes ao território de unidades básicas de saúde de um município do interior paulista, foram realizadas entrevista inicial, ação educativa com folder sobre prevenção de queimaduras e entrevista após a intervenção⁷. Após uma semana da ação realizada os resultados mostraram aumento nos conhecimentos dos participantes⁷.

Outro estudo analisou o potencial informativo de uma ação educativa sobre queimaduras infantis com responsáveis por crianças internadas em ambiente hospitalar²². Foram aplicados questionários antes e imediatamente após a ação educativa, que incluiu intervenções verbais e folheto educativo, em 37 acompanhantes de crianças e adolescentes de dois hospitais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo²². A ação educativa mostrou bom potencial informativo

pela elevação do percentual de respostas corretas em todos os aspectos apresentados²².

Esta pesquisa demonstrou que o médico é indicado para participar da intervenção, uma vez que é o profissional mais procurado na unidade de atenção primária à saúde. Assim, este profissional poderia ser um parceiro do fonoaudiólogo no desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes infantis na unidade de saúde¹⁰, bem como outros profissionais da equipe mínima ou do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF-AB). Poderia envolver graduandos e pós-graduandos das instituições acadêmicas, incluindo os de Fonoaudiologia¹³, o que certamente fomentaria a formação de profissionais para a prevenção de doenças decorrentes dos acidentes na infância e fortaleceria a integração entre o ensino e o serviço.

As intervenções voltadas à prevenção de acidentes infantis precisam considerar o momento do desenvolvimento infantil e os hábitos comportamentais comuns à idade, envolvendo orientação às famílias, realizando mudanças no espaço do domicílio e identificando fatores de risco²³. As intervenções poderiam contemplar inicialmente os riscos para impacto causado por objetos lançados, projetados ou em queda na cozinha ou em qualquer ambiente do domicílio. Poderiam contemplar também envenenamento (intoxicação) acidental por exposição a substâncias químicas nocivas, que foram discriminados de forma significativa pelos participantes, conforme apresentou a Tabela 2 dos resultados desta pesquisa.

O estudo ora apresentado esteve inserido nas atividades de estágio curricular que visavam à formação de fonoaudiólogos capacitados a desenvolver processos educativos voltados à promoção da saúde, bem como à prevenção de agravos que pudessem comprometer aspectos da saúde da população assistida na unidade de saúde. Os resultados obtidos, ou seja, a melhora na identificação de fatores de risco mostrou que o fonoaudiólogo tem importante contribuição a dar na atenção básica, especialmente na prevenção de agravos, corroborando com estudo realizado anteriormente¹³. Além disso, demonstrou que é papel das universidades preparar estes futuros profissionais para atuarem na prevenção de doenças e promoção da saúde²⁴.

Novos estudos poderiam ampliar a coleta de dados durante a intervenção obtendo relatos dos responsáveis sobre aspectos reais da cozinha do domicílio em que eles e as crianças convivem. Esses dados poderiam favorecer estudos que incluíssem também *follow up* e apreciação do impacto que a ampliação de

conhecimentos corretos em intervenção na unidade de saúde poderia ter em relação a mudanças no ambiente real. Estas informações poderiam ser complementadas por obtenção de dados observacionais, fazendo-se a propositura de realizar pelo menos duas visitas em domicílio, com observação da cozinha. Futuros estudos também poderiam realizar a entrega de folheto com as figuras utilizadas na intervenção, permitindo a lembrança das sugestões e oferecendo a oportunidade de compartilhar as informações com outros membros que convivessem no domicílio.

As ações do presente estudo poderão envolver outras instituições de ensino, envolvendo tanto estudantes e docentes de Fonoaudiologia como outras graduações da área da saúde. Além de fortalecer a integração do ensino com o serviço, poderá despertar o interesse dos estudantes para ações de prevenção de agravos ainda durante a formação universitária. São sugestivas ainda as cooperações com outros setores, especialmente o de Educação, aonde as crianças permanecem parte do seu tempo e o contato com os pais e/ou responsáveis é realizado diariamente.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a intervenção educativa realizada teve efeito sobre as percepções dos participantes em relação à prevenção de acidentes infantis domésticos. Não há como garantir que esta mudança ocorreu exclusivamente devido à ação realizada. Para assegurar uma análise de causalidade seria necessário realizar um estudo que possibilitasse controlar todas as variáveis independentes, verificando relações de causa e efeito, com controle rigoroso.

Este estudo envolveu estagiários de Fonoaudiologia na realização de ações de prevenção de acidentes infantis na atenção primária à saúde, algo que não é habitual na formação universitária. Permanece o desafio da continuidade do trabalho, envolvendo outros estudantes de outras turmas em formação, bem como outras unidades básicas de saúde do município de estudo e de outros municípios que sediam instituições universitárias de Fonoaudiologia, a fim de expandir as ações preventivas descritas neste trabalho. Além disso, é sugestivo o envolvimento das equipes multiprofissionais e intersetoriais para fortalecer a Rede de atuação na saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a fonoaudióloga e pesquisadora Gabriela dos Santos Buccini pelo apoio na análise estatística.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
2. Silva TJ, Oliveira VB. Intoxicação medicamentosa infantil no Paraná. *Visão Acadêmica*. 2018;19(1):51-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/acd.v19i1.57576>
3. Barcelos RS, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJD, Barros F, França GVA et al. Falls, cuts and burns in children 0-4 years of age: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(2):1-12. DOI: 10.1590/0102-311X00139115
4. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ et al. The occurrence of external causes in childhood in emergency care: epidemiological aspects, Brazil, 2014. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(12):3729-44. DOI: 10.1590/1413-812320152112.17532016
5. Neves ACM, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013;22(4):587-96. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400005>
6. Xavier-Gomes LM, Rocha RM, Andrade-Barbosa TL, Silva CSO. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. *O Mundo da Saúde*. 2013;37(4):394-400. DOI: 10.15343/0104-7809.2013374394400
7. Gimenez-Paschoal SR, Pereira DM, Nascimento EM. Effect of an educative action on relatives' knowledge about childhood burns at home. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(3):341-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300010>
8. Andretta IB, Cancelier ACL, Mendes C, Branco AFC, Tezza MZ, Carmello FA et al. Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 a 2008. *Rev Bras Queimaduras*. 2013;12(1):22-9.
9. Meurer BE, Goldfeder EM, Luchesi KF. Stomatognathic functions and face and neck

- burns: systematic review. *Distúrb. Comum.* 2018;30(3):464-74.
10. Waksman RD, Blank D. Prevenção de acidentes: um componente essencial da consulta pediátrica. *Resid Pediatr.* 2014;4(Supl1):S36-S44. <https://doi.org/10.25060/residpediatr>
 11. Amaral ACS, Pascoan DM, Costa JA. Acidentes domésticos infantis: percepção e ações dos profissionais de saúde da urgência e emergência. *Serv. Soc. & Saúde.* 2017;16(2):171-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v16i2.8651461>
 12. Nascimento EN, Gimenez-Paschoal SR, Sebastião LT. Inter-sector actions to prevent accidents in children education: teacher's assessments and students' knowledge. *J. Hum. Growth. Dev.* 2013;23(1):99-106.
 13. Nascimento EN, Gimenez-Paschoal SR. Os acidentes humanos e suas implicações fonoaudiológicas: opiniões de docentes e discentes sobre a formação superior. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2008;3(Supl 2):2289-98.
 14. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir. Bras.* 2005;20(2):2-9.
 15. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2017. [citado em 17 Novembro de 2018]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3529005>.
 16. Durães MRP, Toriyama ATM, Maia LFS. O conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos. *Recien Rev Cient Enferm.* 2012;2(6):5-14.
 17. Silva MF, Fontinele DRS, Oliveira AVS, Bezerra MAR, Rocha SS. Determining factors of domestic accidents in early childhood. *J. Hum. Growth Dev.* 2017;27(1):10-8.
 18. Vendrúsculo TM, Balieiro CRB, Echevarría-Guanilo ME, Farina Junior JÁ, Rossi LA. Burns in the domestic environment: characteristics and circumstances of accidents. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(3):444-51.
 19. Martins CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(4):578-84.
 20. O'Connor TG, Davies L, Dunn J, Golding J. Distribution of accidents, injuries, and illnesses by family type. *Pediatrics.* 2000;106(5):E68.
 21. Rocha Neta AP, Maciel SM, Lopes MLH, Sardinha AHL, Cunha CLF. Perfil dos acidentes por queimaduras em crianças menores de dez anos burn accident profile in children under the age of ten years. *SANARE.* 2014;13(1):41-7.
 22. Gimenez-Paschoal SR, Nascimento EN, Pereira DM, Carvalho FF. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. *Rev. paul. Pediatr.* 2007;25(4):331-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822007000400006>
 23. Barcelos RS, Del-Ponte B, Santos IS. Interventions to reduce accidents in childhood: a systematic review. *J Pediatr.* 2018;94(4):351-67. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.10.010>
 24. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Analyzing the functions of speech therapists of NASF in Recife Metropolitan Region. *Rev. CEFAC.* 2013;15(1):153-9.