

Prevenção de acidentes domésticos na infância: conhecimento de cuidadores em uma unidade de saúde

Prevention of domestic accidents in childhood: knowledge of caregivers at a health care facility
Prevención de accidentes domésticos en la infancia: conocimiento de cuidadores en un unidad de salud

Rayanne Rodrigues dos Santos¹

ORCID: 0000-0002-1245-1998

Maria Estela Diniz Machado²

ORCID: 0000-0001-9228-0676

Ana Letícia Monteiro Gomes¹

ORCID: 0000-0001-6220-5261

Rosane Cordeiro Burla de Aguiar¹

ORCID: 0000-0003-2956-9252

Marialda Moreira Christoffel¹

ORCID: 0000-0002-4037-8759

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento de cuidadores sobre prevenção de acidentes domésticos na primeira infância e sua associação com nível de escolaridade. **Métodos:** Estudo transversal realizado em uma Unidade de Atenção Básica de Niterói com cuidadores (amostra por conveniência) de crianças menores de 6 anos. Para classificar o conhecimento, adotou-se Índice de Positividade; para verificar a associação entre a variável “escolaridade” e o conhecimento, utilizou-se o teste qui quadrado. Resultados estatisticamente significativos: $p < 0,05$. **Resultados:** Participaram 256 cuidadores; 93,5% apresentaram conhecimento adequado. Nos itens individuais, destacou-se o conhecimento (100%) sobre prevenção de acidentes com brinquedos cortantes, armas de fogo, intoxicação por produtos; e menos frequente (64,5%), o conhecimento das informações contidas na Caderneta de Saúde da Criança. Não houve associação estatística significativa ($p = 0,237$) entre escolaridade e conhecimento. **Conclusão:** Os cuidadores apresentaram conhecimento sobre prevenção de acidentes domésticos, e este não esteve associado ao nível de escolaridade.

Descritores: Saúde da Criança; Cuidadores; Prevenção de Acidentes; Acidentes Domésticos; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze caregivers' knowledge about prevention of domestic accidents in early childhood and its association with education level. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted in a Primary Care Unit in Niterói with caregivers (convenience sample) of children under 6 years old. To classify the knowledge, we adopted the Positivity Index; to verify the association between the variable “schooling” and knowledge, the chi square test was used; statistically significant results: $p < 0.05$. **Results:** A total of 256 caregivers participated; 93.5% showed adequate knowledge. In the individual items, the knowledge (100%) about prevention of accidents with sharp toys, firearms, intoxication by products stood out; and less frequently (64.5%), the knowledge of the information contained in the Child's Health Booklet. There was no statistically significant association ($p = 0.237$) between education and knowledge. **Conclusion:** The caregivers presented knowledge about the prevention of domestic accidents, and this was not associated with the level of education.

Descriptors: Child Health; Caregivers; Accident Prevention; Accidents, Home; Pediatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el conocimiento de cuidadores sobre prevención de accidentes domésticos en la primera infancia y su relación con nivel de escolaridad. **Método:** Estudio transversal realizado en una Unidad de Atención Básica de Niterói con cuidadores (muestra por conveniencia) de niños menores de 6 años. Para clasificar el conocimiento, se adoptó Índice de Positividad; para verificar la relación entre la variable “escolaridad” y el conocimiento, se utilizó la prueba chi-cuadrado. Resultados estadísticamente significativos: $p < 0,05$. **Resultados:** Participaron 256 cuidadores; 93,5% presentaron conocimiento adecuado. En ítems individuales, destacó el conocimiento (100%) sobre prevención de accidentes con juguetes cortantes, armas de fuego, intoxicación por productos; y menos frecuente (64,5%), el conocimiento de informaciones contenidas en la Libreta de Salud Infantil. No hubo relación estadística significativa ($p = 0,237$) entre escolaridad y conocimiento. **Conclusión:** Los cuidadores presentaron conocimiento sobre prevención de accidentes domésticos, y esto no estuvo relacionado al nivel de escolaridad.

Descritores: Salud del Niño; Cuidadores; Prevención de Accidentes; Acidentes Domésticos; Enfermería Pediátrica.

¹ Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos RR, Machado MED, Gomes ALM, Aguiar RCB, Christoffel MM. Prevention of domestic accidents in childhood: knowledge of caregivers at a health care facility. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20210006. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0006>

Autor Correspondente:

Rayanne Rodrigues dos Santos
E-mail: rayannersantos@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 20-05-2020 **Aprovação:** 09-05-2021

INTRODUÇÃO

Os acidentes são considerados lesões não intencionais identificadas em eventos de trânsito, afogamento, obstrução das vias aéreas, envenenamento, intoxicação, queimadura, choque elétrico, acidente com armas de fogo, dentre outros. Eles são responsáveis por elevada morbimortalidade entre crianças e adolescentes, sendo considerados um problema de saúde pública⁽¹⁾. Não são considerados somente atendimentos de pronto-socorro, já que as mortes são qualificadas em até 30 dias após o acidente, e as hospitalizações são de, no mínimo, 24 horas⁽²⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 830 mil crianças morrem anualmente devido a acidentes que poderiam ter sido evitados. A grande maioria dessas lesões ocorre em países de baixa e média renda⁽³⁾.

No Brasil, segundo dados do Sistema de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2019, 3.568 pessoas entre 0 e 14 anos de idade morreram em razão de acidentes, representando 7,3% de todas as mortes nessa faixa etária⁽⁴⁾. Dentre esses óbitos, encontram-se variados tipos de acidentes, tais como de transporte, afogamentos, asfixias, agressões e quedas. Além disso, no mesmo ano, aproximadamente 113 mil pessoas de 0 a 14 anos foram internadas por causa de acidentes⁽²⁾.

Merecem destaque os acidentes domésticos, que são definidos como todo acontecimento causal independente da vontade humana que se dá no ambiente compreendido por uma casa ou lar, incluindo áreas externas (como quintais) e também moradias ou instituições de longa permanência⁽⁵⁾. O índice de atendimentos hospitalares por causa de acidentes domésticos na primeira infância registrados no Brasil é de 8%; no Rio de Janeiro, 5,5%; e em Niterói, 5,7%. Já na mortalidade, a principal causa são acidentes de trânsito; e nas hospitalizações, as quedas⁽⁶⁾.

As crianças na primeira infância (de 0 ano até completar 6 anos ou 72 meses)⁽⁷⁾, as quais estão em fase de grande desenvolvimento físico, cognitivo e social, apresentam grande risco de sofrer acidentes em razão da necessidade de movimentar-se em busca de experiências novas⁽⁸⁾. Além disso, como passam a maior parte do tempo dentro do lar, estão em contato com fatores ambientais considerados de risco, como pisos molhados, móveis com quinas, vidros, berços sem proteção, camas elevadas etc⁽⁹⁾. Prevenir a ocorrência de lesões não intencionais no ambiente doméstico requer supervisão contínua e intervenções direcionadas à redução da exposição da criança a esses agravos⁽⁸⁾.

No que se refere às crianças, existem vários fatores envolvidos no risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico, tais como idade e sexo, falta de supervisão de um adulto⁽¹⁰⁾, nível socioeconômico familiar, comportamentos de risco adotados pelo cuidador/família, acessibilidade e exposição ao perigo. Tais fatores, inclusive, podem estar relacionados à falta de conhecimento dos cuidadores sobre a prevenção de acidentes⁽¹¹⁾.

Uma pesquisa realizada em um hospital universitário pediátrico na Venezuela caracterizou 112 atendimentos de acidentes domésticos de crianças entre 2 e 13 anos e identificou com maior frequência as quedas (34,9%), seguidas de queimaduras (25%) e intoxicações (21,4%), além da maior ocorrência em idade pré-escolar (46%) e predomínio do sexo masculino (71%)⁽¹²⁾. Essa caracterização epidemiológica é importante, porque fornece

dados para nortear o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes.

Estudo internacional⁽¹³⁾ que avaliou o conhecimento sobre segurança infantil de 56 cuidadores de crianças de 1 a 5 anos verificou que ainda existem práticas cotidianas equivocadas, pois somente 29% dos cuidadores apresentaram todas as atitudes preventivas adequadas em relação à prevenção de quedas. Apesar de a segurança infantil ser uma preocupação parental, ainda se verificam práticas cotidianas erradas. Os profissionais de saúde têm responsabilidade nessa área, devendo promover programas de sensibilização efetivos e abordar mais regularmente a temática nas consultas de saúde infantil.

A educação em saúde é a melhor forma de mudar hábitos, atitudes, comportamentos que possam ser prejudiciais à saúde individual e/ou coletiva⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, o enfermeiro se sobressai no desenvolvimento de ações educativas, pois cuidar e educar são papéis indissociáveis da prática de enfermagem⁽¹⁵⁾; portanto, esse profissional tem o potencial de contribuir na construção do conhecimento e colaborar para a melhoria da qualidade de vida da população. O cuidado da criança demanda o atendimento das necessidades especiais para o seu crescimento e desenvolvimento, que incluem a promoção, vigilância e acompanhamento da saúde da criança⁽¹⁶⁾.

Este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento de cuidadores sobre prevenção de acidentes domésticos na primeira infância e sua associação com nível de escolaridade. Com isso, os problemas apresentados por meio dos resultados obtidos podem subsidiar o enfermeiro na implementação de ações de educação em saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense.

Desenho, período e local de estudo

Estudo quantitativo, de corte transversal, orientado pela ferramenta STROBE e realizado em uma unidade de saúde da Rede de Atenção Básica de Niterói, Rio de Janeiro. O período de coleta de dados foi de 1 de maio a 31 de outubro de 2018.

População e amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por cuidadores de crianças que aguardavam atendimento em sala de imunização. Para o cálculo amostral, foi utilizado o programa DIMAN 1.0, mediante a fórmula⁽¹⁷⁾, com um grau de confiança de 95% e erro de 5%. A unidade pesquisada tem uma estimativa de atendimento em torno de 2 mil crianças/mês, o que, pelo cálculo amostral, corresponderia a um total de 323 cuidadores. No entanto, devido a dificuldades no período da coleta de dados (obras na sala de vacina com consequente redução do número de usuários), a

amostra por conveniência foi de 256 participantes. Os critérios de inclusão foram: ser cuidador de crianças menores de 6 anos e ser maior de 18 anos. Critério de exclusão: não ser alfabetizado, pois inviabilizaria a leitura e preenchimento do questionário. Nenhum dos cuidadores convidados recusou participar ou foi excluído do estudo.

Protocolo do estudo

Para a coleta dos dados, foi elaborado um questionário estruturado autoaplicável sobre prevenção de acidentes domésticos na infância de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria⁽¹⁸⁾ e com informações contidas na Caderneta de Saúde da Criança (CSC)⁽⁸⁾. O questionário constou de duas partes: a primeira referia-se a características sociodemográficas dos cuidadores, como idade, sexo, escolaridade e tipo de vínculo com a criança; e a segunda era para captação do conhecimento dos cuidadores com 17 assertivas sobre os tipos de acidente e suas formas de prevenção, tendo como itens de resposta: "concordo" e "discordo". O conhecimento dos cuidadores foi o principal desfecho deste estudo, cuja variável de exposição foi o "nível de escolaridade" desses cuidadores.

Teste-piloto com cinco cuidadores foi realizado com objetivo de verificar a clareza e a viabilidade do questionário da coleta de dados. Ao fim, não foi necessário realizar ajustes no questionário, e os cinco cuidadores foram incluídos na amostra final do estudo.

A coleta foi efetuada pelo autor principal semanalmente e durante o horário de funcionamento da sala de vacinação na unidade de saúde, e os cuidadores foram convidados a participar do estudo mediante abordagem individualizada. No momento da coleta, a privacidade dos envolvidos foi garantida com a utilização de uma sala separada. Os participantes receberam orientações sobre a pesquisa, seus objetivos e questionário; em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-se a eles a possibilidade de esclarecer dúvidas a qualquer momento. Após a coleta e conferência dos instrumentos, os dados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel[®] 2010.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por estatística descritiva em frequência absoluta e relativa de cada assertiva. A análise do conhecimento dos cuidadores deu-se pelas respostas corretas de acordo com a literatura pesquisada⁽⁸⁻¹⁸⁾, representadas pela palavra "sim" como referência a ter conhecimento; e nas respostas erradas, pela palavra "não" como referência a não ter apresentado conhecimento. Para qualificar o conhecimento, adotou-se o Índice de Positividade (IP)⁽¹⁹⁾ proposto por Carter⁽²⁰⁾, que classifica as respostas positivas da seguinte forma: desejável (100% de positividade); adequado (99% a 90% de positividade); seguro (89% a 80% de positividade); limítrofe (79% a 71% de positividade); e sofrível (70% ou menos de positividade). Seguindo esses critérios, estabeleceu-se para este estudo, como conformidade esperada, um IP superior a 80%, que corresponde a um conhecimento seguro.

A verificação da hipótese de normalidade dos dados foi realizada pelo teste de ShapiroWilk. Para analisar a associação da variável categórica "nível de escolaridade" com o conhecimento dos cuidadores, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, dependendo das características das frequências observadas mediante a representação de 1 ponto para respostas "sim" e valor 0 para respostas "não". Foi calculado o número de acertos para cada participante e, posteriormente, a média de acertos por nível de escolaridade. Foram considerados resultados estatisticamente significantes aqueles que apresentaram valores de *p* abaixo de 0,05.

RESULTADOS

Dos 256 participantes, o sexo feminino predominou com 88,3%. A faixa etária dos cuidadores variou entre 19 e 73 anos. Quanto à escolaridade, 66,4% possuíam ensino superior, sendo 31,6% com pós-graduação; 29,7%, ensino médio; e 3,9%, ensino fundamental completo. Sobre a relação dos cuidadores com a criança, 89,1% eram genitores (77,8% mães e 11,3% pais); 10,1%, avós; e 0,8%, tios.

A Tabela 1 apresenta os resultados quanto ao conhecimento dos cuidadores sobre acidentes na infância e sua classificação segundo o IP.

Tabela 1 – Conhecimento de cuidadores sobre acidentes domésticos na infância segundo Índice de Positividade, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Itens	Conhecimento				IP
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
1. Crianças menores de 4 anos de idade devem ser afastadas de qualquer reservatório de líquidos, que deverá ser esvaziado após uso, incluindo banheiras, vaso sanitário, tanques, piscinas e até baldes, pois elas podem se afogar em camadas líquidas de 5 cm.	220	85,9	36	14,1	SE
2. Não é seguro deixar crianças sozinhas em piscinas, lagos, rios ou mar, mesmo que elas saibam nadar.	255	99,6	1	0,4	A
3. Sacos plásticos, cordões, lençóis e travesseiros não devem permanecer próximos da criança sem supervisão.	216	84,4	40	15,6	SE
4. Evitar o uso de brinquedos com partes pequenas e manter objetos pequenos da casa fora do alcance das crianças.	254	99,2	2	0,8	A
5. O selo do Inmetro garante que o brinquedo passou por testes que comprovam sua segurança e qualidade.	239	93,4	17	6,6	A
6. Na cozinha, as panelas devem ficar nas bocas de trás do fogão, sempre com o cabo voltado para o fundo e longe do alcance das crianças.	249	97,3	7	2,7	A
7. A temperatura ideal da água para o conforto e segurança do bebê é 37 °C. Deve-se testar a temperatura da água com a mão, movendo-a por toda a banheira para ter a certeza de que não há nenhum ponto muito quente.	205	80,1	51	19,9	SE
8. Os fios da casa devem estar em bom estado e presos no alto, as tomadas elétricas devem estar protegidas, e aparelhos elétricos não devem ser mantidos nas tomadas ou ligados após o uso.	248	96,9	8	3,1	A

Continua

Continuação da Tabela 1

Itens	Conhecimento				IP
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
9. Brinquedos com pontas ou bordas afiadas, pistolas com projéteis, dardos e flechas devem ser mantidos fora do alcance das crianças, pois podem causar ferimentos de gravidade variável.	256	100	0	0	D
10. Objetos com pontas ou cortantes devem ficar em gavetas e armários com travas longe da vista e alcance das crianças.	255	99,6	1	0,4	A
11. Os móveis devem ter cantos arredondados. Se forem pontudos, deve-se usar protetor nas quinas para evitar que a criança se machuque.	252	98,4	4	1,6	A
12. Materiais de limpeza devem estar em suas embalagens originais e fora do alcance das crianças, em armários altos e trancados.	256	100	0	0	D
13. Os medicamentos devem ser mantidos fora do alcance da criança, em locais altos e trancados.	256	100	0	0	D
14. Recomenda-se proteger o berço e o cercado com grades altas, com no máximo 6 cm entre uma barra e outra.	241	94,1	15	5,9	A
15. Manter iluminação clara e constante bem como piso adequado, antiderrapante, sem tapetes ou objetos que atrapalhem a circulação são medidas capazes de reduzir o risco de quedas.	251	98	5	2	A
16. A instalação de redes ou grades de proteção em todas as janelas e/ou varandas dos apartamentos ou casas com dois ou mais andares é recomendada.	252	98,4	4	1,6	A
17. Informações sobre prevenção de acidentes na infância de acordo com a faixa etária estão presentes na Caderneta de Saúde da Criança.	165	64,5	91	35,5	SO

IP – índice de positividade (D – desejável; A – adequado; SE – seguro; L – limítrofe; SO – sofrível).

Tabela 2 – Associação entre o nível de escolaridade e o conhecimento de cuidadores sobre acidentes domésticos na infância, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Nível de escolaridade	n	%	Sim		Não		Média de acertos	DP	p
			n	%	n	%			
Ensino fundamental	10	3,9	9,3	93	0,7	7	15,80	1,03	0,237*
Ensino médio	76	29,7	71,1	93,5	4,9	6,5	15,99	1,34	
Ensino superior	89	34,8	82,7	93	6,3	7	15,99	1,19	
Pós-graduação	81	31,6	76,4	94,3	4,6	5,6	15,79	1,36	

DP – desvio-padrão. *Teste qui-quadrado.

De forma geral, com base na média de todos os resultados, os participantes deste estudo apresentaram conhecimento adequado (93,5%) de acordo com o IP. Dentre os itens pesquisados, os melhores resultados foram sobre os conhecimentos dos cuidadores quanto às lesões provocadas por brinquedos cortantes, armas de fogo e intoxicação por produtos de limpeza e medicamentos, com 100% de acerto (itens 9, 12, 13). Os resultados relacionados aos cuidados com reservatórios de água, materiais que podem provocar asfixia e temperatura da água do banho (itens 1, 3, 7) obtiveram índice de positividade seguro (entre 80 e 89%), apesar de apresentarem percentual de discordância e desconhecimento. Já a assertiva acerca das informações sobre prevenção de acidentes na infância contidas na CSC gerou o menor índice de positividade, o sofrível (64,5%).

Não houve associação estatística significativa ($p = 0,237$) entre o nível de escolaridade e o conhecimento de cuidadores sobre acidentes domésticos na infância.

DISCUSSÃO

Neste estudo, apesar de a maioria (66,4%) dos participantes possuírem ensino superior, não houve associação estatística significativa entre o nível de escolaridade e o conhecimento sobre prevenção de acidentes. Quanto mais elevado o nível de escolaridade dos cuidadores, maior a possibilidade de fornecer

adoção de práticas de segurança e identificação de riscos mais efetivas. Porém, outros estudos não têm encontrado associação significativa entre escolaridade elevada de cuidadores e conhecimento adequado sobre a prevenção de acidentes^(13,21-22), em consonância com os resultados evidenciados neste estudo.

Múltiplos fatores podem estar relacionados aos acidentes domésticos, como não supervisionar diretamente as crianças; resistência dos cuidadores em mudar seu comportamento para prevenção de acidentes; nível socioeconômico desfavorável; falta de orientação de profissionais de saúde⁽²²⁾; presença de ferramentas, sacos plásticos, materiais pontiagudos dispostos e acessíveis na casa; o tipo de mobiliário; acesso livre aos locais de maior risco, como cozinha, banheiro, varanda, janelas, lavanderia, piscinas etc.; a própria percepção do cuidador sobre a capacidade da criança de ter uma atitude de risco relacionada ao seu estágio de desenvolvimento; entre outros⁽²³⁾.

No que se refere ao risco de asfixia, o conhecimento dos cuidadores foi considerado seguro, entretanto diversas circunstâncias podem conduzir ao risco de sufocação, inclusive com itens do cotidiano que aparentemente não oferecem perigo, como travesseiros e lençol no berço⁽²⁴⁾. O conhecimento dos cuidadores foi considerado adequado no tocante ao risco de morte por aspiração de corpos estranhos pelas vias aéreas, uma vez que crianças menores de 4 anos apresentam grande proporção de ingestão de pequenos objetos como moedas, brinquedos,

baterias, entre outros⁽²⁵⁾. Os acidentes por ingestão de corpo estranho estão relacionados ao tipo de objeto, ao ambiente e à idade da criança, sendo a faixa etária de 0 a 5 anos a de maior risco para gravidade de obstrução de vias aéreas.

Para prevenir esses tipos de acidente, o uso do selo de segurança por faixa etária do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro) é obrigatório para todos os brinquedos comercializados no Brasil (sejam produtos nacionais, sejam importados) utilizados por crianças e adolescente de até 14 anos de idade; o objetivo é evitar possíveis riscos que podem surgir do uso habitual ou por consequência de uso indevido do brinquedo⁽²⁶⁾. Alguns cuidados devem ser considerados pelos pais, como: certificar-se de que a classificação do brinquedo é adequada à faixa etária; avaliar o tamanho do brinquedo e se possui peças pequenas; verificar se a proteção da pilha ou bateria está parafusada; ter cuidado com brinquedos que parecem comida, pois as crianças podem fazer associação e colocá-los na boca.

O IP dos cuidadores foi apenas “seguro” no que diz respeito à temperatura do banho do bebê, em consonância com o fato de que as escaldaduras (lesões por líquidos aquecidos) são os principais agentes responsáveis por queimaduras na população infantojuvenil. Em crianças menores de 2 anos, há predominância dos banhos em água superaquecida⁽²⁷⁾. Como a temperatura elevada da água em balde ou banheira representa risco para a criança, é indicada a verificação com o termômetro ou dorso da mão do cuidador⁽²⁸⁾.

Os cuidadores obtiveram conhecimento desejável em relação aos brinquedos com pontas ou bordas afiadas, pistolas com projéteis, dardos e flechas, que devem ser mantidos fora do alcance das crianças, pois podem causar ferimentos de gravidade variável. No Brasil, um estudo⁽²⁹⁾ que objetivou descrever as ações de prevenção de acidentes na infância realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família mostrou que a temática das armas de fogo foi pouco abordada, já que menos de 50% dos participantes disseram ter recebido orientações sobre o tema. Tal lacuna também é refletida na escassez de pesquisas específicas sobre essa questão na população brasileira e acerca da repercussão desse evento na saúde das vítimas⁽³⁰⁾.

Estudos apontam que acidentes com cortes causados por objetos pontiagudos figuram entre as principais causas de acidentes domésticos e podem estar relacionados com a falta de aptidão motora das crianças e com o nível de conscientização dos cuidadores sobre a prevenção de acidentes⁽³¹⁻³²⁾.

Em relação aos materiais de limpeza, o IP dos cuidadores demonstrou conhecimento desejável. Destaca-se que, muitas vezes, embalagens de produtos de limpeza são coloridas e atraem a criança, mesmo com cheiro forte. Além disso, a criança que está na fase oral terá a tendência de levar à boca aquilo pelo que está atraída. Por isso, armazenar as substâncias perigosas fora do alcance da visão da criança é fundamental; também, diminuir a disponibilidade de substâncias tóxicas no domicílio e conservar substâncias tóxicas em embalagens resistentes a crianças são medidas comprovadas de prevenção de intoxicações⁽³³⁾. Ademais, muitas pessoas reaproveitam embalagens de alimentos para colocação de produtos de higiene e limpeza, o que favorece esse tipo de acidente⁽³⁴⁾.

Ter o conhecimento sobre os riscos para a saúde das crianças referentes à ingestão de produtos de limpeza evita situações como as descritas pelos Centros Regionais de Controle de Intoxicações

nos Estados Unidos e seus territórios. Eles receberam 72.947 chamadas relacionadas a exposições de embalagens de detergente líquido para a roupa entre janeiro de 2012 e dezembro de 2017, ocorrendo majoritariamente em crianças com menos de 6 anos (91,7%)⁽³⁵⁾.

Crianças entre 1 e 4 anos possuem maior frequência de intoxicações causadas por produtos de limpeza como detergente, água sanitária e removedor de manchas. Recomenda-se guardar esses produtos em locais separados e de difícil acesso para crianças, não utilizar produtos clandestinos e não trocar a embalagem original, para que, em caso de ingestão, seja possível entrar em contato com o serviço de atendimento ao consumidor, além da possibilidade de levar o produto para o conhecimento dos profissionais de saúde⁽³⁴⁾.

Quanto aos medicamentos, o conhecimento dos cuidadores foi desejável. Saber sobre os riscos à saúde e formas de prevenir a ingestão inadequada de medicamentos é imperativo quando se trata do público infantil. A intoxicação/envenenamento por essas substâncias está entre as principais causas de agravos na infância, com predominância de ocorrência no ambiente doméstico e principalmente na faixa etária de 0 a 4 anos⁽³⁶⁾. Dessa forma, os medicamentos devem estar em lugares de difícil acesso e longe da visão das crianças. O cuidador também não deve tomar medicamentos na frente das crianças e se referir a eles como “balinhas” ou usar qualquer outro adjetivo positivo e que desperte maior interesse infantil⁽³⁴⁾.

O IP para o conhecimento dos cuidadores que frequentam a unidade de saúde pesquisada acerca de informações sobre a prevenção de acidentes na CSC⁽⁸⁾ foi sofrível. A CSC constitui o primeiro documento utilizado pelos serviços de saúde para o acompanhamento integral da criança. Serve como ferramenta dialógica entre profissionais e familiares, devido à sua aplicabilidade nas informações e orientações imprescindíveis para o cuidado e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. Esse instrumento subsidia a implementação da integralidade do cuidado à criança, visto que fornece orientações sobre os sinais de perigo à sua saúde, informação sobre crescimento e desenvolvimento, bem como prevenção de acidentes, dentre outras ações⁽⁸⁾.

Cabe destacar a existência de dificuldades na distribuição da CSC e seu uso por vezes inadequado ou incompleto pelos profissionais de saúde. Estudos⁽³⁷⁾ mostram que menos de 26% das CSCs apresentam preenchimento adequado. O maior índice de preenchimento continua sendo referente às vacinas aplicadas, e os menores índices relacionam-se ao desenvolvimento neuropsicomotor, o que configura sua subutilização. Além disso, há carência de envolvimento e participação da família para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil.

A atuação do enfermeiro por meio da consulta de enfermagem em puericultura na Atenção Básica objetiva contribuir para a qualidade de vida das crianças incluindo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças⁽³⁸⁾. A incorporação da CSC a esse processo de trabalho representa um instrumento de apoio para a assistência à criança durante a consulta de enfermagem, tanto nessas ações como na transmissão de informações para demais profissionais da saúde em todos os níveis de atenção e na educação em saúde e comunicação com a família⁽¹⁶⁾.

Os profissionais de saúde muitas vezes não destacam aos cuidadores a importância da CSC para obter informações e monitorar a saúde da criança. No caso da prevenção de acidentes, os profissionais de saúde têm grande responsabilidade na educação e alerta da família, pois a detenção desse conhecimento lhe confere grande credibilidade⁽¹³⁾.

Os resultados obtidos na amostra avaliada foram satisfatórios, contudo os acidentes continuam acontecendo no ambiente domiciliar da população⁽⁶⁾. Pode-se considerar a discordância entre o conhecimento e a prática dos cuidadores associados a outros fatores possivelmente envolvidos na ocorrência de lesões não intencionais, como: a ideia de segurança e conforto que o ambiente doméstico oferece; a falta de estrutura quanto ao tipo de pisos, estilo de móveis, janelas e varandas sem proteção etc.; ou ainda a falta de ajuda nas tarefas domésticas e nos cuidados com as crianças, muitas vezes realizados por uma única pessoa.

Um estudo americano⁽³⁹⁾ explorou como os pais mudaram suas casas para prevenir a recorrência após uma lesão não intencional com atendimento médico. A maioria dos pais identificou uma estratégia de prevenção, geralmente ambiental (p.ex., substituir o armazenamento de produtos perigosos); todavia, apenas 59 de 104 (56,7%) realizaram alterações. Ou seja, o conhecimento dos pais com relação às mudanças de segurança era geralmente compatível com melhores práticas para prevenção de lesões, porém a baixa taxa de implementação de mudanças representa uma lacuna que futuras estratégias de prevenção a acidentes domésticos podem abordar.

Acidentes domésticos geram um grande prejuízo às vítimas e suas famílias, sobretudo nos casos fatais e/ou com deficiências permanentes⁽⁴⁰⁾. Para o Estado e sociedade, os acidentes representam altos custos aos serviços de saúde, com internações hospitalares e reabilitação⁽³⁶⁾. Sendo assim, reforça-se a necessidade de intervenções educativas com cuidadores de crianças, no contexto da Atenção Básica, pois este é um espaço propício para o desenvolvimento dessas ações.

Limitações do estudo

Uma das limitações é a composição dos participantes, a qual não representa todos os cuidadores que frequentam a Unidade Básica de Saúde pesquisada, levando em consideração o espaço e o território. Embora a média do índice de positividade seja adequada para a maioria dos participantes, estudos são necessários para aprofundar o conhecimento e a prática na prevenção de acidentes na infância já que esse é um fenômeno complexo.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados apresentados trazem mais informações sobre as fragilidades relacionadas ao conhecimento dos cuidadores sobre a prevenção de acidentes na primeira infância. Apesar de o conhecimento geral da maioria ter sido considerado seguro, parte deles ainda desconhece questões cruciais para o bem-estar da criança, tais como a necessidade de o cuidador realizar a supervisão da criança quando esta utiliza reservatórios de água domésticos e quando está em diferentes situações nas quais asfixia e queimaduras podem ocorrer. Além disso, os cuidadores desconheciam as informações sobre a prevenção de acidentes contidas na CSC, uma ferramenta de acompanhamento do desenvolvimento infantil. Tais achados direcionam temáticas educativas importantes e reforçam a necessidade de os profissionais de saúde da Atenção Básica adotarem medidas voltadas à educação em saúde da população para modificar a situação encontrada. Dessa forma, esses profissionais poderão dar maior atenção à rede familiar, assegurando o empoderamento da família por meio de intervenções educativas que abranjam a prevenção de acidentes domésticos durante as consultas de puericultura e/ou nas salas de espera dos atendimentos em saúde. Assim, garantirão ações que contemplem o quinto eixo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, foi possível verificar que os cuidadores pesquisados apresentaram elevado percentual de acerto nas questões sobre prevenção de acidentes domésticos na infância, não havendo associação entre o nível de escolaridade e maior número de acertos sobre a prevenção de acidentes domésticos.

Por meio da consulta de puericultura, o enfermeiro é capaz de identificar problemas e implementar condutas, podendo valer-se da CSC como um instrumento educativo e facilitador no que se refere aos principais cuidados com a criança. Destaca-se a necessidade de valorização do conteúdo e aplicabilidade da CSC na rotina de cuidado com a criança; a educação permanente relacionada à temática para os profissionais de saúde; e a promoção de ações de educação em saúde para com a população visando reduzir na criança o impacto físico e emocional gerado por algum tipo de acidente durante o seu processo de crescimento e desenvolvimento. Além disso, espera-se que sejam realizados estudos para avaliar a prática de cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Criança Segura Brasil. Plano nacional da primeira infância: projeto observatório nacional da primeira infância: mapeamento da ação finalística evitando acidentes na primeira infância [Internet]. Fortaleza: RNPI; 2014[cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://criancasegura.org.br/wp-content/uploads/2016/08/03-1.pdf>
2. Criança Segura Brasil. Dados sobre acidentes [Internet]. São Paulo: CSB; 2021[cited 2021 Feb 03]. Available from: <http://www.criancasegura.org.br/dados-sobre-acidentes>
3. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smit J, Hyde AA, Branch C, Fazlur Rahman AKM, et al. World report on child injury prevention [Internet]. Geneva: WHO Press; 2008[cited 2021 Apr 04]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/report/en/

4. Ministério da Saúde (BR), DATASUS. Informações de saúde: mortalidade [Internet]. Brasília, DF: MS; 2019[cited 2021 Apr 06]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
5. Barreto JOM, coordenador. Prevenção de acidentes domésticos no Distrito Federal: edital FAPDF 07/2017 [Internet]. Brasília, DF: Fiocruz; 2019[cited 2019 Apr 06]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36920/2/Edital_FAPDF_072017_relatorio_acidentes_domesticos.pdf
6. Ministério da Saúde (BR), DATASUS. Informações de saúde: morbidade hospitalar do SUS [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017[cited 2019 Jan 22]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>
7. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da criança [Internet]. Brasília, DF: MS; 2018[cited 2019 Jan 23]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da saúde da criança: menina: passaporte da cidadania [Internet]. 12a ed. Brasília, DF: MS; 2018[cited 2019 Jan 23]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_12ed.pdf
9. Brito MA, Melo AMN, Veras IC, Oliveira CMS, Bezerra MAR, Rocha SS. Risk factors in the domestic environment for falls in children under five years of age. *Rev Gaucha Enferm.* 2017;38(3):e2017-0001. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0001>
10. Ribeiro MGC, Paula ABR, Bezerra MAR, Rocha SS, Avelino FVSD, Gouveia MTO. Social determinants of health associated with childhood accidents at home: An integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):265-76. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0641>
11. Gurgel AKC, Monteiro AI. Domestic accident prevention for children: perceived susceptibility by the caregivers. *Rev Pesqui: Cuid Fundam.* 2016;8(4):5126-35. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5126-5135>
12. García B, Ramos I. Caracterización epidemiológica de los accidentes en el hogar. *Bol Med Postgrado.* 2020[cited 2021 Apr 02];36(2):53-58. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117901/garcia-et-al.pdf>
13. Silva SP, Sampaio J, Silva CT, Braga R. Segurança infantil dos 1 aos 5 anos: o que sabem os cuidadores?. *Nascer crescer.* 2017;26(4):221-6. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v26.i4.10279>
14. Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, et al. Perception of the primary care multiprofessional team on health education. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 1):266-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>
15. Vieira FS, Portela NLC, Sousa GC, Costa ES, Oliveira DEP, Neiva MJLM. Interrelationship of health education actions in the context of the family health strategy: nurses' perceptions. *Rev Pesqui: Cuid Fundam.* 2017;9(4):1139-44. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1139-1144>
16. Munhoz Gaíva MA, Monteschio CAC, Moreira MDS, Salge AKM. Child growth and development assessment in nursing consultation. *Av Enferm.* 2018;36(1):9-21. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>
17. Arango HG. Bioestatística: teórica e computacional. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
18. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos científicos [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2014[cited 2019 Mar 14]. Available from: <http://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/seguranca/>
19. Derhun FM, Souza VS, Costa MAR, Inoue KC, Matsuda LM. Knowledge of nursing professionals regarding hand hygiene. *Cogitare Enferm.* 2016;21(3):1-7. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i3.45588>
20. Saupe R, Horr L. Auditoria em enfermagem. *Rev Cienc Saude.* 1982;1(1):23.
21. Miranda IFA, Soares R, Torre K, Costa A, Fonseca T, Fernandes MG. Conhecimento dos responsáveis sobre a prevenção de acidentes domésticos envolvendo crianças. *Rev Pediatr SOPERJ* [Internet]. 2015[cited 2021 Apr 03];15(1):6-12. Available from: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=638
22. 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):10-18. <https://doi.org/10.7322/jhgd.127643>
23. Bezerra MAR, Santos LR, Rocha RC, Rocha SS, Rodrigues AB, Brito ECC, et al. Perceptions that caregivers of children under five years of age have on the prevention of domestic accidents. *REME.* 2016;20:e944. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160014>
24. Lima ICV, Pedrosa NL, Galvão MTG, Aguiar LFP, Paiva SS, Holanda ER. Domestic accidents and nursing diagnoses of children exposed to HIV at birth. *Esc Anna Nery.* 2014;18(2):215-9. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140031>
25. Brito JG, Pedrosa BRP, Martins CBG. Domestic accidents by inanimate mechanical forces in children, adolescents and the young. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(2):e4180014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004180014>
26. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (BR). Brinquedo: o porquê da certificação compulsória [Internet]. Brasília, DF: INMETRO; 2012[cited Mar 09]. Available from: <http://www.inmetro.gov.br/imprensa/releases/brinquedo2.asp>
27. Meschial WC, Sales CCF, Oliveira MLF. Fatores de risco e medidas de prevenção das queimaduras infantis: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2016[cited Mar 09];15(4):267-73. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/325/pt-BR>
28. Brito JG, Martins CBG. Domestic burns among children, adolescents and young adults: urgency and emergency cases. *Rev Eletronica Enferm.* 2016;18:e1139. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.32141>
29. Roma KMS, Gomes MFP, Reticena KO, Capellini VK, Fracolini LA. Prevenção de acidentes na primeira infância na estratégia saúde da família: perspectiva dos pais. *Rev Enferm UFPI.* 2018;7(2):28-34. <https://doi.org/10.26694/2238-7234.7228-34>
30. Ribeiro AP, Souza ER, Sousa CAM. Injuries caused by firearms treated at Brazilian urgent and emergency healthcare services. *Cienc Saude Colet.* 2017;22(9):2851-60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.16492017>

31. Filócomo FRF, Harada MJCS, Mantovani R, Ohara CVS. Profile of accidents in children and adolescents receiving care at a public hospital. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(3):287-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700044>
 32. Sirohi S, Pandey D, Dixit S, Jain C, Deshmankar B, Raja RS. Domestic accidents: an emerging threat to community. *Int J Med Sci Public Health.* 2015;4(9):1202-5. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2015.14012015237>
 33. Ribeiro A, Barros M, Pereira IA, Lírio C, Pais IP, Couto ML. Conhecimentos e práticas parentais sobre medidas preventivas de acidentes domésticos e de viação. *Rev Port Med Geral Fam.* 2019;35(3):186-95. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12286>
 34. Brito JG, Martins CBG. Accidental intoxication of the infant-juvenile population in households: profiles of emergency care. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(3):373-80. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300003>
 35. Gaw CE, Spiller HA, Casavant MJ, Chounthirath T, Smith GA. Safety interventions and liquid laundry detergent packet exposures. *Pediatrics.* 2019;144(1):e20183117. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3117>
 36. Rodrigues CL, Armond JE, Iamarino APM, Santos ACG, Armond RE, Górios C. Análise das notificações de acidentes pediátricos na cidade de São Paulo. *Rev Atenc Saude.* 2017;15(51):52-6. <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n51.4270>
 37. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, Órfão NH, Cavalcante DFB, Nascimento RC, et al. Completion of the child health record book in early childhood. *Rev Bras Promoc Saude.* 2019;32:8407. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>
 38. Sobral MGV, Pessoa VLMP, Florêncio RS, Solon AAIB, Bento JNC, Cestari VRF, et al. Essential elements of the child and adolescent nursing consultation. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(12):3464-75. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235064p3464-3475-2018>
 39. Jones VC, Shields W, Ayyagari R, Frattaroli S, McDonald EM, Gielen AC. Association between unintentional child injury in the home and parental implementation of modifications for safety. *JAMA Pediatr.* 2018;172(12):1189-90. <https://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2781>
 40. Simas VFC, Souza AS. Crianças hospitalizadas vítimas de acidentes na primeira infância. *Rev Pró-UniverSUS.* 2019;10(1):25-8. <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1633>
-

