



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA**



**DACICLEI LOPES DA FONSECA**

**A PERCEPÇÃO DOS PAIS, FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS ASSISTIDOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PREVENÇÃO DE ACIDENTES  
DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA: uma análise textual discursiva**

Rio Grande  
2021

**DACICLEI LOPES DA FONSECA**

**A PERCEPÇÃO DOS PAIS, FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS ASSISTIDOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PREVENÇÃO DE ACIDENTES  
DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA: uma análise textual discursiva**

Trabalho de Conclusão de Residência  
Multiprofissional em Saúde da Família apresentado  
como requisito parcial para aprovação na Residência  
Multiprofissional em Saúde da Família da  
Universidade Federal do Rio Grande, sob orientação  
da Profa. Dra. Daniele Ferreira Acosta  
Linha de Pesquisa: O Trabalho da  
Enfermagem/Saúde

**Orientador: Profa. Dra. Daniele Ferreira Acosta**

**Rio Grande**  
2021

## RESUMO

FONSECA, Daciclei Lopes da. **A percepção dos pais, familiares ou responsáveis assistidos na estratégia saúde da família sobre a prevenção de acidentes domésticos na infância: uma análise textual discursiva.** 2021. 72 fls. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande. 2021.

O presente estudo tem por objetivo geral identificar o conhecimento dos usuários assistidos pela Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da prevenção de acidentes domésticos na infância com crianças de 0 a 5 anos, e por objetivos específicos identificar junto aos pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados das crianças, possíveis riscos à saúde nos ambientes domésticos; identificar quais as condutas de primeiros socorros adotadas diante dos acidentes ocorridos com crianças. Foi realizado um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa com doze cuidadoras, vinculadas a uma unidade de estratégia saúde da família, na cidade de Rio Grande-RS, no segundo semestre de 2020. Foi utilizado um questionário semiestruturado com um misto de perguntas abertas e fechadas, e analisado por meio de análise textual discursiva. As entrevistas ocorreram nos domicílios com crianças de 0 a 5 anos mais distantes geograficamente da UBSF em uma única visita. Foi possível evidenciar três categorias: Percepção dos cuidadores diante do risco e dos acidentes domésticos; Prevenção de acidentes domésticos pautada na vigília; (Des)conhecimento e crenças acerca de primeiros socorros diante de acidentes domésticos. A primeira categoria traz o conhecimento das participantes sobre os riscos dentro do ambiente doméstico e sobre os acidentes domésticos, foram utilizados pelas participantes exemplos de acidentes para demonstrar conhecimento primário sobre a temática, e suas percepções diante de alguns destes. Também aborda a percepção frente aos riscos dentro do ambiente doméstico, sendo que a maioria não percebeu riscos no ambiente, já a segunda apresenta a convicção de que a prevenção de acidentes se baseia quase que exclusivamente na vigília que o cuidador estabelece junto à criança que supervisiona, e por fim a terceira desvela as condutas relacionadas a primeiros socorros em caso de acidentes que estão envoltas em inadequações e baseadas em crenças, emergindo a concepção de que não há necessidade de deter conhecimentos prévios sobre a temática, já que não vivenciaram nenhum acidente. Foi possível compreender que a temática é pouco evidenciada e a visibilidade necessária ao tema está longe de ser constatada. O caráter preventivo dos acidentes domésticos ainda é tratado como uma ferramenta distante, e quase ineficaz no enfrentamento para a redução dos acidentes domésticos com crianças. A crença pelas participantes de que é um acontecimento praticamente aleatório e inevitável se faz presente. Entende-se que esse estudo pode subsidiar estratégias e firmar a importância de ações a nível de gestão local, sendo direcionadas às equipes das Unidades Básicas de Saúde, pois esses profissionais são grandes produtores da educação em saúde em suas práticas cotidianas frente a temática de acidentes domésticos junto aos pais, cuidadores e familiares de crianças de 0 a 5 cinco anos.

**Descritores:** Acidentes Domésticos. Primeiros Socorros. Estratégia Saúde da Família. Educação em saúde. Saúde da criança.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>8</b>
2.1	Residência Multiprofissional em Saúde da Família: breve histórico	9
2.2	Educação em Saúde: prática que conscientiza e fundamenta escolhas	10
2.3	Acidentes domésticos na infância: a importância da prevenção	13
2.4	A importância da educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção de acidentes domésticos	15
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
3.1	Tipo de Estudo	19
3.2	Local do Estudo	20
3.3	Participantes do Estudo	20
3.3.1	Crítérios de Inclusão	21
3.3.2	Crítérios de exclusão	21
<b>4</b>	<b>Procedimento de Coleta de Dados</b>	<b>21</b>
4.1	Análise de Dados	22
4.2	Princípios Éticos	22
<b>5</b>	<b>Resultados e discussão</b>	<b>23</b>
5.1	Percepção dos cuidadores diante do risco e dos acidentes domésticos	24
5.2	Prevenção de acidentes domésticos pautada na vigília	35
5.3	(Des)conhecimento e crenças acerca de primeiros socorros diante de acidentes domésticos	38
	Considerações finais	49
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	64
	APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE	65
	APÊNDICE B:QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS	66
	APÊNDICE C: CARTA DE APRESENTAÇÃO AO NUMESC	68
	APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
	APÊNDICE E: ACEITE DA COORDENAÇÃO DA UNIDADE	71
	ANEXOS	72
	ANEXO I: MAPA DO TERRITÓRIO ADSCRITO	73

## 1 INTRODUÇÃO

Há um número expressivo e crescente de acidentes em vários espaços da sociedade, compreendemos que estes são considerados acontecimentos não intencionais e evitáveis, mas que podem causar lesões físicas e emocionais temporárias e/ou permanentes e até a morte, em especial em âmbito doméstico (MELO, 2010; OMAN, KOZIOL-MCLAIN, SCHEETZ, 2003).

Os acidentes classificam-se em de trânsito, traumas, afogamentos, queimaduras, quedas, intoxicações. É sabidamente uma grande problemática de saúde pública, pois são registradas em torno de 14 mil mortes diárias no mundo, sendo que traumas e afogamentos são os mais recorrentes (MELO, 2010; National Association of Emergency Medical Technicians, 2007).

No Brasil os acidentes são a principal causa de óbitos na faixa etária entre cinco e quarenta e nove anos. Nos mais variados ambientes cotidianos, entre 0 e 5 anos há uma incidência de mais de 90% de acidentes ocorridos no meio doméstico (MUTTO et al., 2011; SANTOS et al., 2008; SMITHSON, GARSIDE, PEARSON, 2011).

Para Howard (2010) a mortalidade de crianças vítimas de acidentes domésticos em países em desenvolvimento supera as marcas, em média, de mais 50 mortes por 100.000 para meninos e aproximadamente 44 por 100.000 para meninas, sendo em sua grande maioria em ambiente doméstico, destacando que quanto menor o nível socioeconômico familiar maior é a probabilidade de óbito.

Crianças menores de 5 anos estão mais expostas aos riscos domiciliares devido a permanência intradomiciliar na maior parte do dia, por estar em fase de desenvolvimento biopsíquico, e por inabilidade, baixa conscientização e muitas por precário grau de instrução de pais e cuidadores. Os fatores ambientais e a pouca habilidade motora da criança também fazem parte do contexto, sendo correlacionados a grande parte dos acidentes (INGRAM et al., 2012).

Nesta faixa etária os acidentes mais comuns são quedas, queimaduras, envenenamentos, e atropelamentos justificáveis pela enorme curiosidade e senso exploratório que é característico da criança (CARVALHO, PEREIRA, 2002; LIMA et al., 2006).

Popularmente e por uma questão cultural os acidentes são compreendidos por situações inevitáveis, mas segundo Santos (2008) estes são evitáveis em torno de

90% dos casos e não devem ser determinados como fatalidade, mas sim algo previsível.

Segundo Garcia (2005) diante do contexto faz-se necessário empregar esforços em ações preventivas e educativas para evitar tais acidentes e ensinar a população a prestar socorro às vítimas. Os primeiros socorros estão relacionados a prestação de atendimento primário àquela pessoa que está acidentada ou adoecida subitamente e que tem suas funções vitais ameaçadas.

Para o mesmo autor, a reação das pessoas que se encontram no mesmo ambiente é fundamental para a recuperação dessa vítima, talvez determinando condição de vida ou morte. Logo se torna indispensável que a população leiga tenha conhecimento dos acidentes mais prevalentes, como evita-los e mais ainda como portar-se diante desses, mitigando assim possíveis complicações decorrentes de ações efetuadas por quem no momento do acidente presta atendimento (GARCIA, 2005).

Diante do acima exposto e na qualidade de enfermeira graduada em 2017 pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), trouxe o interesse pela temática. Este interesse surgiu durante a minha trajetória acadêmica ao fazer parte do cerne e posteriormente da constituição da Liga de Urgência e Emergência da FURG-LEUr. Atualmente continuo como colaboradora, da Liga desenvolvendo trabalho conjunto com outros ligantes tais como oficinas e cursos direcionados a prevenção de acidentes e primeiros socorros.

Neste contexto o interesse na realização de pesquisa sobre o tema surgiu da observação de que o público demonstrava pouca compreensão sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros, ou quando apresentava algum conhecimento, este era equivocado ou parcial e muitas vezes envolto em crendices e empirismo.

Como campo de observação dentro da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, tive exemplos práticos dessa realidade, em maior escala, que a população em geral dá indícios de possuir poucos conhecimentos sobre acidentes, principalmente domésticos, e seus primeiros socorros.

Dessa trajetória profissional e atividade exercida como Residente Multiprofissional é que surgiu a questão norteadora para realização do estudo, ou seja:

**“Qual o conhecimento dos usuários da Unidade Básica de Saúde da Família sobre a prevenção de acidentes domésticos na infância com crianças de 0 a 5 anos? ”**

## **Objetivos**

### **Geral**

Identificar a percepção dos usuários assistidos pela Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da prevenção de acidentes domésticos na infância com crianças de 0 a 5 anos.

### **Específicos**

Identificar junto aos pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados das crianças, possíveis riscos à saúde nos ambientes domésticos;

Identificar quais as condutas de primeiros socorros que os pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados adotam diante dos acidentes ocorridos com crianças.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo estão apresentados os conteúdos que fundamentaram as discussões sobre a temática prevenção de acidentes domésticos ocorridos com crianças de 0 a 5 anos e primeiros socorros para leigos. Para isso foram divididos em quatro subcapítulos.

O primeiro subcapítulo intitulado “**Residência Multiprofissional em Saúde da Família: Breve histórico**” apresenta de maneira sucinta a formação e a trajetória até o momento das residências na Furg, em destaque a Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família, em parceria com a Secretaria de Município da Saúde de Rio Grande, como um projeto de formação em serviço recente, porém bem consolidado e em constante aperfeiçoamento.

O segundo subcapítulo intitulado “**Educação em Saúde: Prática que conscientiza e fundamenta escolhas**” destaca a importância da construção de saberes em conjunto com a comunidade, valorizando o ambiente onde o usuário e sua família desenvolvem suas ações cotidianas, onde suas crenças e vivências estão estabelecidas, proporcionando a estas informações sobre sua saúde e da coletividade de modo emancipatório.

O terceiro subcapítulo intitulado “**Acidentes domésticos na infância: a importância da prevenção**” discorre brevemente sobre dados que apresentam evidências quantitativas de morbimortalidade em crianças acidentadas, destacando o ambiente domiciliar como principal local da ocorrência de acidentes. Aponta a necessidade e a relevância de ações preventivas qualificadas, abordando a importância de saberes construídos conjuntamente com a comunidade leiga e a necessidade de instrumentalizá-la para reconhecer situações de risco, bem como atuar de maneira segura e eficaz aplicando os primeiros socorros em vítimas de acidentes domiciliares.

O quarto e último subcapítulo “**A importância da educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção de acidentes domésticos**” expõe sobre a ESF e apresenta o enfermeiro como articulador da prevenção de acidentes ocorridos em crianças de 0 a 5 anos com base em educação em saúde, com potencial de desenvolver e implementar ações preventivas junto ao indivíduo e a coletividade.

## 2.1 Residência Multiprofissional em Saúde da Família: breve histórico

Logo após a promulgação da Lei 8080/90 foi identificada a necessidade de formação de profissionais para trabalhar no SUS, nesta direção foi promulgada a Lei 11.129 de 2005 que institui a Residência em Área Profissional de saúde, especificando em seu artigo 13 e incisos 1º e 2º a modalidade de pós-graduação lato sensu, destinada a educação a ser desenvolvida em serviço, direcionada aos profissionais de saúde, excetuando os médicos (BRASIL, 2005, P. 2).

A residência exige dos profissionais que nela atuam dedicação exclusiva e realização, sob supervisão de um docente e de um profissional técnico responsável no campo de residência, para o desenvolvimento de suas atividades teóricas, científicas e práticas. Esta atuação somente é possível mediante o compartilhamento de responsabilidades dos setores de educação e saúde (BRASIL, 2005, P. 2).

Em acordo com o anteriormente descrito a Universidade Federal de Rio Grande (FURG) oferece, além de vários cursos em graduação voltados para área da saúde, a formação em modalidade lato sensu por meio das residências multiprofissionais e residências médicas. As residências médicas contemplam anestesiologia, clínica geral, infectologia, pediatria, família e comunidade entre outras. As multiprofissionais, a Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção a Saúde Cardiometabólica do Adulto (RIMHAS), e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) (FURG, 2016).

A residência multiprofissional em saúde da família (RMSF) teve início em 2010 na cidade de Rio Grande-RS, oriunda de um contributo entre os setores da educação e da saúde, onde no município resultou em parceria institucional entre a Secretaria de Município da Saúde e FURG. A atuação da RMSF é direcionada a Estratégia de Saúde da Família com o intuito de qualificar e aperfeiçoar os profissionais nela lotados, proporcionando espaços reflexivos sobre as políticas de saúde, o SUS, os processos de trabalho locais e regionais, assim fomentando o exercício diário da educação em serviço, além de desenhar na práxis a interação entre ensino, pesquisa e atenção à saúde com vivências pautadas nas diretrizes e princípios do SUS (FURG, 2016).

Essa modalidade de ensino em trabalho é compreendida como um espaço de formação e transformação do pós-graduando agindo como um dispositivo potente de educação permanente, pois possui princípios referenciados na atuação profissional

de maneira interdisciplinar com o intuito de promover o cuidado integral ao indivíduo e ao coletivo (BRASIL, 2006).

Destaca-se que a RMSF objetiva formar profissionais enfermeiros, educadores físicos e psicólogos com capacidade de refletir e buscar soluções resolutivas frente às necessidades dos usuários e dos trabalhadores da saúde, em consonância com práticas humanizadas e com percepção aliada as questões individuais, coletivas e o contexto da comunidade em que está inserido, portando a residência é uma experiência impulsionadora para o pós-graduando, e que beneficia a rede de saúde e a população local (FURG, 2016).

Dessa maneira a formação multiprofissional deve ser compreendida como um mecanismo de desenvolvimento de saberes e que capacita os pós-graduandos, fortalecendo e ampliando sua visão frente ao enfrentamento de desafios de implementação e execução do SUS dentro da realidade de uma determinada comunidade, apropriando-os de uma didática construtiva e permanente de conhecimentos (RAMOS, 2006).

## **2.2 Educação em Saúde: prática que conscientiza e fundamenta escolhas**

Segundo o Ministério da Saúde, a educação em saúde tem por finalidade o desenvolvimento do pensamento crítico com reflexos no fazer cotidiano do indivíduo, mediante um processo sistematizado, onde este é instigado a buscar resoluções dos seus problemas e/ou de sua comunidade, assim vivenciando o exercício do controle social, tomando parte efetiva na identificação e nas práticas de medidas resolutivas das questões de saúde vivenciadas individualmente ou em coletividade. Tendo a prática educativa em saúde como transformadora de consciências, possuindo alcance para além das concepções de hábitos saudáveis, pois se baseia na resolução de questões enfrentadas pelos usuários em seu próprio território de uma maneira dialógica e horizontalizada distanciando-se das atividades formais de educação e ensino (BRASIL, 2007).

Neste sentido a educação em saúde deve ser compreendida como a correlação de saberes técnicos e científicos que necessitam ser integrados aos conhecimentos populares, aliando subsídios da comunidade, institucionais, públicos e privados em prol de soluções viáveis aos problemas de saúde enfrentados pelos indivíduos dentro da comunidade. Para tanto, três segmentos devem atuar em conjunto, os profissionais

em saúde, realizando as práticas de prevenção e promoção em saúde, os gestores em apoio a esses profissionais, e a população alicerçando conhecimentos emancipatórios para cuidar da saúde (BUSS, 2000; FALKENBERG et al., 2014).

Para, além disso, a educação em saúde engloba práticas sociais, pedagógicas, e de cunho técnico e político que direcionam a vivência e o compartilhamento, na atenção à saúde, com reflexos na atuação de trabalhadores em saúde, na tomada de serviços pelos usuários, contribuindo para a corresponsabilização crítica na resolução de seus problemas de saúde, bem como se estendendo aos demais setores organizados da sociedade estimulando a busca de soluções com organização individual e coletiva (BRASIL, 2007).

Destaca-se a importância da representatividade da educação em saúde como importante via de instrumentalização da população, com o estabelecimento de diálogo entre os trabalhadores da saúde e os usuários, pautada na valorização dos conhecimentos e experiências de ambos, voltada para uma escuta terapêutica, assim reedificando em conjunto com o indivíduo e/ou coletivamente as ações cotidianas (CERVERA, PARREIRA, GOULART, 2011).

Ao encontro de atender as demandas relatadas anteriormente, a educação em saúde se mostra como um potente espaço para extinguir diferenças sociais, apropriando-se de parte do processo de trabalho, onde esforços são direcionados para construção de uma sociedade mais coerente e prepositiva, espelhando-se nas bases relacionais contidas no SUS (BRASIL, 2007).

Logo, se pode afirmar que a educação tem como alicerce a participação popular com intuito de transformar as condições de determinada população referente uma devida situação, portanto é algo dinâmico que vai além da simples transferência de conhecimentos, habilidades e aptidões, alcançando a aplicabilidade prática, pois respeita a cultura e a forma de organização da comunidade, partindo de que todos os indivíduos e coletivos são dotados de experiências, vivências, saberes e crenças com potencialidades a serem desenvolvidas (BRASIL, 2007).

Portanto a práxis no campo da saúde conserva-se longe da neutralidade, assumindo o papel de prática social que adentra dimensões ideológicas, políticas que são inerentes ao projeto de sociedade, acarretando um envolvimento ético a todos os sujeitos participantes do processo, como usuários, grupos sociais, profissionais de saúde e gestores (MERHY et al., 2003).

Entretanto deve reservar-se de relações verticalizadas e unilaterais, onde o educando somente absorve o que o educador tem a ofertar, a metodologia desse tipo de educação necessita ser libertadora e bilateralizada, utilizando de estratégias no sentido de expandir a percepção do indivíduo em relação ao meio ambiente onde vive, possibilitando escolhas conscientes e autônomas de acordo com suas necessidades e expectativas para melhor viver (ALVIM, FERREIRA, 2007; BUSS, 2003).

Nestes termos a educação em saúde deve ser compreendida como uma proposta reflexiva do cotidiano, onde não somente os problemas de saúde devem ser ponderados, mas sim todos os fatores que refletem nas condições de saúde/doença, como saneamento, habitação, produção de renda, a educação, laser entre tantos outros aspectos da vida diária, com o intuito de identificar causas e obter soluções de problemas, capacitando o grupo e o indivíduo para tomada de decisões de um modo crítico e organizado (BRASIL, 2006).

Contudo as práticas educativas necessitam de um espaço, onde as questões cotidianas possam ser observadas, analisadas e debatidas, sendo assim, a ESF é apresentada tanto como local físico para o desenvolvimento dessa estratégia, como espaço político e social, tendo a educação em saúde como seu papel central, promovendo melhores condições de saúde e bem estar da população a ela adstrita, pois também é canal de acesso a outros bens e serviços sociais disponíveis nos municípios e estados (BESEN et al., 2007).

Para os mesmos autores os espaços de educação em saúde vão além das discussões biologicistas com a coletividade, são estes locais onde os saberes técnicos e científicos devem sofrer influência dos conhecimentos populares mesclando-se de maneira a traduzir-se em linguagem acessível à comunidade, promovendo de tal maneira a sensibilização dos atores envolvidos nesta educação, ao ponto de desenvolver pensamentos e atitudes que beneficiem o indivíduo e seu entorno de uma maneira favorável ao cuidado da saúde (BESEN et al., 2007).

Dessa forma as práticas educativas tomam novo corpo, mais direcionadas aos princípios idealizados pela ESF, ressaltando-se um dos mais fundamentais que é o do direito à saúde, partindo do empoderamento do usuário, capacitando-o em direção de escolhas conscientes e fundamentadas em busca de melhores condições de vida, construídas em conjunto com os atores fundamentais nesse processo (BESEN et al., 2007; BUSS, 2003).

### **2.3 Acidentes domésticos na infância: a importância da prevenção**

A partir da década de 70 houve a inserção na literatura médica das significações dos acidentes domésticos na infância, embora este seja um tema antigo, e dentre todos os ambientes onde há a presença de crianças tem-se como destaque o domicílio como o principal local de agravos, devido a maior permanência da criança neste. Os acidentes na infância representam grande causa de morbimortalidade constituindo caso importante de saúde pública (AMARAL et al., 2009).

Nesta direção Tavares (2013) apresenta que na fase pré-escolar as crianças brasileiras correm o risco de óbito, por lesões externas em razão da sua vulnerabilidade física, comportamental e mental. Fenômeno este que ocorre de maneira crescente. E ainda, Santos e colaboradores (2010) evidenciam a existência de uma disposição aos acidentes domésticos como queimaduras, quedas, lesões por objetos perfurocortantes, intoxicação e choques.

Segundo o Centro de Informações Toxicológicas as crianças de 0 a 5 anos estão dentre as maiores vítimas de intoxicação doméstica por acidente no estado do Rio Grande do Sul. Isso ocorre devido a sua curiosidade natural em explorar os ambientes associado ao desconhecimento e ao descuido de seus cuidadores, não guardando medicamentos e materiais de limpeza em local distante das crianças (GERS, 2019).

Quanto às informações estatísticas, o Ministério da Saúde (2012) apresenta que na faixa etária de crianças de 1 a 14 anos no Brasil, no período de 2012 houveram por volta de 4,7 mil mortes e 125 mil hospitalizações devido a acidentes e lesões involuntárias. Verifica-se que desde 2006 (SILVA, FIGUEIREDO, 2006) publicações já evidenciam e associam a esta dimensão o fato de que os acidentes são situações que na maioria das vezes acometem a vítima de uma maneira aleatória e inesperada, todavia alguns são absolutamente preveníveis, mas que por algum equívoco, ou desrespeito de alguma norma de segurança se concretizam.

Nesta perspectiva é válido considerar que os acidentes domésticos estão ligados a vários fatores como questões sociais, econômicas, culturais, o próprio estilo de vida da família e sua rede social, bem como o desenvolvimento físico e psíquico da criança de acordo com sua fase de crescimento e desenvolvimento, principalmente no período de um a cinco anos. E que as habilidades motoras, agilidade física, noções de espaço e tempo não foram completamente desenvolvidas, tais aspectos aliados a

supervisão deficiente de um adulto pode contribuir a uma maior exposição a acidentes (BRITO, ROCHA, 2015).

Já a algum tempo o tema acidentes domésticos vêm sendo discutido pois segundo Malta e colaboradores (2009) no mundo os acidentes domésticos em crianças de menos de cinco anos é uma das principais causas de morbimortalidade, e envolve questões de cunho econômico, social e emocional, ecoando na família e na sociedade. Ressaltando também que os acidentes não fatais deixam marcas e sequelas, por vezes, para o resto da vida infringindo sofrimento à criança e seus familiares.

Diante do cenário percebe-se a necessidade de ações imediatas, ou seja, de primeiramente compreender que os primeiros socorros são aqueles realizados com o propósito de prestar cuidados rápidos, a fim de manter a vítima de um acidente o mais estável possível do ponto de vista fisiológico, e que segundo é necessário que atitudes que conservem sua força vital e evitem o agravamento de sua condição de saúde devem ser tomadas até a prestação de socorro especializado ser efetuado (BRASIL, 2003).

Reconhecidamente no Brasil o ensino de primeiros socorros ainda não é bem disseminado, o que provoca desconhecimento sobre os agravos que estes podem trazer à saúde, e os riscos que podem conter os locais de permanência cotidiana dos indivíduos, como ambientes de trabalho, trânsito e em destaque os domicílios (PERGOLA, ARAUJO, 2008).

Ressalta-se que os acidentes domésticos que mais acometem as crianças são choque elétrico, queimaduras, quedas, ingestão de pequenos objetos, afogamentos e asfixia. E que diante disso o desconhecimento da grande maioria da população sobre que atitude assumir perante a emergência pode agravar, sobremaneira, o quadro de saúde da vítima (BRASIL, 2014).

Em muitos casos evidencia-se que o leigo na intenção de prestar socorro a um familiar, ou a vítima de acidente realiza ações equivocadas, que podem levar ao agravamento do quadro (PERGOLA, ARAUJO, 2008).

Portanto o acesso a conhecimentos sobre a prestação de primeiros socorros deve ultrapassar os locais restritos tais como os hospitais e sair dos domínios dos profissionais de saúde e das universidades, tornando-se saberes democratizados, ao alcance da sociedade, possibilitando que a população possa cuidar de sua saúde, tornando-se assim mais capacitados e seguros (VERONESE et al., 2010).

Neste caso há a necessidade de promover ações de ensino para a população acerca de conhecimentos iniciais sobre primeiros socorros, com o intuito de prevenir possíveis agravos, pois nota-se que em grande parte dos atendimentos as vítimas de acidentes são realizados por quem está mais perto desta, destacando que a prestação do primeiro socorro é um dever moral (GOMES et al., 2011).

Para que a prestação dos primeiros socorros seja realizada por leigos de forma mais segura e assertiva possível, é preciso preparar a população. Iniciativa esta que deve partir dos órgãos públicos de ensino e por instituições de saúde federais, estaduais e municipais (PERIM et al., 2013).

Neste sentido, destacando o ambiente onde foi desenvolvido o estudo proposto, cabe salientar que na ESF entre os seus objetivos está o de Educação em Saúde, que segundo Feijão e Galvão (2007) deve ser apontada como fundamental para a promoção da saúde, com reflexos tanto na prevenção como na reabilitação de doenças e agravos, pois além de estimular a cidadania promovendo a corresponsabilização individual e coletiva dos usuários, colabora para pluralização de saberes.

#### **2.4 A importância da educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prevenção de acidentes domésticos**

O Programa Saúde da Família foi implantado no Brasil em 1994, no entanto sua origem se remonta a 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) que possibilitou adiante a assistência ao público materno-infantil, e trazia a figura do enfermeiro como supervisor de até 30 ACS por equipe (CUNHA, 2010).

O Programa Saúde da Família que atualmente é reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) foi idealizado pelo Ministério da Saúde com o propósito de remodelar e nortear a atenção básica em suas práxis, articulando a saúde pública no país com os demais níveis de complexidade de atenção, ou seja, secundário e terciário, pautada na integralidade das ações e na continuidade do cuidado. Nesse molde é privilegiada a família em seu território, o vínculo estabelecido com o indivíduo e o coletivo, as ações desenvolvidas na prevenção e promoção da saúde, bem como o enfoque no tratamento e na reabilitação do usuário (BRASIL, 2006; CUNHA, SILVA, 2013).

Em termos estatísticos no Brasil, em 2019, a cobertura da ESF abrange 63,45% de todo território nacional, evidenciando incremento na cobertura populacional, que antes segundo a Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD), era de 50,9% no ano de 2008, passando a 53,4% em 2013 (BRASIL, 2019; IBGE, 2008; SZWARCOWALD et al., 2014). A ESF vem se consolidando em seu papel de porta de entrada como base estruturante das redes de atenção básica à saúde, sob advento e apoio governamental, sua atuação vai além do cuidado pontual com o usuário, pauta-se na longitudinalidade e coordenação da assistência, ou seja, tem a potencialidade de inserção do indivíduo na assistência especializada e hospitalar (BRASIL, 2011; FAUSTO et al., 2014).

Este quadro se reflete de maneira positiva igualmente no município de Rio Grande/RS, onde se tem atualmente 80% de cobertura territorial, com aumento considerável Unidades Básicas de Saúde da Família (PMRG, 2020). Em seu desenvolvimento e durante estes anos, desde sua implantação, é possível perceber resultados positivos dos investimentos e expansão na atenção básica em saúde. Sendo estes inegáveis, cabe destacar que estas ações, entre outros, promovem a continuidade do cuidado com maior acesso dos usuários aos serviços de saúde, a diminuição em termos de hospitalizações evitáveis, a redução da mortalidade infantil e o fomento da equidade (FAUSTO et al., 2014; MACINKO et al., 2006).

Contudo, para os mesmos autores, o ritmo de abrangência é diferente em cada região do país, pois existem consideráveis diferenças, tanto de cobertura quanto de acessibilidade e oferta de serviços nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em cada município, isto se apresenta devido à vulnerabilidade social do país, que são peculiares a cada região e que influenciam no acesso e benefícios dos serviços de saúde (FAUSTO et al., 2014; MACINKO et al., 2006).

Os trabalhadores na ESF cotidianamente atuam na assistência individual e coletiva, onde o processo saúde-doença-cuidado é desenvolvido para atender as necessidades do indivíduo e sua família, o que segundo Menezes, Pinto, Villa (2010) exige dos profissionais, capacidade técnica e o poder de vinculação a essa comunidade. Onde, na dinamicidade do campo as atividades são realizadas de modo integrado e intenso, em um processo de trabalho que requer articulação, conhecimento técnico e um olhar receptivo para a comunhão dos saberes (SPAGNUOLO et al., 2012).

Neste sentido o enfermeiro da ESF tem se destacado como principal articulador nos processos de trabalho, como o profissional que planeja, coordena, implanta e avalia os programas de atenção á saúde, salientando-se que dentre todas as suas atividades a promoção e a prevenção da saúde dos indivíduos e da comunidade estão inseridas na essência do seu cuidado (BUDÓ, ERMEL, FRACOLLI, 2006; SAUPE, 2004).

Portanto, já de longa data sabe-se que é na atenção primária que a educação em saúde ganha sentido expressivo, visto que serve de embasamento nas ações de promoção e prevenção, refletindo na prática dos profissionais, em destaque o enfermeiro, promovendo o vínculo com os indivíduos, além de fomentar a consciência e a cidadania destes. Fortalecendo a sua capacidade de escolha, a responsabilidade sobre si e sobre a comunidade na qual estão inseridos (FEIJÃO, GALVÃO, 2007).

Contudo a prática construtiva da educação em saúde deve alicerçar-se em um processo inclusivo e interativo, que parte de uma reflexão crítica da realidade e dos fatores apresentados no cotidiano da comunidade, capaz de proporcionar envolvimento e resultados efetivos que beneficiem individual e coletivamente os atores envolvidos nesta dinâmica (MACHADO et al., 2007).

Neste seguimento de ideias é possível inserir a importância da educação em saúde no que se refere aos cuidados com as crianças e aos adolescentes, onde desde 1990 pela Convenção dos Direitos a Criança e do Adolescente é dado o direito a todos os setores da sociedade conhecerem os princípios básicos de saúde, em destaque aos familiares, pais e cuidadores de crianças, incluindo atitudes relacionadas à prevenção de acidentes, mediante orientação para reconhecimento dos riscos à saúde e desenvolvimento de estratégias para minimiza-los ou extingui-los (BRASIL, 1990).

Diante disso há necessidade ampla da implementação de ações individuais e coletivas de orientação que contemplem os anseios dos cuidadores e familiares das crianças acerca dos riscos de exposição a acidentes e prevenção de possíveis agravos, desse modo instrumentalizando-os, cabendo assim aos profissionais de saúde o papel de educadores em saúde (COSTA et al., 2011).

Tal como descrito por Regiani e Correa (2006) o enfermeiro atua neste cenário como o grande agente educador apto a planejar e implantar ações de cunho educativo, sendo capaz de conscientizar a comunidade e o núcleo familiar acerca dos acidentes domésticos. E que, segundo Sousa e colaboradores (2008), este tem a

responsabilidade de promover a percepção tanto da coletividade como dos indivíduos, reunindo em seu fazer diário a acessibilidade, equidade, participação social entre outros princípios do SUS. Compreendendo fundamentalmente que a educação objetiva o desenvolvimento consciente da capacidade dos indivíduos em responsabilizar-se pelo ambiente em que vivem e pela sua própria saúde.

Portanto a ESF é um campo propício para o desenvolvimento das ações de educação em saúde, salientando-se, mais uma vez, que esta deve ter como base a conscientização popular, tentando atingir indivíduos e o coletivo, distanciando-se cada vez mais da lógica relacionada as doenças e dos culpados pelo adoecimento. E sim buscar a troca de saberes com a comunidade apresentando e relacionando os reais determinantes de saúde/doença (ROECKER, MARCON, 2011).

Nesta concepção o enfermeiro na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), já de longa data é reconhecido como facilitador ao acesso das famílias e cuidadores das crianças às informações acerca de acidentes domésticos, e tem o papel de atuar de um modo preventivo na minimização das desigualdades sociais, possibilitando uma melhor qualidade de vida as crianças e suas famílias (OMAN, KOZIOL-MCLAIN, SCHEETZ, 2003). Caráter preventivo/educativo este, desenvolvido desde as consultas de pré-natal e que perduram nas consultas de puericultura, e em qualquer nível de atenção a saúde, ou seja, desde a atenção básica até o hospital (REGIANI, CORREA, 2006).

No desenvolvimento das ações preventivas, estas devem ser abordadas de acordo com a faixa etária da criança já dentro das consultas de puericultura e de maneira coletiva em diferentes ambientes dentro da comunidade, com o intuito de propiciar aos pais e cuidadores saberes suficientes para o reconhecimento dos riscos à saúde de seus filhos e ação correta para a prevenção dos acidentes, tomando como suas as atitudes para redução destes (BRITO, ROCHA, 2015).

Para levar adiante a intenção de introduzir o tema sobre prevenção o enfermeiro necessita fomentar as ações de cuidado das mães, buscando a participação, construção e compreensão destas de que as situações de risco são reais e que atitudes preventivas evitam acidentes que podem ser fatais. O enfermeiro como educador é o agente apto a atuar juntamente com pais e cuidadores compartilhando conhecimentos que promovam prevenção a acidentes e atitudes assertivas se caso estes acontecerem (BRASIL, 2001).

Um importante item a ser observado nesta trajetória educativa realizada pelos enfermeiros da ESF é que esta, não deve ser pautada meramente como uma passagem de informações, e sim despertar habilidades que subsidiem a troca de saberes entre os atores envolvidos, incentivando o enfrentamento da realidade vivenciada no cotidiano da comunidade (FEIJÃO, GALVÃO, 2007; ROECKER, MARCON, 2011).

Somam-se a isso as ações de educação em saúde que estão inseridas no cuidado diário da enfermagem, onde na ESF seu olhar volta-se a uma educação que reúna esforços para resolução de problemas. Sendo fundamental conhecer a saúde dos indivíduos e do coletivo, as relações sociais, ambientais e econômicas, bem como o contexto local, compreendendo que é necessário firmar com os atores do processo de parceria levando em conta os seus saberes (ROCHA et al., 2012).

Dessa maneira as ações de educação em saúde necessitam de profissionais envolvidos com a realidade das famílias e da comunidade, tendo grande responsabilidade como influenciadores de mudança comportamental, instrumentalizando os cuidadores para a realização de condutas que identifiquem os riscos à saúde da criança e que conseqüentemente previnam possíveis agravos (COSTA et al., 2011; MATINS, ANDRADE, 2010).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa pode ser compreendida como uma metodologia de pesquisa não estruturada, e de cunho exploratório fundamentada em amostras concisas que propiciam percepções e compreensão do problema em seu contexto (MALHOTRA, 2006). Nesse tipo de pesquisa os entrevistados constituem opiniões livres a respeito e um determinado tema (DANTAS, CALVACANTE, 2006). Isso imprime à pesquisa qualitativa a seriedade necessária quanto ao constructo dos argumentos.

Além disso, a pesquisa com abordagem qualitativa corresponde a questões muito particulares. Pois, envolve fenômenos humanos que são tomados como parte da realidade social, portanto a figura humana se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações diante da realidade vivida e

compartilhada em seus núcleos interativos. Abordando um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, trabalhando com o universo das significações, valores, aspirações, crenças, motivos e atitudes (MINAYO, 2010).

### **3.2 Local do Estudo**

Foi realizado em uma comunidade adscrita a Unidade Básica de Saúde da Família São Miguel II que se constitui de parte de um bairro periférico, São Miguel, da cidade de Rio Grande/RS, a qual serviu de campo de atuação da Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

A UBSF São Miguel II se localiza na Rua Quintino Bocaiúva, 375, no setor leste do mapa da saúde do município, em sua estrutura física, conta com sala de espera, com dois banheiros, corredor de acesso para dois consultórios multiprofissionais e mais dois de enfermagem, uma sala de inalação/emergência, uma sala de procedimentos e esterilização, sala de coleta, sala de procedimentos um banheiro para os funcionários, uma copa, sala de almoxarifado, consultório dentário, salão de reunião, sala destinado a Equipe Multiprofissional da Secretaria de Município de Rio Grande, sala de vacina, sala de triagem e por último expurgo, e pátio externo. Atende uma população cadastrada de com aproximadamente 4502 pessoas, contando com uma equipe no total de 19 profissionais, sendo que 10 são Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). O bairro atendido pela UBSF está dividido em dez microáreas.

### **3.3 Participantes do Estudo**

Os participantes deste estudo foram pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados de crianças de 0 a 5 anos.

Para estabelecer o quantitativo de participantes foram inicialmente utilizadas as informações constantes nos prontuários das famílias. Igualmente utilizou-se as informações fornecidas pelos ACS quanto ao número de residências com crianças 0 a 5 anos cuidadas por familiares em seu domicílio (APENDICE A). Totalizaram 30 residências com crianças nessa faixa etária. Dessa, foram convidadas 13 famílias, sendo que uma recusou. Por fim, completou-se doze entrevistas.

Este quantitativo foi alcançado devido a efetivação de seis entrevistas por mês, durante dois meses, momento destinado a coleta de dados. Houve a necessidade de

acompanhamento em tempo integral de um ACS a cada visita domiciliar realizada, tanto na captação de participantes para o estudo, bem como na efetiva entrevista.

### **3.3.1 Critérios de Inclusão**

Foram aceitos nas entrevistas pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados de crianças de 0 a 5 anos que conviviam e prestavam cuidados diariamente as mesmas.

### **3.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos pais, familiares e/ou cuidadores que conviviam somente de maneira esporádica com as crianças, e aqueles que não prestavam cuidados as mesmas em domicílio. Os pais, cuidadores e/ou familiares que se recusaram em participar da pesquisa.

## **4 Procedimento de Coleta de Dados**

A coleta teve início após a apreciação e posterior aprovação do Núcleo Municipal de Estudos em Saúde Coletiva da Secretaria de Município da Saúde de Rio Grande (NUMESC).

A coleta de dados realizou-se no segundo semestre de 2020 por meio de entrevista individual, fazendo uso de um instrumento semiestruturado (Apêndice B) com um misto de perguntas abertas e fechadas. Os itens foram elaborados para contemplar os objetivos deste estudo. As entrevistas ocorreram no domicílio dos participantes em uma única visita logo após o diálogo preliminar e o aceite do TCLE. Os depoimentos foram gravados com a utilização de um MP4 e posteriormente transcritos.

A coleta de dados ocorreu diretamente entre o cuidador e a entrevistadora acompanhada na visita pelo ACS. A identificação dos participantes da pesquisa foi preservada, sendo utilizadas, para tanto, codinomes para cada participante (cuidador 01, cuidador 02 ...), e assim ordenadamente.

Foram contatadas as residências com crianças de 0-5 anos mais distantes geograficamente da UBSF. Esta opção deu-se pelo fato de que a distância pode ser um fator que dificulte o acesso à assistência no momento de acidentes. Para este foi utilizado o mapa da área de cobertura da UBSF São Miguel II. (Anexo I).

#### **4.1 Análise de Dados**

Os dados foram analisados a partir do conjunto de informações documentadas reunidas obtidas por um questionário com formato semiestruturado, que permitiu a expressão livre dos entrevistados em grande parte das questões, o processamento dos dados deu-se concomitantemente com a coleta das informações, conforme a Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A metodologia em questão exigiu do pesquisador já na primeira etapa de unitarização um mergulho profundo nos dados levantados com a percepção das semelhanças unificadas, por conseguinte caminhou-se para o próximo item do processo que foi a categorização onde se pode captar várias categorias de análise, ou seja, o processo metodológico exigiu a desconstrução do material analisado por várias vezes, que no caso, iniciou-se pela transcrição das entrevistas que continham as opiniões dos entrevistados, bem como a anotação de expressões, posturas e elementos referentes à comunicação não verbal, e posteriormente houve reagrupamento em categorias por semelhanças.

Em seguimento da análise partiu-se para a categorização dos dados classificados e agrupados, gerando-se os metatextos que finalmente embasaram a interpretação que se constituiu em um exercício crítico, intenso e analítico do pesquisador (MORAES; GALIAZZI, 2011).

#### **4.2 Princípios Éticos**

Foram seguidos os aspectos éticos sendo assegurados os direitos humanos de acordo com a Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, que padroniza pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016).

Este projeto foi enviado primeiramente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande em formulário apropriado e aprovado sob nº 3.913.381, e posteriormente ao Núcleo Municipal de Estudos em Saúde Coletiva da Secretaria de Município da Saúde do Rio Grande (NUMESC), tendo sua aprovação. A cada contato antes de cada entrevista com os cuidadores, lhes foi apresentado o intuito do estudo, seguido do pedido de participação voluntária por intermédio da sua concordância em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em Apêndice D.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo será apresentado os resultados e discussões da pesquisa realizada com os doze cuidadores no intuito de responder os questionamentos relacionados na etapa inicial do trabalho. O roteiro utilizado foi aplicado com o objetivo de apreender inicialmente o conhecimento que os participantes tinham acerca de acidentes domésticos, como seu conceito, seus saberes relacionados aos acidentes mais recorrentes dentro da comunidade. Além disso, foi investigado suas percepções relativas à segurança do ambiente domiciliar, e em segundo momento a sua conduta na prestação de primeiros socorros diante dos principais acidentes domésticos

Assim, primeiramente apresenta-se o perfil dos participantes e a seguir as três categorias derivadas da análise dos dados.

### Perfil dos participantes

Para fins de melhor entendimento e ambientação sobre a temática desenvolvida neste estudo serão apresentados alguns dados socioeconômicos dos participantes como sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de pessoas que moram na residência, idade das crianças cuidadas, ocupação e renda familiar.

No que se refere ao sexo dos participantes as doze cuidadoras eram mulheres de 20 a 45 anos. Sete referiram ser solteiras, quatro casadas e uma com união estável. Cinco participantes tinham o ensino fundamental incompleto e uma o fundamental completo, por conseguinte duas participantes chegaram ao ensino médio, mas não conseguiram concluí-lo, já o restante finalizou o ensino médio.

O núcleo familiar residencial das participantes era composto entre três a seis pessoas e as participantes, em sua totalidade, eram as mães das crianças cuidadas. Desempenhavam o cuidado junto a crianças de 23 dias de vida a cinco anos completos. Raramente dividiam esse cuidado e quando o faziam era com o pai por breves momentos ou com as avós. Somente duas das participantes trabalham fora do lar, e o restante cuidava da criança em tempo integral.

A renda familiar da maioria das participantes foi entre R\$ 600,00 a R\$ 1.200,00, sendo que somente uma delas referiu ter a renda familiar perto de R\$ 4.000,00.

Com o desenvolvimento da metodologia de Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011) foram identificadas três categorias, sendo a primeira categoria **Percepção dos cuidadores diante do risco e dos acidentes domésticos;**

a segunda categoria **Prevenção de acidentes domésticos pautada na vigília**; e por fim terceira categoria **(Des)conhecimento e crenças acerca de primeiros socorros diante de acidentes domésticos**. De acordo com o exposto serão apresentados os achados obtidos que se seguem.

### **5.1 Percepção dos cuidadores diante do risco e dos acidentes domésticos**

Esta categoria apresenta a visão das cuidadoras sobre os riscos e os acidentes domésticos. Elas utilizaram exemplos de acidentes para demonstrar conhecimento primário sobre a temática, e suas percepções diante de alguns destes. Também aborda a percepção frente aos riscos dentro do ambiente doméstico.

Em relação à visão das participantes sobre o sentido conceitual do que são acidentes domésticos, de acordo com as falas, observa-se que as participantes não souberam responder conceitualmente sobre a temática, entretanto todas se valeram de exemplos do seu cotidiano, dos quais vivenciaram, ou já ouviram falar, para demonstrar algum tipo de conhecimento.

“Ah eu não sei.... as vezes ele se pisa, assim, dentro de casa, cai um tombo, cai de cabeça no chão [...]” (Cuidador 01)

“Ah é se machucar dentro de casa!” (Cuidador 03)

“É bater a cabeça, é a [filha] comer sabão [...]” (Cuidador 05)

Frente aos discursos das participantes é necessário entender que se parte do conhecimento inicial, importante para compreender que acidente, em uma visão geral, é todo evento caracterizado como não intencional e principalmente evitável, que pode infringir danos físicos e também emocionais. Sua ocorrência pode dar-se em vários ambientes de circulação humana como para os adultos no trabalho, em todas as faixas etárias no trânsito, e em locais de prática de esportes e lazer, entre outros, e em especial para crianças em ambientes domésticos (BRASIL, 2001).

Destaca-se que os acidentes domésticos são eventos multicausais e complexos (BEZERRA, 2016) que ocorrem em espaços domiciliares e em seus domínios, indiferentemente do tipo de moradia, como casas de alvenaria ou de madeira, apartamentos, construções térreas ou sobrados. Os domicílios são constituídos de vários cômodos que podem trazer em si vários fatores que influenciam na frequência, gravidade e tipos de traumas sofridos por crianças dentro de casa. A

observância pelos pais e cuidadores de que este espaço naturalmente pode ter inadequações como iluminação insuficiente, ter mobiliário mal distribuído, inseguro ou objetos pontiagudos, ou mesmo fiação elétrica exposta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2014) se torna importante, visto que a discussão sobre os fatores a partir do conhecimento do leigo relativos a temática se faz necessária para que se possa visualizar possibilidades de desenvolvimento de saberes e aplicabilidades práticas para tornar o ambiente domiciliar mais seguro para os infantes.

Ressalta-se que outros fatores que fazem parte da complexidade e da multiplicidade causal dos acidentes domésticos devem ser observados como o desenvolvimento da criança, observando-se a sua evolução biológica, psicológica e motora, bem como o enfrentamento e a dificuldade dos cuidadores em reconhecer e diminuir efetivamente os riscos aos quais as crianças estão expostas em suas casas (INGRAM et. al, 2017).

Perante o exposto percebe-se a necessidade de também abordar outro conceito; o de risco, considerado uma maneira genérica que compreende a possibilidade de se estar frente ao perigo (MICHAELIS, 2021), e no sentido mais particular, considerando o risco à saúde, a exposição a situações que podem gerar ameaça, ou possibilidade de agravo à saúde do homem, e ou afetar o ambiente que o circunda (ROTHMAN, 2011).

No tocante a percepção de riscos dentro do ambiente domiciliar as participantes acreditam que seu domicílio é seguro. A maioria o considera um lugar livre de riscos, como segue:

“Ah eu não acho que oferece riscos para as crianças, ... não sei! ”  
(Cuidador 04)

“Eu creio que sim, eu tenho sempre cuidado com essas coisas... na hora de fazer comida eu não deixo perto (as crianças).”  
(Cuidador 06)

“Acho que sim! ” (Cuidador 10)

“Não tenho muita coisa que possa atingir a criança, ou alguma coisa de ..., acho que é isso” (Cuidador 12)

Os resultados acima contrariam os achados de Martins e Mello-Jorge (2013) evidenciando que nenhum domicílio está completamente seguro, pois as crianças acabam tendo acesso em algum momento do dia a objetos perfurocortantes,

ferramentas, sacos plásticos, além de transitarem, sem supervisão de um adulto, por vezes, pelos cômodos da casa.

Diante do exposto é necessário discutir a temática considerando a sua complexidade e sua multifatorialidade para compreender seus vários aspectos em busca do despertar consciente de importância epidemiológica. O reconhecimento dos fatores de risco, em destaque o ambiental, pode diminuir de fato a incidência dos acidentes domésticos e, para isso também deve ser considerado que cotidianamente os domicílios estão sendo tomados pela tecnologia.

Cada vez mais os aparelhos domésticos têm suas funções aprimoradas para facilitar as atividades diárias e importante papel no entretenimento das famílias. Mas ao mesmo tempo que suas utilidades são necessárias, seu uso e suas conformações com fios, lâminas, peças pequenas e também como seu armazenamento e disposição dentro do ambiente domiciliar acabam trazendo grandes riscos para criança devido a sua maior permanência neste local (BRITO et al., 2017; GOMES, 2013).

Dessa forma, a percepção de riscos dentro do ambiente doméstico pelos pais e cuidadores é apontada por Caricchio, Castro e Daltro (2019) como bastante reduzida, pois em seus estudos poucos fatores foram evidenciados pela maioria dos participantes como de fato ameaças às crianças dentro deste ambiente. Além disso, o reconhecimento dos riscos não está relacionado diretamente à ações preventivas, portanto o comportamento cuidadoso pode não ser assegurado mesmo diante da consciência do perigo. Para que essa atitude seja convertida em prevenção é necessário mudança de hábitos e transformação ambiental (MOLINERI, SIGNORINI-PORCHIETTO, TARABLA, 2015; FAVERO, PEZENTI, RUFATO, 2018).

Assim, a percepção do risco não deve ser visualizada somente como o simples ato de analisar informações referentes ao mesmo, vai além. Pessoas diferentes podem reconhecer as mesmas ameaças com perspectivas distintas, podendo tomar ou não consciência da existência de reais riscos pessoais ou mesmo coletivos (DEJOURS, 2008; MIRANDA, 2019). Portanto, avaliar a percepção dos pais sobre a temática se torna relevante para o atendimento das necessidades dos núcleos familiares, para o conhecimento de suas singularidades e do modo de enfrentamento de crises, o que os levam a aceitar ou não tratamentos, suas crenças, razões para preservar a saúde de seus membros (CANABARRO, EIDT, AERTS, 2014). É com este olhar que os profissionais da saúde devem atuar na prevenção dos acidentes.

Frente ao exposto percebe-se que há necessidade de atuação junto aos familiares com o intuito de mudança de comportamento, levando-os a compreenderem que o cuidado vai além das necessidades básicas relacionadas as crianças, e que os sensibilize proporcionando momentos de reflexão direcionando-os a um modo de cuidar preventivo (BEZERRA et al, 2016) e atento aos riscos do ambiente doméstico.

Assim, é possível crer que a percepção do risco é capaz de resultar em decisões embasadas na construção do saber com a participação do indivíduo, contribuindo para o fortalecimento deste e da comunidade em que está inserido, com potencialidade para desenvolver o controle do seu ambiente doméstico e no comprometimento do bem estar de sua família (FAVERO, VALLE, 2019).

Diante do dinamismo e transformações contemporâneas nos mais variados setores da vida compreende-se que a percepção humana de um modo geral não pode ser tratada como algo estanque e sim que está envolto por mudanças e constante atualizações. Também é constituída de vários elementos pessoais como a forma de se observar o mundo ao redor, de como a cultura é sentida e se enraíza no indivíduo e no coletivo, de como a educação é dada e absorvida individualmente, pelas experiências de vida de cada pessoa. Portanto, tais fatores podem influenciar no reconhecimento ou não de algum risco real ou mesmo potencial no ambiente (BRASIL, 2010).

Em termos numéricos sabe-se que a ocorrência de dois terços do total dos acidentes com crianças acontece no domicílio, o que exige de seus cuidadores e familiares conhecimento dos potenciais riscos que esse ambiente pode proporcionar, para que estratégias sejam tomadas para reduzi-los. Ao mesmo tempo mostra-se como um meio potente para ações em educação, pois pode integrar à realidade que o núcleo familiar vivencia com medidas necessárias de prevenção e adequação do local (GOMES et.al, 2013).

Quanto a percepção dos riscos a maioria das participantes acredita que são oriundos quase que exclusivamente da curiosidade da criança, e por conseguinte identificam como fator preventivo somente a atenção que os adultos destinam a elas, sem considerar outras medidas preventivas a possíveis acidentes domésticos:

“[...] não deixo nada para facilitar para ele! “ (Cuidador 11)

“Porque se eu deixar ela quer mexer nas tomadas, colocar o celular dela para carregar, essas coisas, aí tem que ficar cuidando dela! ”  
(Cuidadora 08)

“[...] tenho bastante cuidado com tudo! “ (Cuidador 06)

Colaborando com os achados do presente trabalho em um estudo realizado por Miranda et. al (2015) demonstra que em torno de 70% dos participantes não tem conhecimento algum sobre os riscos de acidentes ou percebem pouquíssimos riscos que os ambientes domésticos oferecem às crianças.

Destaca-se que a percepção dos pais e cuidadores se apresentam na literatura de modo que reforça a crença da imprevisibilidade dos acidentes domésticos com crianças, ou que seus acontecimentos são algo esporádicos e raramente podem provocar sequelas graves, reforçando a visão de que não há necessidade de se discutir, ou mesmo implementar ações preventivas (CARICCHIO, CASTRO, DALTRO, 2013)

Diante disso cabe ressaltar que o uso da estratégia voltada somente para a supervisão do adulto não se faz totalmente eficiente. É evidenciado de longa data que números expressivos de acidentes com crianças acontecem mesmo na presença de pais, demonstrando que esse fator de segurança não se mostra suficiente para evitar as injúrias. Tais fatos podem apontar falhas na supervisão ou até o conhecimento limitado dos cuidadores em relação aos riscos existentes no ambiente doméstico e o que fazer para diminuí-los (AMARAL et. al, 2009; DEL CIAMPO et. al, 2018).

Nesta perspectiva cabe levantar os vários fatores que podem estar ligados as condições que levam a acidentes domésticos com crianças, como o seu desenvolvimento físico e psicológico, a dificuldade de reconhecimento dos riscos e por consequência a não criação de estratégias dos cuidadores para mitigar os acidentes, somado a falta de campanhas educativas que promovam a conscientização da população acerca da prevenção (CONCEIÇÃO et.al, 2018).

Para o mesmo autor as crianças são seres curiosos por natureza, devido a isso os pais e responsáveis necessitam ser conhecedores de suas limitações e seu desenvolvimento por ciclo de vida (CONCEIÇÃO et.al, 2018).

A percepção dos riscos pela criança é diminuída em detrimento da sua idade, quanto mais jovem menor é sua percepção nesse sentido aumentando sua vulnerabilidade e dependência em relação ao seu cuidador. A sua autonomia e senso do perigo é variável de acordo com seu desenvolvimento motor e do sistema nervoso. Todavia é recorrente que os adultos acreditem que a criança tem a capacidade de reconhecer os riscos, mas essa capacidade somente é desenvolvida a partir dos sete

anos. Em fases anteriores como aos quatro anos sua curiosidade é muito aguçada, a realidade e a ficção estão misturadas, e o espelhamento nos adultos é uma constante. A partir dos cinco anos são motivadas pelo desafio e tem, ainda, anatomicamente seu centro de gravidade na cabeça, levando a mais quedas. (GOMES, 2013).

Crianças na faixa etária dos três meses aos menores de quatro anos são as que mais se acidentam, quanto menor mais dependente da mãe e de outros adultos, mas quando as suas habilidades motoras se desenvolvem há também o aumento do senso exploratório dos ambientes onde ela se encontra, com isso aumentam os riscos ambientais. Entre oito meses a quatro anos incompletos esse desenvolvimento é acelerado trazendo com isso a necessidade de explorar o mundo ao seu redor, de brincar com crianças mais velhas, assim aumentando os riscos de acidentes neste período de vida (BRASIL, 2002, GOMES, 2013).

Além disso, torna-se necessário que outras estratégias preventivas sejam do conhecimento dos pais e cuidadores para que de fato possam ser usadas em termos práticos para diminuir os riscos ambientais domésticos como secar chão do banheiro quando estiver molhado, não permitir brincadeiras em cima de colchões e camas, afastar brinquedos de escadas, e tantas outras medidas que não são onerosas (MACIEL, CUNHA, ROCHA, 2014).

Cabe destacar que o fator desconhecimento sobre a prevenção de acidentes domésticos de uma maneira geral é o que mais se sobressai, pois, a grande maioria das participantes não apresenta percepção satisfatória dos verdadeiros riscos do ambiente domiciliar, implicando a falta de percepção da necessidade de se adotar uma cultura embasada na precaução (MIRANDA et. al, 2015).

Diante do exposto se faz necessário aprofundar-se nas perspectivas das participantes do estudo, com a intenção de captar detalhes que possam revelar as nuances das suas percepções sobre o tema e como se relacionam intrinsecamente em seu cotidiano. Apesar de não perceberem riscos em suas casas, quando questionadas sobre qual ambiente do domicílio ofereceria maior risco referente a acidentes domésticos com crianças, dez participantes elencaram a cozinha como local mais perigoso, seguido de banheiro e sala, como segue:

“Na cozinha, por que pode ter uma faca e eles pegarem, mas mesmo assim eu nunca deixo!” (Cuidador 04)

“[...] queimaduras, de até de óleo... de estar perto do fogão e derrubar alguma coisa quente por cima... água, óleo  
“ (Cuidadora 02)

“Cozinha por que ele mexe nas gavetas. ” (Cuidador 11)

“Acho que no banheiro, onde ficam os produtos de limpeza. ”  
(Cuidador 05)

“Ah eu .... na sala por que tem mais eletrodomésticos ligados, aparelhos, aí eu cuido ela mais assim ...tento não deixar ela muito perto das coisas, como eu fiz ali (aponta para a sala), até arrumei o sofá ali de lado para ela não chegar perto das tomadas. ”  
(Cuidador 02)

Colaborando com os achados do estudo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2014) já apontava que a cozinha, banheiro e sala estão entre os ambientes de maior oferta de riscos para acidentes domésticos com crianças relacionando vários fatores a tal incidência, como idade da criança, escolaridade dos cuidadores, ambiente físico do domicílio.

No tocante aos riscos percebidos na cozinha nota-se a associação, entre outros, aos acidentes por queimaduras talvez por ser uma das injúrias que mais acometem as crianças entre 0 a 5 anos, por deixarem sequelas importantes que influenciam no desenvolvimento físico e psíquico e pelo desconhecimento dos cuidadores de como evitar acidentes na cozinha (MIRANDA et.al, 2015; CARICCHIO, CASTRO, DALTRO, 2019).

Miranda et. al (2015) em trabalho apresenta a percepção de cuidadores de crianças que reforçam o sentido que a cozinha suscita no que se refere a um dos ambientes citados como mais perigoso da casa, e quais ações necessitam ser implementadas para torná-lo mais seguro. Entre elas destaca cabos de panela voltados para dentro do fogão, impedimento de abertura de portas e gavetas dos armários, armazenamento de produtos usados neste ambiente longe do acesso das crianças, todavia constatou-se que um percentual alto de cuidadores não segue de fato essas medidas, demonstrando a superficialidade da percepção dos reais riscos contidos neste local.

Além disso, outros fatores também estão relacionados a estes ambientes e a frequência de acidentes dentro do domicílio, tais como passadeiras soltas que podem provocar quedas, portas sem proteção de impacto, objetos perfurocortantes como agulhas, facas, garfos, alicates e serras ao alcance da criança, tomadas elétricas sem

proteção, entre outros objetos. A escolaridade de seus cuidadores e o estado patrimonial do domicílio destacam-se também como condições que podem colaborar para incidência e gravidade de tais acidentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2014).

Diante disso, verifica-se de maneira contundente que ações em educação devem ser implementadas com foco na efetividade junto aos cuidadores com o intuito de prevenir e reduzir os acidentes domésticos com crianças, garantindo informações acessíveis e contextualizadas ao meio em que criança e seu responsável estão inseridos, para que estes sintam-se parte integrante do desenvolvimento dos saberes (GOMES et. al, 2013).

Dando seguimento a análise traz-se nas falas das participantes o reconhecimento de alguns acidentes que mais acometem as crianças na faixa etária de zero a cinco anos, destacando as queimaduras por calor associado a líquidos quentes e ao uso do fogão, seguido de intoxicação por produtos de limpeza e medicamentos, como segue:

“Para mim fogo, se queimou é um acidente doméstico, eu acho né? Não, eu tenho certeza! Tipo tomar Clorofina, essas coisas assim [...]” (Cuidador 08)

“Ah eu acho que se queimar, (risos), [...], queimar no fogo, água quente, ... coisas assim!” (Cuidador 09)

“Ah eu acho quando as crianças e adultos se queimam no fogão, acidentes com Clorofina...[...].” (Cuidador 10)

“Minha filha maior, [...], e a minha sobrinha tinha uns oito anos, ela tem problema de cabeça, [...] tem os problemas dela né [...], aí ela tomava os remédios dela e dava para minha filha. Um dia eu estranhei, um dia ela [filha] deitou e dormiu cedo, no outro dia ela estava mole, mole, aí eu levei ela no posto 24 horas..., na Santa Casa..., na verdade na FURG, fui direto com ela, aí as enfermeiras fazendo pressão, achando que eu era usuária de drogas e eu dizia que não, jamais, jamais, batendo boca! Aí eu me lembrei que ela estava muito com a sobrinha. Foi aí que eu me atinei que minha sobrinha toma remédio controlado! Fizeram exames e constataram que era remédios fortes demais! [...]” (Cuidador 08)

Evidências que colaboram com os achados são trazidas por Gurgel (2016) em um estudo que foi realizado junto a familiares de crianças na mesma faixa etária. O autor levanta a possibilidade de que o reconhecimento das queimaduras como

acidente doméstico possa estar vinculada as sequelas que são deixadas, tanto na criança vitimada desse tipo de acidente como na família que precisa cuidá-la.

Destaca-se que os acidentes como queimaduras e intoxicação são alguns dos mais prevalentes em termos de atendimento nos serviços de emergência no Brasil ocorridos dentro do domicílio. As crianças por volta de um ano são as maiores vítimas, devido a fase de crescimento cercada de curiosidade e a grande dependência de seus cuidadores (MARTINS et.al, 2013).

As queimaduras têm a maior incidência na cozinha e comumente acontecem com crianças de até quatro anos. São lesões que provocam muita dor e por muitas vezes deixam marcas físicas e psicológicas com reflexos importantes no crescimento esquelético e com perdas funcionais, podendo impactar severamente a vítima e sua família de modo permanente (MIRANDA et al., 2015).

Outro acidente doméstico levantado pelas participantes foi a intoxicação por produtos químicos e medicamentos, comum na infância devido a vulnerabilidade e a curiosidade inerente as crianças, que acabam por ingerir produtos de higiene e limpeza pelo fato de explorar o ambiente domiciliar. O desenvolvimento de sua mobilidade e o acondicionamento inadequado desses produtos facilitam o seu acesso (FONTENELE et al., 2015).

Cabe destacar algumas das causas das intoxicações em crianças. Primeiramente a abundância de produtos de limpeza como detergentes, alvejantes, sabão em pó e tantos outros produtos que estão dentro dos domicílios e que se tornam atrativos as crianças. Outro fator ocorre devido a atratividade das embalagens que são coloridas e chamativas, somada ao seu armazenamento inadequado ou mesmo fora de suas embalagens originais oferecendo perigo para os infantes (SOUZA et al., 2015).

Outros fatores preponderantes nas intoxicações, principalmente medicamentosas são o formato e o colorido de vários medicamentos que se assemelham a balinhas e tantos outros líquidos que tem aspecto de suco e odor de frutas, e também a falta de conhecimento dos cuidadores em relação a toxicidade dessas substâncias químicas, a pouca vigilância destes, aumentando a exposição das crianças a riscos de acidentes no domicílio (SCHMERTMANN et al., 2013).

De acordo com Vilaça, Volpe e Ladeira (2020) as intoxicações de crianças por produtos químicos e de limpeza são provocadas pela ingestão desde de pesticidas como raticidas e afins até bebidas alcoólicas e produtos utilizados na construção civil

como cimento e cal. Quanto a medicamentos foi observado que houve a ingesta desde benzodiazepínicos, com a predominância de ansiolíticos a analgésicos e antiepiléticos entre tantos outros medicamentos que estão inseridos nas polifarmácias encontradas nos domicílios.

Diante disso fica evidenciado que a falta de conhecimento dos cuidadores responsáveis das crianças se torna talvez o fator mais preocupante de acordo com toda exposição, pois em números expressivos não sabem como prevenir e tão pouco agir em caso de acidentes domésticos, visto que o simples ato de armazenar produtos de limpeza e medicamentos em local adequado poderia diminuir consideravelmente as intoxicações exógenas em crianças (MIRANDA et al., 2015).

Além disso, para garantir um ambiente saudável para os infantes há a necessidade do envolvimento de seus familiares, mas para isso é necessário a união de seu núcleo familiar e o entendimento sobre as fragilidades e o comportamento das crianças dentro do ambiente doméstico (MIRANDA et al, 2015).

Para o mesmo autor o bem estar da criança reflete diretamente sobre toda a família, já que que ela é extremamente dependente dos membros mais velhos, e qualquer agravo que acometa a criança pode ser considerado como coletivo incidindo na família de modo contundente (MIRANDA et. al, 2015)

O reconhecimento do acidente doméstico e suas dimensões pelas cuidadoras mostrou-se como ponto de partida de fundamental importância no reconhecimento das relações de cuidado que ocorrem no universo diário das participantes. Exemplos do que pode ocorrer no dia a dia foram citados somado ao sentimento de culpa.

“Tudo, tudo que for risco para a criança, vai botar alguma coisa na boca, se machucar, principalmente se por alguma coisa na boca e me cegar, e eu não ver ... Deus me livre (expressão de pavor)!  
” (Cuidador 11)

“Bah para mim é tudo! Desde de um tombo, se queimar, cair da cama, do carrinho! Tudo .... Tudo! ” (Cuidador 06)

“O que aconteceu comigo foi que [filha] comeu sabão e... até hoje eu me emociono cada vez... (choro), ela quase desmaiou nos meus braços, isso mexeu muito comigo... meus filhos são tudo para mim! ”  
(Cuidador 05)

Pelos relatos acima percebe-se que há temor e sofrimento acerca da possibilidade e na ocorrência de acidente doméstico, pois as consequências podem causar graves traumas em toda família, principalmente para a mãe como cuidadora

que pode carregar sentimentos de culpabilização por talvez não ter tomado medidas preventivas ao evento, e conseqüentemente a grande fragilização desse núcleo familiar no sentido de enfrentar possíveis sequelas do acidente (MOTA, ANDRADE, 2015).

Neste contexto Ribeiro et al (2018) apresentam resultados semelhantes aos achados expondo que mães ao se depararem situações reais de urgência e emergência referentes aos seus filhos expressaram intensos sentimentos de medo, mesmo quando a experiência se repetia por mais de uma vez.

Desse modo é perceptível que a simples reflexão sobre a temática é capaz de suscitar nas mães os mais variados sentimentos como o medo, a incapacidade, o nervosismo, a impotência. Frente a isso, surge o sentimento de culpa oriundo a responsabilidade imputada a elas, portanto a não adoção de medidas de prevenção para mitigar acidentes domésticos pode agravar o sentimento de culpa, cuja a dimensão é difícil de ser mensurada (GURGEL, 2014).

Os sentimentos mencionados podem ser explicados pela percepção que as mães possuem sobre a gravidade que os acidentes domésticos podem causar no desenvolvimento e nas vidas das crianças vitimadas. Ademais os danos causados não repercutem somente na família em termos emocionais, há também o comprometimento econômico familiar e social, pois a criança vitimada pode desenvolver sequelas temporárias ou permanentes (BEZERRA et al., 2016).

Neste contexto é preciso apurar culturalmente a pluralidade das famílias, seus hábitos, modo de vida, o conhecimento que estas reuniram ao passar das gerações e como é sua realidade para adequar ações educativas que se aproximem ao máximo de suas realidades. No sentido de sensibilizá-las com ações de educação com intuito de promover a cultura do cuidado preventivo relacionados aos acidentes domiciliares com crianças e deslocar o pensamento puramente curativo que ecoa em grande parte da sociedade (FERNANDES et.al, 2012; MOREIRA et. al, 2008).

Evidencia-se que ações de prevenção de acidentes por meio de educação devem ser implementadas integrando a criança, a família, sendo extensível ao ambiente escolar e a comunidade com participação efetiva de todos os atores (MESCHIAL, 2016).

Para o mesmo autor cabe ressaltar o importante papel de cunho preventivo e educativo que a Estratégia saúde da Família e suas equipes possuem, que por meio de estabelecimento do vínculo com as famílias e os indivíduos tem potencial de atuar

na mudança de padrão de comportamento de seus usuários. Valendo-se dos espaços já consolidados como na consulta de puericultura, da consulta de pré-natal, das palestras e salas de espera, das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde momentos propícios para promover a cultura da prevenção dos acidentes domésticos em crianças e incentivar a prestação de socorro diante tais acidentes (MESCHIAL, 2016).

Para além, as ações de educação em saúde referentes aos acidentes domésticos devem incluir eventos que expandam os conhecimentos dos profissionais em saúde, dos entes políticos, legisladores, e se propagem no meio de comunicação com maior ênfase no intuito de levar conhecimento a população geral, gerando debates e aplicações práticas na prevenção de acidentes domésticos com crianças e no socorro de vítimas (HURTADO-SIERRA, 2015).

## **5.2 Prevenção de acidentes domésticos pautada na vigília**

Esta categoria apresenta a percepção das participantes sobre qual estratégia implementar no tocante a prevenção de acidentes domésticos como é demonstrado nos achados desse trabalho, pois é numericamente representativa entre as participantes a percepção de que a prevenção de acidentes domésticos é basicamente alicerçada no cuidado em que o adulto dispensa a criança que está sob sua supervisão, e que a vigília possivelmente é uma das únicas estratégias que possam ser implementadas para evitar ou diminuir casos de acidentes domésticos com as crianças. Como segue:

“[...] a gente sempre tem que estar cuidando!” (Cuidador 02)

“Desde que eu esteja cuidando .... Eu tento cuidar o máximo possível para eles não se machucarem .... mas as vezes isso acontece... [...].” (Cuidador 05)

“[...], é mais por mim e pela minha mãe, acho que não vai acontecer nada”. (Cuidador 09)

“Sim por que eu cuido muito, [...]!” (Cuidador 11)

Culturalmente é reconhecido pela sociedade que a supervisão constante e direcionada de um cuidador para com a criança é um dos principais fatores que conferem proteção para evitar acidentes domésticos, inegavelmente se trata de um

aspecto muito importante que é percebido e valorizado de acordo com as falas acima, isso evidencia o nível de preocupação que as participantes têm em ofertar um bom cuidado as crianças sob sua tutela. É possível compreender a responsabilidade que é atribuída a essas mulheres, entretanto isso demonstra uma visão simplificada das causas e desdobramentos de acidentes domésticos que são bem mais complexos e devem ser analisados pela perspectiva de envolvimento de variantes como o próprio cuidador, a criança e seu desenvolvimento, a família com seus hábitos, e o ambiente em que esses atores estão inseridos (VENDRUSCULO et. al, 2010).

A relação entre outros fatores também merece destaque como o convívio entre a criança cuidada e o cuidador, sua interação com meio físico, com ambientes sociais, com o bairro em que é desenvolvido o cuidado, o comportamento da família, as interações culturais também fazem parte de um contexto que pode influenciar na segurança das crianças no que se refere a acidentes domésticos, dificultando ou facilitando a percepção dos riscos aos quais a criança pode estar exposta (SIMPSON, FOUGERE, MCGEE, 2013).

Além disso, reforçando o que já foi mencionado anteriormente, embora a supervisão dos cuidadores seja muito importante, somente esta condição não é suficiente para diminuir os riscos de acidentes domésticos, pois na sua maioria acontecem com a presença de um cuidador. As razões de tal fato podem estar presentes no desconhecimento de como evitar o acidente ou até pelo fato da supervisão não ser efetiva em algum momento do dia (GOMES, 2013).

Diante do exposto Khan et al (2013) revela que em pesquisa realizada em Karachi, no Paquistão em bairros de baixa renda demonstrou que 87% dos acidentes que acometeram crianças ocorreram sob a supervisão de um adulto. Evidencia-se neste sentido que a vigília como única estratégia preventiva não tem se mostrado suficiente para evitar acidentes domésticos.

Nesta mesma linha de pensamento também foi encontrado em estudos realizados no Brasil, para identificar as causas de acidentes domésticos envolvendo intoxicação em crianças o mesmo percentual de 87% dos acidentes não foi evitado, mesmo estando sob a vigilância do cuidador (TAVARES et.al, 2013).

Cabe ressaltar que um número tão elevado de acidentes domésticos tenha ocorrido mesmo sob a vigília do cuidador necessita ter suas razões exploradas, ou ao menos levantadas para discussão para gerar posteriormente implementação de ações para diminuir sua incidência. Destaca-se que a faixa etária mais atingida por

intoxicações domésticas é a população de crianças de 1 a 4 anos de idade, evidenciando sua vulnerabilidade a esse tipo de acidente (TAVARES et. al, 2013; VILAÇA et. al, 2020).

Relativo as falas das participantes em conjunto com o que foi exposto é perceptível que o fator desenvolvimento de acordo com a faixa etária não é sinalizado como aspecto que pode determinar maior exposição da criança a riscos para acidentes domésticos. Diante disso é necessário conhecer que quando a criança desenvolve maior habilidade em abrir recipientes e domina melhor o ato de caminhar sente-se mais independente na exploração do ambiente e encontra acesso mais facilitado aos locais de armazenamento de produtos de limpeza, medicamentos e objetos perigosos (AGUIAR et. al 2017).

Neste sentido é importante ressaltar que o conhecimento pode servir como ferramenta para traçar estratégias além da supervisão do cuidador com a intenção de diminuir os riscos ambientais. O ato de explorar os ambientes em que as crianças estão inseridas faz parte de seu desenvolvimento natural e o reconhecimento de seus cuidadores se faz necessário, bem como as características particulares de cada uma (BEZERRA, 2016; HOCKERNBERRY, WILSON, WONG, 2014).

Para além é necessário reconhecer que em grande parte dos produtos tóxicos que são ingeridos pelas crianças em casos de intoxicações domésticas estão disponíveis em locais de fácil acesso e são potenciais fatores de risco, pois em sua maioria, detergentes, sabão em pó, desentupidores são coloridos e estão em embalagens interessantes na visão das crianças. O conhecimento de tais evidências pode incentivar atitudes preventivas por parte dos cuidadores e diminuir a exposição das crianças aos riscos ambientais (SOUZA et. al, 2015).

Assim sendo o cuidado norteado somente pela vigília, embora a sua importância seja reforçada, não é suficientemente competente para afastar as crianças dos riscos de acidentes domésticos e seu uso como única estratégia não contempla ação eficaz e preventiva capaz de evitar, por si só, vários acidentes. Necessita-se alargar os conhecimentos dos cuidadores e sensibilizá-los sobre a complexidade e os vários fatores que se combinam gerando riscos com diferentes intensidades para o acontecimento de acidentes domésticos com crianças (BEZERRA et.al, 2016).

Para isto destaca-se o papel da atenção primária, principalmente a Estratégia Saúde da Família, pelo meio da educação em saúde com a intenção de promover a

mudança de comportamento e o reconhecimento dos riscos aos quais as crianças estão expostas dentro dos domicílios, e na promoção da cultura preventiva dentro dos lares (TAVARES et. al, 2013).

Diante do exposto cabe ao enfermeiro como agente educador a responsabilidade de fomentar ações que envolvam sua equipe, os cuidadores e a comunidade adscrita ao seu território no intuito de promover a cultura da prevenção de acidentes domésticos. O enfermeiro necessita alertar as famílias e usar espaços privilegiados como da consulta pediátrica, oportunizando conhecimento desde o desenvolvimento neurológico, psíquico e motor da criança até os vários tipos de acidentes, orientando a implementação de medidas para evitá-los e de como agir diante do acidente acontecido (GURGEL, MONTEIRO, 2016).

No sentido de ampliar a discussão o enfermeiro deve ir além firmando parcerias com a comunidade e entidades atuantes como creches, escolas, igrejas, centros espiritualistas, associação de bairros, entre outros, para que o conhecimento seja disseminado sem fronteiras, envolvendo a sociedade, pais, cuidadores, familiares com o firme propósito de tornar os ambientes domésticos mais seguros para as crianças (BRITO et. al, 2017).

### **5.3 (Des)conhecimento, condutas e crenças acerca de primeiros socorros diante de acidentes domésticos**

Esta categoria apresenta o (des)conhecimento e os equívocos das participantes sobre as condutas relacionadas aos primeiros socorros quando questionadas sobre acidentes domésticos como queimadura por calor, choque elétrico, afogamento, intoxicação por remédios ou produtos químicos domésticos. Apresenta, suas visões relacionadas a quem pedir socorro diante dos acidentes e por fim o desconhecimento sobre o Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) e os Bombeiros.

As participantes em sua maioria desconhecem qual atitude tomar diante de acidentes. Referem que por não terem vivenciado acidentes, ou sequer conversado sobre as situações as quais foram questionadas, não tem conhecimento para atuar em uma situação de prestação de socorro a uma criança vítima de acidente doméstico. Todavia, mencionam como possibilidades corretas levar a criança ao serviço de saúde e não mexer na vítima, como seguem as falas:

“Não, assim ... nunca aconteceu de eu presenciar, mas não sei ... [...] mas para mim eu procuro o posto, alguma coisa assim... correndo! Mas nunca aconteceu comigo, mas eu procuraria isso, porque eu não tenho muito conhecimento do que fazer nesses casos.” (Cuidador 02)

“Para ser sincera, sincera eu creio que até não sei o que fazer... eu pediria para alguém me ajudar!” (Cuidador 06)

” Não tenho ideia, não sei! ” (Cuidador 10)

“Ninguém caiu, eu acho...eu acho!” (Cuidador 07)

“Olha o que eu faria? A primeira coisa ... com meu filho? Com qualquer criança? Eu iria imediatamente para o hospital, não tem o que fazer, né? A gente não pode nem mexer! Também, eu acho que nessa hora a gente se apavora e só quer levar para o médico! (impactada pelo pensamento de desespero). ” (Cuidador 11)

Estudos realizados por Antonioli et. al (2014) colaboram com os achados evidenciando que os conhecimentos dos pais relativos à implementação de primeiros socorros às crianças vítimas de acidentes domésticos se apresentaram insuficientes ou incorretos. Todavia, quando pais e cuidadores são expostos a experiências com situações de emergências em especial acidentes domésticos com crianças supervisionadas por eles, há um incremento em suas percepções e o desenvolvimento do conhecimento. Portanto, as experiências vividas com acidentes anteriores servem de alavanca para mudança de comportamento e aprimoramento dos saberes (LAFTA, AL-SHATARI, ABASS, 2013).

Diante do cenário apresentado é necessário compreender que situações emergenciais necessitam de uma ação imediata, ou seja, de prestação de primeiros socorros adequados e que tais eventos podem ocorrer cotidianamente. Portanto, o conhecimento básico de como agir e quando agir em caso de acidentes domésticos com crianças, deve estar ao alcance de todos, visto que o tempo é fator determinante para a redução de danos e para recuperação da vítima de acidente. Pais e cuidadores têm importante papel neste contexto, pois são com eles que as crianças passam maior parte do seu tempo (ANTONIOLI et.al, 2014; MACHADO et. al, 2011).

Os primeiros socorros consistem em ações realizadas por leigos ou por pessoas devidamente treinadas para garantir a sobrevivência da vítima, a estabilidade de seus sinais vitais e evitar o agravamento da sua condição de saúde fora do

ambiente hospitalar até que assistência especializada possa ser prestada de maneira adequada. Assim, a divulgação dos fundamentos dos primeiros socorros se faz necessária, começando pela oferta de capacitações de profissionais e trabalhadores da saúde, com o intuito de aumentar a propagação dos conhecimentos e atingir maior parte da sociedade para que se reflita no salvamento de vidas, na recuperação mais rápida das vítimas de acidente, na diminuição de sequelas, e em menor investimento de recursos destinados ao tratamento e reabilitação destas (CARVALHO et. al, 2017).

Neste sentido, o primeiro atendimento geralmente é prestado pela pessoa que estiver mais perto da vítima, e que necessita possuir conhecimentos básicos necessários, quando primeiramente deve atentar para os principais riscos de vida que a vítima possa estar incorrendo, conhecer como e quando pedir ajuda, e ter noção de quais medidas pode se valer para socorrer imediatamente a vítima de acidente (PERKINS et.al, 2021).

De acordo com a literatura há evidências robustas que a qualidade dos primeiros atendimentos pode determinar maiores ou menores chances de recuperação de uma vítima de acidente, o atendimento precoce realizado de maneira adequada eleva as possibilidades de sobrevivência da vítima. Devido a isso se evidencia a necessidade de aplicação dos conhecimentos referentes a primeiros socorros pelas pessoas que estão próximas ao acidentado, sejam estes leigos ou socorristas treinados (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Outro ponto abordado pelas falas das participantes foi o sentimento de pavor e impotência diante da reflexão sobre a necessidade de socorro à vítima de acidente doméstico. Diante disso, destaca-se a importância de que o socorrista tenha além dos conhecimentos em primeiros socorros, autocontrole para tomar decisões com a clareza necessária a um bom atendimento, evitando momentos de estagnação e desespero. Outro fator relevante em um atendimento primário é possuir domínio da sequência de ações que necessitam ser aplicadas, assim diminuindo a possibilidade de agravos à saúde da vítima, pois um socorro inadequado pode trazer mais prejuízos do que benefícios ao acidentado (DIXE, 2015).

Diante disso em uma das falas é mencionado que não é correto mexer na vítima, tal fato se torna relevante visto que em fraturas o membro acometido não deve ser reposicionado e sim, no máximo, deve ser imobilizado pelo socorrista experiente na posição que se encontra. Esta manobra evita a movimentação dos fragmentos ósseos e possíveis acometimentos de tecidos adjacentes e lesão em artérias, que

podem provocar sérias sequelas à vítima ou até mesmo hemorragias de difícil controle com desfecho potencial do quadro em óbito, traumas de coluna e quadril também exigem intervenção de serviço de socorro especializado (BRASIL, 2020).

Destaca-se a importância do primeiro socorro ser prestado de maneira segura baseado em saberes fundamentados na literatura técnica e de fácil conhecimento com reflexos práticos no momento do atendimento, mitigando o sofrimento da vítima, e com maiores possibilidades de se salvar mais vidas (MARIA, QUADROS, GRASSI, 2012). Sendo assim o desconhecimento sobre o assunto é algo que afeta diretamente a capacidade do socorrista em prestar o socorro com o mínimo de qualidade, tal fato pode levar a vítima a ter um prognóstico negativo.

Somando-se ao exposto Silva et. al (2014) apresentam os resultados de um estudo que evidencia que mais 80% dos participantes não havia tido acesso a notícias na mídia relativas a acidentes domésticos com crianças e, por conseguinte, como se portar diante do acontecimento destes, e da possibilidade de se instruir em primeiros socorros. Tal fato reforça a necessidade de debater sobre o tema de maneira acessível e fácil com a comunidade, instrumentalizando-os para realizarem os primeiros socorros no caso de acidentes domésticos.

Frente ao cenário ressalta-se a necessidade de transformação na forma de abordagem da temática de acidentes domésticos infantis e os primeiros socorros relacionados. A educação em saúde deve ser praticada pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família integrando a família e a comunidade, com observação do cotidiano da população que atende. Contudo, além de se promover uma educação em saúde que dialogue com as necessidades locais e individuais, precisa ser mais abrangente e acessível com a finalidade de sensibilizar pais, cuidadores e familiares das crianças. Portanto, o enfermeiro necessita adaptar as ações e voltar-se para uma educação construtiva e que considere as particularidades e saberes de todos atores envolvidos, influenciando positivamente na qualidade de vida da criança e das famílias (RODRIGUES, 2013).

Neste contexto, as participantes quando apresentadas a reflexão de como agir diante de alguns acidentes domésticos mencionaram condutas inadequadas e baseadas em crenças, para socorrer uma criança vítima de acidente doméstico. A crença de que não há necessidade de deter conhecimentos prévios sobre a temática, já que não vivenciaram nenhum acidente também é algo que emergiu das falas, como segue:

“[ ...] eu faria... que eu sei que explicam em queimadura é passar pasta de dente...[...]. Como te falei, não tenho muitos conhecimentos, nunca ... só me falaram que quando a pequena cai, vai tomar choro... eu levanto, sacudo ela, eu molho o rosto com água, que me falaram que melhora. Ela uma vez caiu da cama e quis tomar choro, molhei o rosto dela, mas eu não tenho muito conhecimento dessas coisas assim, só saio pra procurar ajuda, eu corro para procurar ajuda!” (Cuidador 02)

“Não sei, eu acho que só entraria em pânico em qualquer uma dessas situações! ” (Cuidador 10)

“[...] eu não sei se no susto no imediato, antes de levar para o hospital se dá água...? ” (Cuidador 11)

”Ah eu sei que é bem perigoso, mas nunca aconteceu comigo! ” (Cuidador 05)

Nunca tive problemas com isso... (risos).” (Cuidador 07)

Como foi possível evidenciar de acordo com a falas acima o atendimento às vítimas de acidentes, de uma maneira geral, é declaradamente um tema ainda desconhecido da maioria da população. Essa situação acaba promovendo primeiros socorros com alto grau de empirismo e ações por parte do socorrista por impulso, colaborando muitas vezes para um mau prognóstico e agravos irreparáveis a pessoa acidentada (PEREIRA, 2015; VERONESE, 2010).

Perante os achados neste estudo é importante sensibilizar o núcleo familiar sobre a importância de deter conhecimentos sobre o tema, já que tem como responsabilidade zelar pela saúde e bem estar de todos os seus indivíduos, visto que muitas vezes os primeiros socorros diante de acidentes domésticos com crianças são necessariamente praticados por eles mesmos. A prestação de socorro em sua maioria é realizada sem embasamento científico, em muitas vezes promovendo agravos e trazendo sequelas às vítimas (BRITO, MARTINS, 2015; LACHTIM et. al, 2012).

No que se refere aos primeiros socorros em acidentes com queimaduras observa-se o uso popular de várias substâncias que são utilizadas com a crença que trariam benefícios à vítima, o que também foi observado por Barroso et. al (2012), evidenciando que pais e cuidadores faziam uso de pomadas, pasta de dente e cremes para cobrir as queimaduras. Também praticavam a abertura de flictenas com objetos inadequados e contaminados, sem cogitar a possibilidade de tais atitudes submeterem os acidentados a maior risco de infecção. Essas atitudes dificultam a avaliação do

ferimento pela equipe e saúde que presta socorro, desta maneira há a necessidade de se orientar os pais e cuidadores no sentido de diminuir os resultados negativos de atitudes que podem trazer prejuízo na recuperação da criança acometida por queimaduras.

As más práticas no atendimento à vítima queimada se mostram recorrentes, isso pode ser relativo ao desconhecimento da população sobre as ações básicas, pois parte-se do princípio que ao se socorrer uma vítima de queimadura primeiramente é necessário avaliar quais condições ameaçam a sua sobrevivência, para em seguimento verificar a situação geral do ferimento, procurando características como a graduação, gravidade e extensão do local queimado (BRASIL, 2012; NAZARIO, LEONARD, 2012).

No que se refere a prestação dos primeiros socorros descreve-se na literatura que o resfriamento do local ferido é a conduta primária e mais assertiva a ser implementada no caso de queimaduras. O resfriamento deve ser realizado utilizando água fria e corrente, e de modo imediato por pelo menos 20 minutos contínuos (HARVEY et. al, 2011). A utilização dessa técnica promove alívio da dor provocada pela queimadura, além disso reduz os agravos e promove a nova epitelização do ferimento, e conseqüentemente diminui a incidência de cicatrizes (CUTTLE et.al, 2010).

Comumente se idealiza que a residência é um local completamente seguro tanto para adultos como para crianças diante a tantos perigos que se evidenciam extramuros, todavia é sabido que os acidentes domiciliares infantis estão no topo da classificação de injúrias que mais acometem crianças no mundo. Dessa maneira, o pouco conhecimento, atitudes impulsivas e o empirismo se fazem presentes devido a enganosa sensação de um ambiente que está distante de ser completamente seguro e protegido (MARTINS, MATOS, 2013; VIEIRA et.al, 2012).

Antonioli et. al (2014) descreveram a visão pouco precisa de grande parte dos participantes do estudo acerca das atitudes a serem tomadas frente a acidentes doméstico. Diante disso, se reforça a importância de implementar ações que empoderem a população de um modo geral, alertando os indivíduos com clareza e objetividade, no sentido diminuir as distâncias entre o que verdadeiramente é praticado quando um leigo se depara a uma situação de emergência, como no socorro de um queimado, ressaltando que o atendimento inicial tem ponto fundamental para aumentar as chances de um bom prognóstico. Diante disso, cabe destacar a importância dos profissionais de saúde, que tem como uma de suas grandes missões

educar e orientar a população embasados em saberes científicos, mas sem distanciar-se dos conhecimentos reunidos pelos indivíduos e suas comunidades. Apontar soluções factíveis e promover diálogos simples, diretos, com objetividade suficiente para sensibilizar a população no que se refere aos primeiros socorros também são fundamentais. (NEUMAN, 2011).

Quanto aos primeiros socorros relacionados às quedas, que são as injúrias que mais acometem as crianças, com a possibilidade de levar as vítimas a traumas diversos com consequências graves, cabe algumas reflexões. Foi mencionado pela participante como atitude correta levantar, sacudir a criança, além de molhar o rosto. O ato de sacudir a criança pode levar a sérias consequências para sua saúde, isso se deve a possibilidade de causar um trauma craneano que pode trazer sequelas cognitivas, comportamentais, paralisia cerebral entre outras e até o óbito. Ressaltando que a lesão pode ser mais grave quanto mais jovem for a criança (KEMP, 2011; NUÑO et al., 2015).

Portanto, a correta aplicação dos primeiros socorros poderá determinar uma boa recuperação do acidentado ou agravos extremamente sérios, portanto, é essencial ter conhecimentos suficientes para implementar os primeiros socorros (SÖNMEZ, USKUN, PEHLIVAN, 2014).

No que se refere a primeiros socorros implementados em escoriações provocados por pequenas quedas deve-se primeiramente observar o ferimento para visualizar suas características, ou seja, se são configurados em cortes, perfurações superficiais ou profundas, e se apresentam sangramento ou sujidades. Os ferimentos de menor gravidade devem ser limpos com água e sabão promovendo a limpeza total, já no caso de ferimentos que se apresentam com sangramento intenso e apresentem leões profundas ou extensas necessitam ser estancados com pano limpo sendo a criança encaminhada imediatamente para serviço de saúde (BRASIL, 2020).

As fraturas provocadas por quedas não devem sofrer intervenção, o membro acometido jamais deve ser reposicionado por leigos. No caso de fraturas abertas e com hemorragia é preciso controlá-la com o uso de um pano limpo e pressão local. Destaca-se que nunca se deve colocar o osso no lugar sem o devido preparo e conhecimento, e em casos de fratura ao longo de toda coluna e quadril a criança deve ser movimentada somente pela equipe de saúde especializada. Em todos esses casos a vítima necessita de atendimento médico, portanto o atendimento de urgência deve ser chamado. Já em hemorragias relacionadas a cortes por quedas devem ser

tratadas com pressão local com pano limpo até seu controle ou cessação, em seguida deve-se conduzir a criança ao atendimento de saúde, mas em hemorragias de difícil contenção é necessário realizar o contato imediato de equipe de saúde especializada (BRASIL, 2020).

No caso de traumatismos causados por quedas o cuidador da criança, ou familiar, deve inspecionar o local do trauma para determinar a urgência em solicitar ou em levar a vítima a uma unidade de socorro em saúde. Em traumas de menor gravidade ocorridos na cabeça é necessário atentar para sinais de sonolência, episódios de convulsão, hipertermia, flutuações de humor bruscas e exacerbadas, são sinais de urgência que demonstram a necessidade imediata de atendimento em pronto socorro. Lesões em abdome e tórax devem ser imediatamente direcionados para prestação de socorro médico devido a possibilidade de injurias graves em órgãos internos, e demais traumas sem gravidades recomenda-se a aplicação de gelo local e a observação de sinais e sintomas de piora do quadro que devem ser direcionados a um serviço de saúde. (MELO et.al, 2011).

Outros estudos mostram diferentes crenças por parte dos familiares conforme evidenciado por Sales (2017), ao identificar que familiares acreditavam que provocar vômitos em caso de ingestão de substâncias tóxicas poderia beneficiar a vítima. Outra crença é dar banho quando a vítima tem contato com alguma substância tóxica por via cutânea. Entretanto, essas manobras não são recomendadas, pois podem alterar negativamente o quadro clínico do acidentado (FRANCOSO, MALVESTIO, 2007).

Neste caso os primeiros socorros necessitam ser empregados a partir das especificidades das intoxicações, ou seja, da via de intoxicação e da substância causadora, que comumente em acidentes domésticos com crianças é a via oral. A partir do reconhecimento do acidente e suas características o atendimento deve ser direcionado a retirar resíduos que porventura ainda estejam na cavidade oral da criança, entretanto nunca provocar êmese, devido ao grande risco de broncoaspiração do conteúdo, nem tampouco ofertar a criança líquidos no intuito de diluir o produto tóxico, podendo com isso acelerar a absorção e os efeitos negativos das substâncias ingeridas (OLSON, 2017; TURINI, 2007).

Diante do exposto foi possível perceber que as participantes depositam as responsabilidades em deter os conhecimentos, e saber quais atitudes devem ser tomadas em caso de acidentes, nos vizinhos, parentes e principalmente em profissionais de saúde.

“Bah não gosto nem de pensar nessa hipótese! Eu acho que socorro mais perto que tiver! Também, é primeiro o postinho a primeira pessoa que pudesse me ajudar eu iria correr! ”  
(Cuidador 11)

“Levaria direto para o hospital! ” (Cuidador 09)

“É o que eu te falei, é pedir ajuda por que eu não saberia o que fazer. ” (Cuidador 06)

Miranda et. al (2015) apresentam em estudo desenvolvido com pais e cuidadores de crianças um panorama semelhante aos resultados deste trabalho. Em torno de 85% dos entrevistados procurariam ajuda de parentes, vizinhos e profissionais de saúde por não saber como realizar atendimento de primeiros socorros diante dos acidentes domésticos com crianças.

Diante desse cenário, mais uma vez o papel do enfermeiro como educador em saúde firma-se de modo mais contundente, diante da realidade apresentada. As discussões sobre primeiros socorros e prevenção de acidentes domésticos com crianças devem ser fomentadas já a partir das consultas de pré-natal. O enfermeiro deve-se utilizar das várias ferramentas que possui no que se refere a Estratégia Saúde da Família, a educação em saúde direcionada a temática pode ser abordada nos diversos momentos de cuidado como em visitas domiciliares, grupos com a intenção de humanizar o cuidado e aproximá-lo das realidades das famílias adstritas a UBSF (BRASIL, 2010).

Além disso, este profissional tem a possibilidade de integrar vários trabalhadores em saúde, direcionando-os ao esforço mútuo para atuação de modo preventivo sobre questões referentes a acidentes domésticos e a educação em saúde, tanto na prevenção como ensinando a população a atuar de maneira eficiente na implementação de primeiros socorros com crianças. A sensibilização dos usuários se faz necessária para diminuir consideravelmente as expressivas taxas de acidentes no país, em um esforço conjunto com o governo e a sociedade (BRASIL, 2010; RODRIGUES et.al, 2013).

No intuito de explorar os saberes das participantes frente a necessidade de socorrer a criança vítima de acidente doméstico considerou-se importante verificar se estas tinham conhecimento sobre os números telefônicos dos serviços de socorro disponíveis no município. Diante das falas, foi possível inferir que as entrevistadas

desconhecem o número do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e, não cogitam solicitar ajuda aos Bombeiros.

“Não! ” (Cuidador 01)

“Eu ligaria para minha mãe! ” (Cuidador 04)

“Não, quando eu ligo é 190..., mas não é né? ” (Cuidador 07)

“Não (não oque), não sei, eu ligaria para a Polícia, para o 190 e pediria ajuda para eles. ” (Cuidador 08)

“Bah não sei! ” (Cuidador 11)

“Normalmente para polícia e peço para vir. ” (Cuidador 12)

Miranda et. al (2015) demonstram em um de seus trabalhos o desconhecimento de pais e responsáveis pelos cuidados de crianças frente a prevenção, primeiros socorros e solicitação de socorro diante de acidentes domésticos. Evidenciaram que mais da metade dos pesquisados não sabiam o número do SAMU, fato que demonstra a necessidade de ampla divulgação desse serviço e seu respectivo número no município.

Ressalta-se a importância de que o fato de ligar para o serviço correto é uma das primeiras medidas de prestação de primeiros socorros, portanto torna-se imprescindível que este conhecimento seja ofertado a população em geral (JESUS, SOUSA, 2015).

Diante disso torna-se importante mencionar que o SAMU é um serviço que presta Atendimento Pré-Hospitalar (APH), e que tem por objetivo socorrer à vítima no local do acidente, seja este na rua, em casa, ou até da unidade de saúde transportando-a para o hospital de modo rápido com o intuito de mitigar agravos, tempo de internação, óbitos decorrentes do não atendimento imediato. O SAMU é um serviço gratuito e está ao alcance de todos, seu acesso dá-se por meio telefônico com o número 192, atendendo casos de urgência e emergência em situações de agravos clínicos, cirúrgicos, traumáticos, obstétricos e ginecológicos (ALVES et. al, 2013; SILVA et. al, 2013).

Já os Bombeiros estão integrados as forças de Segurança Pública do País e tem como atribuições resgates e salvamentos, como a proteção e salvamento das vidas humanas por terra, água e ar e acidentes de uma maneira geral, prestando seus

serviços com acesso por via telefônica também no número 193, inclusive em casos de APH (BRASIL, 1988).

Frente aos fatos apontados torna-se relevante a compreensão do funcionamento, da cultura, das percepções e das necessidades das famílias da comunidade em estudo. A percepção da cultura, as crenças e do modo de viver da sociedade adstrita a equipe que presta assistência à saúde necessita ser profundamente entendida para que as ações tanto preventivas como curativas, e em destaque os acidentes domésticos em crianças, possam ser direcionadas de maneira eficaz, com a força necessária a sensibilizar os atores da sociedade local.

Tal prática deve ser conectada ao fazer diário no atendimento aos usuários, tanto dentro do fluxo de atendimento na UBSF quanto em ações extramuros dentro do próprio espaço comunitário em palestras, reuniões de escola entre outros (INGRAM et. al, 2012; SILVA et. al, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo desvela o cotidiano das participantes e possibilita compreender que a temática é pouco evidenciada neste contexto, embora a fundamentação teórica e as estatísticas comprovem ser um assunto de extrema relevância.

O conhecimento dos usuários acerca da prevenção de acidentes domésticos na infância com crianças de 0 a 5 anos está cercado por uma forte crença de que acidentes são eventos completamente aleatórios, e, portanto, não passíveis de prevenção e de desenvolvimento de conhecimentos nesse sentido. Também foi constatado que os pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados das crianças não identificam riscos à saúde nos ambientes domésticos. A prevenção está pautada somente na vigila sem evidenciar outros fatores que são de relevância como a idade da criança relacionada com seu desenvolvimento psicomotor, as características do próprio cuidador, a dinâmica da família, ente outros.

Em relação as condutas de primeiros socorros que os pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados adotam diante dos acidentes apresentou-se o desconhecimento por falta de experiências pessoais e a falta de discussão anteriores relacionadas a acidentes domésticos, as atitudes mencionadas frente aos acidentes foram inadequadas e baseadas em crenças. Também foi constatado que as participantes não consideravam relevante deter conhecimentos prévios para atuar em uma situação de socorro.

Compreende-se neste estudo que o cuidado e a responsabilidade recai em ombros femininos e que o sentido de cuidar bem se distancia da prevenção, porém é pautado quase que exclusivamente na vigília. O temor apresentado pelas participantes já na discussão do tema evidencia o desconforto e o medo em lidar com situações referentes a acidentes domésticos com crianças, que é visto, em muitos casos, como falta de cuidado ou negligência do cuidador.

Diante do cenário é possível compreender que há grande desconhecimento sobre acidentes domésticos e prevenção de acidentes com crianças de 0 a 5 anos sob vários aspectos, desde seu reconhecimento perpassando pelas medidas de prevenção até a implementação dos primeiros socorros, chegando ao fato de não saberem da existência do SAMU como um serviço de atendimento de socorro de urgência e da possibilidade de solicitar auxílio aos Bombeiros.

Frente a isso o estudo possibilitou um conhecimento mais aprofundado sobre os reais saberes de uma parcela da população da cidade de Rio Grande, com isso poderá proporcionar o planejamento de estratégias de desenvolvimento de educação em saúde com abordagens mais efetivas na própria comunidade, podendo diminuir os riscos de acidentes na faixa etária de 0 a 5 anos e concomitantemente instrumentalizar os usuários no sentido de prevenção e, para agirem em caso de primeiros socorros.

Os dados apresentados podem subsidiar estratégias e firmar a importância de ações tanto a nível de gestão como local, direcionadas as equipes das Unidades Básicas de Saúde para o desenvolvimento da educação em saúde e incorporar em suas práticas cotidianas a temática de acidentes domésticos, no intuito de fortalecimento de vínculos e empoderamento dos pais, cuidadores e familiares de crianças de 0 a 5 cinco anos.

Na direção de colaborar com essas ações os resultados reunidos no estudo serão entregues à comunidade atendida pela ESF e as entidades participantes por meio da produção de material educativo para usuários e suas famílias, no intuito de prevenir acidentes, e empoderá-los em ações assertivas frente aos acidentes domiciliares em forma de manual que será posteriormente entregue a Secretaria de Município da Saúde de Rio Grande.

Cabe ressaltar que foi garantido as participantes o direito de refletir sobre o que disseram durante a coleta de dados e desistir da participação da pesquisa a qualquer tempo. Havendo qualquer implicação de natureza emocional que as afete no decorrer do estudo, estas puderam abandonar a pesquisa, com supressão total de seus dados. Para tanto não foi constatado riscos no decorrer da realização do estudo.

Desse modo compreende-se que a investigação dos conhecimentos dos usuários da atenção básica à saúde sobre prevenção de acidentes domésticos na infância se faz necessária no município de Rio Grande, pois fornece importantes dados aos enfermeiros que atuam na ESF, bem como aos gestores de saúde do município para a discussão voltada a atenção para crianças até cinco anos, sua família e para seus cuidadores diretos. Ressalta-se como fator limitador o tempo para realização da pesquisa devido a medidas sanitárias de segurança diante da pandemia de Covid-19, e da pesquisa ter sido realizado dentro de um contexto reduzido de participantes.

Destaca-se o sentido positivo da realização do estudo por aluna de Residência Multiprofissional dentro da comunidade onde havia a inserção, e a importância do desenvolvimento dos vínculos formados com os indivíduos e famílias participantes, para além o estudo proporcionou desenvolvimentos de conhecimento e aprofundamento da cultura e crenças locais, com reflexos transversais tanto para aluna como para os participantes e suas famílias.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para os profissionais de saúde, gestores e futuros residentes da saúde da família, disseminando saberes, contribuindo na produção de conhecimentos e efetivas ações em educação em saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde, principalmente dentro de sua comunidade, para o aperfeiçoamento dos programas de Residência Multiprofissional em área Profissional da Saúde, e para além, na implementação da formação de enfermeiros(as) nas Políticas Públicas de Saúde e para o desenvolvimento da Enfermagem como ciência e profissão.

Por fim considera-se que o estudo da temática sobre a o conhecimento dos usuários da Unidade Básica de Saúde da Família sobre a prevenção de acidentes domésticos na infância com crianças de 0 a 5 anos maior incremento, pois ainda é incipiente no terreno da Atenção Primária no país, devido à dificuldade de se encontrar dados referentes a esse tipo de investigação. Sugere-se mais estudos sobre o tema com maior espriamento no território do município.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, M., ROCHA, T. B., RIBEIRO, H. C. T. C., GOMES, G. G., BRITO, M. J.M. Specificities of the nursing work in the mobile emergency care service of Belo Horizonte. **Texto contexto-enferm.** v. 22, n. 1, p.208-15. Jan/Mar. 2013. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100025>>. Acesso em: 03 jan. 2021.
- ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em Saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.16, n. 2, p. 315-319, 2007.
- AMARAL, E. M. S. et al. Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 27, n. 4, p. 313-317, 2009.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destaques da Atualização das Diretrizes de 2015 da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE). Texas, USA, 2015. Disponível em:** <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-HA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2020.
- ANTONIOLLI, L., BAZZAN, J.S., ROSSO, L.H., AMESTOY, S.C., ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E. Conhecimento da população sobre os primeiros socorros frente à ocorrência de queimaduras: uma revisão integrativa. **Rev bras queimaduras [Internet]**. 2014. V. 13, n. 4, p. 251-9. Disponível em: <http://lilddbi.bvs.br/lilddbi/docsonline/get.php?id=211> >. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ATAK, N., KARAOGLU, L., KORKMAZ, Y., USUBÜTÜN, S. A. household survey: unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya. **Turk J Pediatr.** 2010, v. 52, n. 3, p285-93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20718187/>. Acesso em: 23 dez.2020.
- BARROSO, F, LACHADO A, MELO AR, PINTO F. O que sabem os pais sobre o tratamento de queimaduras. **Acta Pediátr. Port.** v. 49, p. 33-41. 2018. Disponível em:< <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/228/pt-BR/conhecimento-da-populacao-sobre-os-primeiros-socorros-frente-a-ocorrencia-de-queimaduras--uma-revisao-integrativa>> Acesso em: 03 jan.2021.
- BESEN, C. B., NETTO, M. S, ROS, M. A. A, SILVA, F. W., SILVA, C. G., PIRES, M. F. Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade.** v.16, n.1, p.57-68, jan-abr. 2007.
- BEZERRA, M. A. R, SANTOS, L. R., ROCHA, R. C., ROCHA, S. S., RODRIGUES, A. B., BRITO, E. C. C., SANTOS, J. P. Percepções de cuidadores de crianças menores de cinco anos sobre a prevenção de acidentes domésticos. REMÉ – **Rev Min Enferm.** 2016. Disponível em:  
<<file:///C:/Users/User/Desktop/Area%20de%20Trabalho/ENFERMAGEM/PTCR/TCR%20O%20INICIO%20DO%20FIM/ler%20PERCEP%C3%87%C3%95ES%20DE%20>

CUIDADORES%20DE%20CRIAN%C3%87AS%20MENORES%20DE%20CINCO%20ANOS%20SOBRE%20A.pdf>. Acesso em: 05 fev.2021.

BRASIL. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2nd ed.** Brasília: 2008. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf)>. Acesso em:05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Portaria GM/MS Nº 737 de 16 Maio 2001.** Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_promocao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf)>. Acesso em: 10 julho 2019.

BRASIL. Convenção sobre os Direitos da Criança e Adolescente. Decreto nº 99.710 de 22 de novembro de 1990. **Diário Oficial da União.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Redução das vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância. Secretaria Nacional de Defesa Civil. 2a ed.** Brasília: Ministério da Integração Nacional; 2002

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: **Funasa**, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>> Acesso: em 20 de setembro 2019.

BRASIL. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas Sobre Desastres. Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia. **Curso à distância. Florianópolis:** Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres – CEPED, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – **DATASUS.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 13 dezembro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice-Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. NUBio. **Manual de Primeiros Socorros. Fundação Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAPS). **Departamento de Saúde da Família (DESF).** Cobertura da Atenção Básica. Unidade Geográfica, Brasil, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília, 2006.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Acidentes domésticos.** 2014. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/acidentes-domesticos/>>. Acesso em: 15 de dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras.** Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Mulher da Família e dos Direitos Humanos. **Prevenção aos acidentes domésticos & guia rápido de primeiros socorros.** Brasília, 2020. Disponível em: < [https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-publica-guia-de-prevencao-a-acidentes-domesticos-e-primeiros-socorros/SNDCA\\_PREVENCAO\\_ACIDENTES\\_A402.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-publica-guia-de-prevencao-a-acidentes-domesticos-e-primeiros-socorros/SNDCA_PREVENCAO_ACIDENTES_A402.pdf)>. Acesso: 08 mar. 2021.

BRITO, M. A., ROCHA, S. S. A criança vítima de acidentes domésticos sob o olhar das teorias de enfermagem. **Rev. Pesq. Cuidar é Fundamental online.** v. 7, n. 4, p. 3351-3365, out. /dez. 2015. Disponível em:<<http://www.projetolegal.org.br/index.php/noticias/papo-legal/143-coordenadora-da-ongcrianca-segura-fala-sobre-prevencao-de-acidentes-com-criancas>>. Acesso em: 15 julho 2019.

BUDÓ, M.L.D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 2, p. 165- 169, mar/abr., 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Cien. Saúde Colet.**, v.5, n. 1, p.163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Fiocruz, p. 15, n. 38, Rio de Janeiro, 2003.

CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE- CAPESESP. **Primeiros socorros. 2020.** Disponível em: < <https://www.capesesp.com.br/primeiros-socorros>> Acesso em 01 de mar 2021.

CANABARRO, S. T., EIDT, O. R., AERTS, D. R. G. C. Traumas infantis ocorridos em domicílios. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2014. v. 25., p. 257-65.

CARICCHIO, M. B., MAIA, M. M., CASTRO, C., DALTRO, C.H. C., **Percepção de cuidadores quanto aos riscos de acidentes na infância**. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v. 18, n. 1, p. 73-78, jan. /abr. 2019.

CARVALHO, L.M.T., PEREIRA E.D.B. Morbidade respiratória em crianças fumantes passivas. **Jornal de Pneumologia**, v. 28, n. 1, p. 8-14, 2002.

CARVALHO, L.S. et al. A abordagem de Primeiros Socorros realizada pelos professores em uma Unidade de Ensino Estadual em Anápolis-GO. **Ensaio Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v.18, n.1, p. 25. 2014. Disponível em: < [http:// https://www.redalyc.org/pdf/260/26037787004.pdf](http://https://www.redalyc.org/pdf/260/26037787004.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2021.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. Supl. 1, p1547-1554, 2011.

COSTA, A. M. et al. Prevenção de Acidentes: o que sabem os pais. **Nascer e Crescer**. v.20, n. 4, 2011. Disponível: <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542011000400002&lng=pt;](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542011000400002&lng=pt;)> Acesso em 29 junho 2019.

CUNHA, C. L. F; SILVA, I. R. **Perspectivas e desafios para atenção básica em saúde no Brasil, desdobramentos da enfermagem** In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. KALINOSKI, C.E.; OLIVEIRA A.; FERREIRA, D.S. (Orgs.) Proenf Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed; Panamericana, p 9-34, 2013.

CUNHA, C. L. F. **Utilização dos serviços de atenção básica à saúde, pela população infantil, no estado do Maranhão**. 75 f. Tese de Mestrado em Saúde.- Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, 2010.

CUTTLE, L., KIMBLE, R. M., KEMPF, M, LIU, P. Y., KRAVCHUK, O. First aid treatment of burn injuries. The optimal duration and delay offirst aid treatment for deep partial thickness burn injuries. **Burns**. v.36, n. 5, p. 673-9. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19879053/>>. Acesso em: 05 jan.2021.

DEJOURS, C. A. **Metodologia em psicopatologia do trabalho**. In: Lancman S, Sznelwar L, editores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/christophe-dejours-da-psicopatologia-psicodinamica-do-trabalho> >, acesso em: 16 fev. 2021.

DEL CIAMPO, L. A., FERRAZ, I., S., TAZIMA, M. F. G. S., BACHETTE, L.G., ISHIKAWA, K.; PAIXÃO, R. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. **Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 29-34, 2011. Disponível em: <<http://bdpi.usp.br/item/002253245>>. Acesso em: 16 abr.2021.

ERMEL, R. C., FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP- **Rev. Esc. Enferm.** Universidade de São Paulo. v. 40, n. 4, p. 533-539. São Paulo, 2006.

FALKENBERG, M. B. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FAUSTO, M.C.R. et al. Posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp, p.13-33. 2014.

FAVERO, E., VALLE, A.C. D. **Prevenção e percepção de riscos no ambiente escolar: relato de ação extensionista com crianças do quinto ano do ensino fundamental.** Revista Mosaicos Estudos em Governança, Sustentabilidade e Inovação, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 33-48, 2019.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M.T.G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev. da Rede de Enf. do Nordeste**, v.8, n. 2, p. 41-49 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil, mai-ago., 2007.

FERNANDES, F. M. F. A., TORQUATO, I. M. B., DANTAS, M. S. A. PONTES JÚNIOR, F. A. C., FERREIRA, J. A., COLLET, N. Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33, n.4, p. 133-41. 2012.

FERREIRA, M. G., NOGUEIRA, S. R. P. A., SOUTO, C. G., VIRGÍNIO, N. A., BARROS, J. N., SILVA JÚNIOR, A. F. S. O leigo em primeiros socorros: uma revisão integrativa. **Revista de Ciências da Saúde NOVA ESPERANÇA.** v.15 – n. 3 dez. 2017.

FONTENELE, G. C., NOBRE, M. P., PRADO, R. M. S. análise de intoxicações em crianças atendidas no centro de assistência toxicológica do estado do Ceará. **Boletim Informativo Geum**, v. 6, n. 1, p. 33-42, jan./mar., 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/view/3864/2872>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

FRANCIS, A. P., CONCEIÇÃO, D., OLIVEIRA, M., ALEKNOVIC, C. P., AUXILIADORA, M., COSTA, Z. A., ABUD, S. M. **Perfil dos acidentes domésticos em crianças menores de seis anos.** 2018. TCC. Centro universitário UNIVAG. Várzea Grande. v Mato Grosso Disponível em:<<http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/enf/article/view/52/51>> Acesso: 07 fev.2021.

FRANÇOSO, L.A., MALVESTIO, M.A. **Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas Escolas São Paulo:** Secretaria Municipal de Saúde; 2007. Disponível em:<[https://www.amavi.org.br/arquivo/colegiados/codime/2016/Primeiros\\_Socorros\\_Manual\\_Prev\\_Acid\\_Escolas.pdf](https://www.amavi.org.br/arquivo/colegiados/codime/2016/Primeiros_Socorros_Manual_Prev_Acid_Escolas.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2021.

GAVIN, D., PERKINS, A. B., JAN-THORSEN, G. C., SEMERARO, F. D., OLASVEENGEN, T. E., SOARF, J., LOTT, C. G., VAN DE VOORDE, P. H. I., MADARJ, J., ZIDEMAN, D. K., MENTZELOPOULOS, S. L., BOSSAERT, L. M., GREIF, R. N. O, MONSIEURS, K. P., SVAVARSDOTTIR, H. Q. R., NOLAN, J. P. A. **S. European Resuscitation Council Guidelines 2021**: Executive summary. journal home page: [www.elsevier.com/locate/resus](http://www.elsevier.com/locate/resus) citation. Disponível em: <[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)>. Acesso em: 17 abr. 2021.

GOMES, L. M. X. et al. Análise do conhecimento sobre primeiros socorros de professores de escola pública. **Caderno de Ciência e Saúde**, 2011. Disponível em: <[http://www.santoagostinho.edu.br/images/pdf/cadernos\\_saude\\_volume1.PDF#page=57](http://www.santoagostinho.edu.br/images/pdf/cadernos_saude_volume1.PDF#page=57)>. Acesso em: 04 junho 2019.

GOMES, L. M., XAVIER, R. M. R., BARBOSA, T. L., ANDRADE, C. S. O. S. **Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. Mundo saúde (1995). v. 37, n. 4, p. 394-400, out. 2013.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/descricao\\_acidentes\\_domesticos\\_ocorridos\\_infancia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/descricao_acidentes_domesticos_ocorridos_infancia.pdf). Acesso em: mar. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (GERS). Secretaria de Saúde. **Centro de Informação Toxicológica**, 2019. Disponível em: <[http://www.cit.rs.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=3&Itemid=3](http://www.cit.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3&Itemid=3)>. Acesso em: 02 novembro 2019.

GURGEL, A. K. C., MONTEIRO, A. I. Prevenção de acidentes domésticos infantis: susceptibilidade percebida pelas cuidadoras. **Rev Fund Care Online**. v. 8, n. 4, p. 5126-5135. out/dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5126-5135>>. Acesso em: 02 fev 2021.

HARVEY, L. A., BARR, M. L., POULOS, R. G., FINCH, C. F., SHERKER, S., HARVEY, J. G. A populationbased survey of knowledge of first aid for burns in New South Wales. **Med J Aust**. v. 195, n. 8, p. 465-8. 2011

HOWARD, A.W. Keeping children safe: rethinking how we design our surroundings. **Canadian Medical Association or its licensors**. v. 182, n. 6, 2010. Disponível em: <[www.cmaj.ca](http://www.cmaj.ca)>. Acesso em: 07 abril 2019.

HURTADO-SIERRA, D. E., MEDINA-CHICUÉ, E. M., SARMIENTO-LIMA, C. A., GODOY, J. A. Factores de riesgo relacionados con accidentes pediátricos en un hospital infantil de Bogotá. **Rev Salud Pública**. v. 17, n. 1, p. 74-84. 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n1.37064>>. Acesso em: 03 abr. 2021.

INGRAM, J.C. et al. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature. **Health Education Research**. v.27, n. 2, p. 258-268, Abril, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21873613/>>. Acesso em: 10 abr.2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2008.

JESUS, A. A., SOUSA A. M. Treinamento em primeiros socorros para o leigo. *Revista Extensão & Cidadania*. v. 3, n. 5, p 47-59. Jan-jun. 2015

KEMP, M. A. Abusive head trauma: recognition and the essential investigation. *Archive of Disease in Childhood: Education and Practice*, v. 96, p. 202-208. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/adc.2009.170449>>. Acesso em: 05 mar. 2021

LAFTA, R.K., AL-SHATARI, S. A., ABASS, S. Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City. *Qatar Med J*. v. 2013, n. 2, p. 50-6. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5339/qmj.2013.17>>. Acesso em: 20 mai. 2021

LIMA, R. et al. Profile of children's families afflicted by an accident in the domiciliary context: a descriptive study. *Online Brazil Journal Nursing*, v.5, n. 3, 2006.

MACHADO, M. A. S., RIBEIRO, C. S., SOUZA, L.R., COSTA, A. L., FILÓCOMO, F. R. F. O conhecimento de professores do ensino fundamental sobre primeiros socorros que devem ser prestados a alunos em ambiente escolar. Trabalho apresentado no XI Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica, XI Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação e V Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica. SÃO JOSÉ DOS CAMPOS: **Univap Virtual**. 2011. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2011/anais/arquivos/0274\\_0776\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0274_0776_01.pdf)> Acesso em 03 fev. 2021.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cienc. Saúde Colet.*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACIEL, S. M., SILVA, R. A., CUNHA, C. L. F., ROCHA, A. P. N. Acidentes em crianças menores de dez anos: análise das internações em prontos-socorros públicos de São Luís, MA. *Tempus: Actas Saúde Colet.* v. 8, n. 4, p.189-204, 2014.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal Epidemiol Community Health*; v.60, n. 1, p.13-19, 2006.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Bookman, Porto Alegre, 2006.

MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos - Brasil, 2006 a 2007. *Cienc. saúde colet.* Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500008>>. Acesso em 27 julho 2019.

MANALDE, F. S., FONTINELE, D. R. S., OLIVEIRA, A. V. S., BEZERRA, M. A. R., ROCHA, S. S. Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância. *J. Hum. Growth Dev.* v. 27, n. 1. P. 10-18. 2017.

MARIA, M. A, QUADROS, F. A. A., GRASSI, M. F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev Bras Enferm.* v. 65, n. 2. P. 297-303. 2012.

MARKENSON D., FERGUSON, J.D., CHAMEIDES, L., CASSAN, P., CHUNG, K.L., EPSTEIN J., et al. Part 17: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. *Circulation.* 2010, v.122, n. 18 Suppl 3, p. 934-46. Disponível em: < 10.1161/circulationaha.110.971168>. Acesso em: 07 mai. 2021.

MARTINS, C. B.G., BARCELON, A. A., LIMA, F. C. A., GAÍVA, M. A. M. Perfil dos acidentes domésticos nos seis primeiros meses de vida em crianças consideradas de risco ao nascer. **Rev. Bras. Pesq. Saúde.** v.15, n. 4, p.102-109, out-dez, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/7606/5269>> Acesso em: 10 jan. 2021

MARTINS, C. B.G., MELLO-JORGE, M. H. P. Circumstances and factors associated with accidental deaths among children, adolescents and young adults in Cuiabá, Brazil. **São Paulo Med J.** v.131, n. 4. p. 228- 37. 2013 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v131n4/1516-3180-spmj-131-04-228.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2021

MELO, E. M. C., GOMES, L. M. X., MELO, M. C. B., FERREIRA A., VASCONCELLOS, M. C., MEDEIROS AG - cartilha informativa. Projeto Creche das Rosinhas. Departamentos de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. 2011

MENEZES, R.M.P.; PINTO, E. S. G.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceara-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. Universidade de São Paulo.** v. 44, n. 3, p. 657-664, São Paulo, 2010.

MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano.** 2. ed. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 2003.

MESCHIAL, W. C, SALES, M. L., OLIVEIRA, F. **Fatores de risco e medidas de prevenção das queimaduras infantis: revisão integrativa da literatura,** *Rev Bras Queimaduras.* v. 15, n. 4, p. 267-73. 2016.

MINAYO, M. C. S. Os conceitos estruturantes da pesquisa qualitativa. **Saúde coletiva.** v. 6, n. 3, p. 251-261, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652010000300002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300002) & lng = pt-BR & nrm = iso >. Acesso em: 17 maio 2019.

MIRANDA, A. L., JESUS, L. F., MOREIRA, M. F. R., OLIVEIRA, S. S. Percepção de risco: estudo com trabalhadores de um estaleiro expostos a metais. *Cad. Saúde Colet.* v. 27, n.1, p. 93-99. Rio de Janeiro, 2019.

MIRANDA, I. F. A., SOARES, R., TORRE, K., COSTA, A., FONSECA, T., FERNANDES, M. G. Conhecimento dos responsáveis sobre a prevenção de

acidentes domésticos envolvendo crianças. Revista de Pediatria SOPERJ - v. 15, n. 1, p.6-12. fev. 2015.

MOLINERI, A.I.; SIGNORINI-PORCHIETTO, M.L.; TARABLA, H.D. Hazards for women and children in rural settings/Peligros para las mujeres y niños em el ámbito rural. **Revista Salud Pública**. v. 17, n.1, p. 22-32. 2015

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí, Editora Unijuí, 2011.

MOREIRA, B. F. C., ALMEIDA, P. C., ORIÁ, M.O.B., VIEIRA, L. J. E. S., XIMENES, L. B. Fatores de risco para queimaduras e choque elétrico em crianças no ambiente domiciliar. REME. Min. Enferm. v.12, n. 1, p. 86-91. 2008.

MOTA, L. L., ANDRADE, S. R. Atenção pré-hospitalar para informação de escolares: a perspectiva dos profissionais do SAMU. Rev Enferm., vol. 24, n.1, jan-mar. Florianópolis. 2015.

MUTTO, M. et al. Unintentional childhood injury patterns, odds, and outcomes in Kampala City: an analysis of surveillance data from the **National Pediatric Emergency Unit**. **Inj Violence Res**. v. 3, n.1, p. 13-18, Jan 2011 Disponível em: <<http://www.jivresearch.org>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

National Association of Emergency Medical Technicians. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. Tradução de Diego Alfaro e Hermínio Mattos Filho. Rio de Janeiro, 2007.

NAZÁRIO, N. O., LEONARDI, D. F. **Queimaduras atendimentos pré-hospitalar**. 1ª ed. p. 147. Editora Unisul. Florianópolis. 2012

NEUMAN, B. The Neuman System Model. In: Neuman B, Fawcett J, eds. The Neuman Systems Model. 5th ed. Upper Saddle River: Pearson. p.3-33. 2011.

NUÑO, M., PELISSIER, L., VARSHNEYA, K., ADAMO, M. A., & DRAZIN, D. Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US. Journal of Neurosurgery: Pediatrics. v. 16, p. 515-522. 2015.

OLIVEIRA, M. L. F. Intoxicação na primeira infância: socorros domiciliares realizados por adultos. **Rev baiana enferm.**, v. 31, n.4, p. e23766. 2017.

OLSON, K. R., organizador. **Manual de toxicologia clínica**. 6a ed. São Paulo: Mc Graw Hill. 2014.

OMAN, K. S.; KOZIOL-MCLAIN, J.; SCHEETZ, L. J. **Segredos em enfermagem de emergência: respostas necessárias ao dia-a-dia**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PERGOLA, A. M., ARAUJO, I. E. M. O leigo em situação de emergência. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo: USP, v. 42, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000400021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400021)>. Acesso em: 25 abril 2019.

- PEREIRA, K. C., PAULINO, J. R., SALTARELLI, R. M. F., CARVALHO, A. M. P., SANTOS, R. B., SILVEIRA, T. V. L. et al. A construção do conhecimento sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros junto ao público leigo. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 5, n. 1, p 1478-1485. 2015.
- PERIM, E. et al. Capacitação de Primeiros Socorros para Leigos: A Universidade Perto da Comunidade. **Cidadania em Ação: Rev de Ext. e Cult**. v. 7, n. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em:  
<[http://www.revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/3169/pdf\\_22](http://www.revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/3169/pdf_22)>. Acesso em: 14 mai. 2019.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE (PMRG). **Secretaria de Município da Saúde de Rio Grande**. 2019. Disponível em:  
< <http://www.riogrande.rs.gov.br/saude/index.php/atencao-basica-a-saude/#estrategia-e-saude-da-familia>>. Acesso em 06 de jun. 2019.
- RAMOS, A. S. Aracaju: em foco o modelo “saúde todo dia” – em debate a residência multiprofissional em saúde coletiva. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE. **Gestão em redes: racionalidades e práticas novas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro, 2006.
- REGIANI, C.; CORREA, I. Acidentes na infância em ambiente domiciliar. **Rev. Min. Enf.** v. 10, n. 3, p. 277-279, jul./set. 2006.
- RIBEIRO, B. M. S. S., SILVA, V. A., TESTON, E. F., HIRAI, V. H. G., SILVIA ROCHA DE SOUZA, V. H. G., CURTY, M. C. R. Sentimentos de mães que passaram por situações de urgência e emergência com seus filhos em ambiente domiciliar REAS/EJCH| Vol.11(1). 2018. Disponível em  
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/76/23>. Acesso em: 03 mai. 2021.
- ROCHA, P. A. et al. Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família- **Rev. Bras. Promoção Saúde**. v. 25, n. 2, p. 215-220, Fortaleza, abr./jun. 2012.
- RODRIGUES, E. S., SILVA, A. L., SOUZA, J. R. M., LÚCIO, S. R., VIEIRA, M. H. F., GÓES, F. G. B., RODRIGUES, D. P., BRAGA, A. L. S. Acidentes domésticos infantis: as ações do enfermeiro como ferramenta para prevenção. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife. v. 7, n.12, p.6747-54, dez. 2013.
- ROECKER, S., MARCON, S.S. Educação em saúde: significado e práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**. v. 15, n. 4, p. 701-770, out-dez., 2011.
- ROTHMAN, K. J., GRENLAND, S., LASH, T. L. **Epidemiologia moderna**, Artmed, Porto Alegre. 2011
- SALES, C. C. F., SUGUYAMA, P., GUEDES, M. R. J., BORGHESAN, N. B. A., HIGARASHI, I. H.I. INTOXICAÇÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: SOCORROS DOMICILIARES REALIZADOS POR ADULTOS. **Rev baiana enferm**. v.31, n.4.

2017. Disponível em: < file:///D:/Downloads/23766-88264-1-PB.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SANTOS, B. Z. et al. Injúrias não intencionais na infância: estudo piloto com mães que frequentam a clínica de bebês da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.** Santa Catarina, 2010.

SANTOS, J. L. G. et al. Acidentes e violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Saúde Soc.**, v.17, n. 3, p. 211-218, 2008.

SANTOS, S. L. F., TORRES, K. B. Análise de Intoxicações em Crianças Atendidas no Centro de Assistência Toxicológica do Estado do Ceará. **Boletim Informativo Geum**, v. 6, n. 1, p. 33-42. 2015

SCHMERTMANN, M., WILLIAMSON, A., BLACK, D., WILSON, L. Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1-3 years in NSW Australia: a case-control study. **BMC Pediatr.** v. 13, n. 88. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-88>>. Acesso em: 30 dez 2020.

SILVA, D. S., BERNARDES, A., GABRIEL, C. S., ROCHA, F. L.R., CALDANA, G. The nurse's leadership within the context of emergency care services. **Rev Eletrônica Enferm.**;16(1):211-9. Jan/Mar .2014 Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SOUZA, M. C. R.C. Sentimentos de mães que passaram por situações de urgência e emergência com seus filhos em ambiente domiciliar. Revista Eletrônica Acervo Saúde / **Electronic Journal Collection Health**.REAS/EJCH. v.11, n.1, 2018.

SENGOELGE, M., HASSELBERG, M., LAFLAMME, L. Child home injury mortality in Europe: a 16-country analysis. *Eur J Public Health.* v.21, n.2, p. 166-170. 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckq047>>. Acesso em: 03 mai. 2021.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Enfermagem: cuidando em emergência.** São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2006.

SMITHSON, J., GARSIDE, R., PEARSON, M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Injury Prevention.** v.17, p. 119-226. 2011.

SOUZA, L. B. et al. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev. enferm.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro v.16, p.107-112. Rio de Janeiro. 2008.

SOUZA, R. O., SEIXAS FILHO, J. T, MIRANDA, M. G., CARVALHO NETO, F. M. O impacto dos produtos domissanitários na saúde da população do Complexo do Alemão – **Rio de Janeiro. Quim Nov.** v. 37, p.93-7. 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5935/0104-8899.20150025>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SÖNMEZ, Y., USKUN, E., PEHLIVAN, A. Knowledge levels of pre-school teachers related with basic first-aid practices, Isparta sample. **Turk Pediatr Ars.** 2014. v.49, n. 3, p.238-46. Disponível em: <10.5152/tpa.2014.1581>. Acesso em: 21 abr. 2021.

SPAGNUOLO, R.S. et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 226-234, abr/jun. 2012.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cien. Saúde Colet.** v.19, n. 2, p.333-342, 2014.

TAVARES, E.O. et al. Fatores associados à intoxicação infantil. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.1. Rio de Janeiro, jan./Mar., 2013.

TURINI, C. A. et al. Atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado. Curso Toxicologia. Rio de Janeiro, UFRJ, 2007. Disponível em: <<http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/modIV.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG). **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)**. Disponível em: <<https://siposg.furg.br/curso/982>>. Acesso em: 20 set. 2019.

VERONESE, A. M. et al. Oficina de primeiros socorros: relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enf.** v. 31, n.1, p. 179-182, Porto Alegre (RS), mar., 2010.

VIEIRA, L. J., PORDEUS, A. M., LIRA, S. V., MOREIRA, D. P., PEREIRA A. S., BARBOSA, I. L. Associated factors for the occurrence of unintentional injuries in children from a low-income community in northeastern Brazil. *Acta Sci Health Sci.* 2012. v. 34, n. 2, p.127-135.

VILAÇA, L., VOLPEA, F. M., LADEIRA, R. M. Intoxicações exógenas acidentais em crianças e adolescentes atendidos em um serviço de toxicologia de referência de um hospital de emergência brasileiro. *Rev Paul Pediatr.* 2020. v. 38, p.e2018096

YOSHIMURA, C. A. A importância do atendimento pré-hospitalar nas queimaduras químicas no Brasil. *Rev Bras Queimaduras.* 2012. v.11, n. 4, p. 259-62.

## APÊNDICES



**APÊNDICE A**  
**Questionário Aplicado aos Agentes Comunitários de Saúde**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA

**A PERCEPÇÃO DOS PAIS, FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS ASSISTIDOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PREVENÇÃO DE ACIDENTES  
DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA: uma análise textual discursiva**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE  
SAÚDE**

ACS: \_\_\_\_\_

Microarea nº: \_\_\_\_\_

Data de recebimento: \_\_\_\_\_ Data da entrega: \_\_\_\_\_

Número de crianças de 0 a 5 anos em sua área (pode ser aproximado): \_\_\_\_\_

Número de casas (quantas casas) com crianças de 0 a 5 anos (pode ser aproximado): \_\_\_\_\_

Endereço de 12 casas com crianças de 0-5 anos:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

7) \_\_\_\_\_

8) \_\_\_\_\_

9) \_\_\_\_\_

10) \_\_\_\_\_

11) \_\_\_\_\_

12) \_\_\_\_\_



**APÊNDICE B**  
**Questionário Aplicado aos usuários**  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA



**A PERCEPÇÃO DOS PAIS, FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS ASSISTIDOS NA  
 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PREVENÇÃO DE ACIDENTES  
 DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA: uma análise textual discursiva**

Nome: \_\_\_\_\_

Cuidador (Nº): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Início da entrevista (hora): \_\_\_\_\_

Fim da entrevista (hora): \_\_\_\_\_

**Perfil dos participantes**

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Sexo:

M ( ) F ( )

3- Estado Civil:

Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) União Estável ( ) Divorciado (a) ( )

Separado(a) ( ) Viúvo (a) ( )

4- Escolaridade:

Fundamental

( ) completo

( ) incompleto

Ensino Médio

( ) completo

( ) incompleto

Superior

( ) completo

( ) incompleto

5- Quantas pessoas moram na casa?

6- Qual seu grau de parentesco com a criança?

7- Há quanto tempo é cuidador da criança?

8- O cuidado com da criança é dividido com mais alguém?

9- Quantas horas por dia fica em companhia da criança?

10- O que é acidente doméstico para você?

11- Você considera sua casa (casa onde ocorre o cuidado com a criança) um lugar seguro em relação a possíveis acidentes domésticos?

SIM  NÃO

Por quê?

12-a) Quais ambientes da sua casa que oferecem mais riscos para acidentes na sua opinião?

12-b) E com relação a acidentes com crianças. Quais ambientes da casa que você acha que oferecem mais riscos?

Sala  Cozinha  Banheiro  Quarto  Pátio  Garagem

13- De quais acidentes domésticos você tem conhecimento?

14- Você tem conhecimento se algum deste já ocorreu em seu bairro?

Queimadura por calor (água quente, óleo quente, ferro de passar, chama do fogão)

Choque elétrico

Afogamento

Queda

Envenenamento por remédios

Envenenamento por produto químico (detergente, água sanitária...)

15- O que você faria ou já fez diante dos seguintes acidentes?

A) Queimadura por calor

B) Choque elétrico

C) Afogamento

D) Queda

E) Envenenamento por remédios

F) Envenenamento por produto químico

16- De que forma você aprendeu os conhecimentos que aplicaria diante do (s) acidente (s) para socorrer a criança?

17- Você sabe para qual telefone ligar em casos de acidentes domésticos? (Se não, informar)

18) Qual a renda mensal da família da criança que você cuida? (aproximadamente), (perguntar se o cuidador for membro da família e residir no mesmo domicílio, caso contrário não perguntar)



## APÊNDICE C

### CARTA DE APRESENTAÇÃO AO NUMESC UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA

Prefeitura Municipal do Rio Grande  
Secretaria Municipal da Saúde  
Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva – NUMESC

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Senhor(a) Coordenador(a) e Membros

Encaminho o projeto de pesquisa intitulado: **“A PERCEPÇÃO DOS PAIS, FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA: uma análise textual discursiva”**. O objetivo geral desta pesquisa é identificar o conhecimento dos usuários assistidos pela Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da prevenção de acidentes domésticos na infância com crianças de 0 a 5 anos. Tal estudo ocorrerá no território adstrito a Unidade Básica de Saúde da Família São Miguel II e os participantes deste serão os cuidadores, pais ou responsáveis pelos cuidados de crianças de 0 a 5 anos. A ser desenvolvido por mim Daciclei Lopes da Fonseca, enfermeira, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande, e-mail: daciclei.fonseca@bol.com.br, telefone (53) 3233-4613, sob minha responsabilidade e orientação do Prof. Dr. Cesar Francisco Silva da Costa – e-mail: hspcesar@furg.br (53) 3233 4613 para apreciação deste comitê. O referido projeto será desenvolvido sob responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Colocamo-nos a sua disposição para possíveis esclarecimentos.

---

Daciclei Lopes da Fonseca  
Enfermeira / Residente Autora do  
trabalho  
E-mail: daciclei.fonseca@bol.com.br  
Fone: (53) 3233-4613

---

Prof. Dr. Cesar Francisco Silva da Costa  
Orientador do trabalho de pesquisa  
E-mail: hspcesar@furg.br  
Fone: (53) 3233-4613



## APÊNDICE D



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA

Meu nome é Daciclei Lopes da Fonseca, sou enfermeira residente no programa de Residência Multiprofissional Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e estou desenvolvendo um projeto intitulado: “A percepção dos pais, familiares ou responsáveis assistidos na estratégia saúde da família sobre a prevenção de acidentes domésticos na infância: uma análise textual discursiva. ”, sob orientação da Prof. Dr. Cesar Francisco da Silva Costa. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com uma abordagem qualitativa, que será realizado por meio de entrevistas, que tem por objetivos: Identificar o conhecimento dos usuários assistidos pela Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) referente a primeiros socorros em acidentes domésticos com crianças de 0 a 5 anos; identificar junto aos cuidadores, pais ou responsáveis pelos cuidados das crianças, possíveis riscos à saúde nos ambientes domésticos; identificar os tipos de acidentes domésticos em crianças com maior frequência na área assistida pela Equipe da ESF; Identificar quais as condutas de primeiros socorros que os pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados adotam diante dos acidentes ocorridos com crianças. A pesquisa será no primeiro semestre de 2020 por meio de entrevista individual, fazendo uso de um questionário semiestruturado, as entrevistas ocorrerão preferencialmente no domicílio do participante, dividida em duas etapas, na primeira, a pesquisadora entrará em contato com o participante por meio de Visita Domiciliar para a combinar a data da efetiva entrevista conforme a disponibilidade dos participantes, na segunda a pesquisadora realizará a coleta de dados na data e hora marcadas anteriormente utilizando um MP4. Destaca-se que os riscos dessa pesquisa são mínimos, mas que se em algum momento o participante sentir-se constrangido, ou prejudicado emocionalmente, ocasionando um dano afetivo/emocional, a pesquisadora se compromete em garantir para o participante a assistência integral e gratuita, se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Caso o participante seja idoso e/ou possua baixa visão este termo será emitido em fonte maior. Essa pesquisa apresenta o benefício do participante ser orientado quanto aos cuidados necessários para prevenção e assistência inicial em situação de acidente doméstico. Caso o participante possua dúvidas ou considerações a respeito da pesquisa, encontro-me à disposição através do e-mail: [daciclei.fonseca@bol.com.br](mailto:daciclei.fonseca@bol.com.br), endereço: General Osório s/n, telefone (53) 3233-4613 e, meu orientador encontra-se igualmente disponível pelo e-mail [hspcesar@furg.com](mailto:hspcesar@furg.com), endereço: General Osório s/n, telefone (53) 3233-4613, ou ainda pelo CEP-FURG (endereço: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS, e-mail: [cep@furg.br](mailto:cep@furg.br), telefone: 3237.3011). O CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social.

Eu \_\_\_\_\_  
declaro que concordo em participar voluntariamente deste estudo e fui informado sobre a liberdade de retirar-me dele a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os dados obtidos neste estudo serão armazenados por um período de 5 anos, sob responsabilidade do orientador Cesar Francisco Silva da Costa. Estou ciente que as

entrevistas serão gravadas. Fui plenamente esclarecido a respeito das informações constadas neste estudo e concordo em participar voluntariamente do mesmo. Ficaram esclarecidos os propósitos do estudo, procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Possuo pleno conhecimento que minha participação é isenta de despesas e que tenho o direito de me manter informado sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato de minha identidade.

Uma via deste termo ficará com o participante e a outra ficará com a pesquisadora.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_



Espaço para digital  
(Se necessário)

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Daciclei Lopes da Fonseca

Contato: \_\_\_\_\_

Assinatura do orientador do projeto: \_\_\_\_\_

Cesar Francisco Silva da Costa

Contato: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



**APÊNDICE E**  
**TERMO DE ACEITE DA COORDENAÇÃO DA UNIDADE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA

Ilmo(a) Sr.(a)  
Enfermeira Paula Teixeira Chaves  
Coordenadora da Unidade Básica de Saúde da Família São Miguel II  
Secretaria de Município da Saúde

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “**A PERCEPÇÃO DOS PAIS, FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA: uma análise textual discursiva**”, de minha autoria junto com a enfermeira residente Daciclei Lopes da Fonseca. O presente estudo tem como objetivos: geral Identificar o conhecimento dos usuários assistidos pela Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca de primeiros socorros em acidentes domésticos com crianças de 0 a 5 anos, e como específicos; 1) Identificar junto aos pais, familiares ou responsáveis pelos cuidados das crianças, possíveis riscos à saúde nos ambientes domésticos; 2) Identificar os tipos de acidentes domésticos em crianças com maior frequência na área assistida pela Equipe da ESF; 3) Identificar quais as condutas de primeiros socorros que os pais, familiares ou responsáveis adotam diante dos acidentes ocorridos com crianças. Assegura-se o compromisso ético de resguardar todas as informações envolvidas na pesquisa, assim como, a instituição, conforme exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 510/16, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

---

Daciclei Lopes da Fonseca Enfermeira/  
Residente  
Autora do trabalho  
E-mail: daciclei.fonseca@bol.com.br  
Fone: (53) 3233-4613

---

Prof. Dr. Cesar Francisco Silva da Costa  
Orientador do trabalho de pesquisa  
E-mail: hspcesar@furg.br  
Fone: (53) 3233-4613

## ANEXOS

