

Profile of domestic accidents in the first six months of life of children held at risk at birth

| Perfil dos acidentes domésticos nos seis primeiros meses de vida em crianças consideradas de risco ao nascer

ABSTRACT | Introduction: *Statistics show accidents in childhood as a major cause of emergency care, and the home environment is the principal place of occurrence. Despite the magnitude and impact of childhood accidents, there are few studies reporting the occurrence in newborns considered at risk at birth, the most vulnerable group when it comes to health. Objective:* *To analyze the profile of domestic accidents in the first six months of life among children at risk at birth. Methods:* *Cross-sectional study, whose population was selected from live birth certificates. At six months of a child's life, home visit was conducted to verify the occurrence of accidents in this period. Results:* *113 newborns at risk were studied. Of these, 31.0% had accidents in the first six months of age. The most common accident was falling (80%), especially from the bed. The most frequent injury was a traumatic brain injury (82.8%). There was sequel in 5.7% of cases. The highest proportion of injuries occurred among children who live with their parents (54.3%), children whose mothers were teenagers (57.1%), mothers who do not work (74.3%) and mothers with 8 to 11 years of schooling (54.3%). Conclusion:* *The results reveal a high rate of falls with sequelae among children at risk at birth, pointing to the need to adopt strategies that minimize the risk of occurrence of these events.*

Keywords | *Newborn; Accident prevention; External causes; Epidemiology.*

RESUMO | Introdução: Estatísticas apontam os acidentes na infância como importante causa de atendimento emergencial, sendo o ambiente domiciliar o principal local de ocorrência. Apesar da magnitude e do impacto dos acidentes na infância, há poucos estudos que relatam a ocorrência entre recém-nascidos considerados de risco ao nascer, grupo reconhecidamente mais vulnerável no que tange à saúde. **Objetivo:** Analisar o perfil dos acidentes domésticos nos seis primeiros meses de vida, entre crianças consideradas de risco na ocasião do nascimento. **Métodos:** Estudo transversal, cuja população foi selecionada a partir das Declarações de Nascidos Vivos. Aos seis meses de vida da criança, foi realizada visita domiciliar para verificar a ocorrência de acidentes neste período. **Resultados:** Foram estudados 113 recém-nascidos de risco. Destes, 31,0% sofreram acidente nos seis primeiros meses de idade. O acidente mais comum foi a queda (80,0%), especialmente da cama. A lesão mais frequente foi o traumatismo crânio-encefálico (82,8%). Houve seqüela em 5,7% dos casos. A maior proporção de acidentes ocorreu entre crianças que moram com os pais (54,3%), entre filhos de mães adolescentes (57,1%), de mães que não trabalham fora (74,3%) e de mães com oito a 11 anos de estudos (54,3%). **Conclusão:** Os resultados revelam alto índice de quedas com seqüelas entre crianças consideradas de risco ao nascer, apontando para a necessidade de se adotar estratégias que minimizem os riscos de ocorrência destes eventos.

Palavras-chave | Recém-nascido; Acidentes; Prevenção de acidentes; Causas externas; Epidemiologia.

¹Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá/MT, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Os acidentes constituem atualmente um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, apesar de serem considerados evitáveis¹⁻⁴. Tais eventos causam não apenas sofrimento para as famílias, mas também um custo econômico muito alto ao sistema de saúde, principalmente nos casos em que deixam sequelas e invalidez⁵. Entre as principais vítimas, encontram-se as crianças, adolescentes e jovens⁶.

Estatísticas apontam os acidentes na infância como importante causa de atendimento emergencial e como responsáveis por altas taxas de mortalidade em países como França, Bélgica, Áustria, Canadá, Estados Unidos da América, Portugal, México, Coréia e Brasil, em que crianças e adolescentes são frequentemente vítimas de acidente de trânsito (colisões de veículo e atropelamentos), afogamento, queda, queimadura e intoxicação⁴.

Em sua grande maioria, o ambiente domiciliar é apontado como o principal local de ocorrência dos acidentes, em que predominam as quedas, aspiração de corpo estranho, queimaduras, afogamentos em banheira e intoxicações⁷. Os menores de um ano são as principais vítimas, em decorrência de sua fase de desenvolvimento, marcada pela curiosidade e pela dependência do adulto⁸.

Há que se considerar, neste contexto, as importantes lesões decorrentes dos acidentes, como os traumatismos crânio-encefálicos, os traumas abdominais, as fraturas, as lesões medulares, a perda de tecido provocada por queimaduras e colisões, entre outras, que podem levar a sequelas, algumas vezes irreversíveis⁹, comprometendo a possibilidade de uma vida futura saudável e autônoma¹⁰.

Apesar da magnitude e do impacto dos acidentes na infância, poucos são os estudos que relatam sua ocorrência entre recém-nascidos considerados de risco ao nascer, grupo reconhecidamente mais vulnerável no que tange à saúde, principalmente no que se refere ao crescimento e desenvolvimento. Particularmente entre os prematuros e de baixo peso, estudos demonstram a possibilidade de atraso no ganho ponderal e no desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros meses de vida, como alterações cognitivas, comportamentais e dificuldades de aprendizado¹¹. Entretanto, não há estudos que demonstrem se esta condição relaciona-se com maiores índices ou diferentes tipos de acidentes em relação às crianças que nasceram

em boas condições de vida. Desta forma, ainda não se conhece a prevalência de acidentes neste grupo.

São considerados recém-nascidos de risco os que correspondem, na ocasião do nascimento, a pelo menos um dos seguintes critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde: baixo peso ao nascer (menos de 2.500g); idade gestacional inferior a 37 semanas; asfixia grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida); filhos de mãe adolescente (menos de 18 anos); hospitalização ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido; necessidades de orientações especiais à alta da maternidade ou em assistência ao recém-nascido; recém-nascido de mãe com baixa instrução (menos de 8 anos de estudo); residir em área de risco e haver histórico de morte de criança menor de 5 anos na família¹².

A literatura ainda é incipiente no que se refere aos recém-nascidos de risco e à sua associação com acidentes domésticos.

Reconhecendo a necessidade de estudos sobre a ocorrência de acidentes domésticos nesta população, a presente pesquisa teve por objetivo analisar o perfil dos acidentes domésticos nos seis primeiros meses de vida, entre crianças consideradas recém-nascidos de risco na ocasião do nascimento.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, sobre a ocorrência de acidentes domésticos, cuja população foi composta por neonatos considerados de risco ao nascer, nascidos no município de Cuiabá, em janeiro de 2011, tendo a visita domiciliária para verificação de acidentes domésticos sido realizada quando estas crianças completaram 6 meses de idade.

A primeira fonte de dados foi a Declaração de Nascido Vivo (DN), a partir da qual os recém-nascidos foram identificados como de risco e incluídos na pesquisa. Os critérios de inclusão no estudo foram: ter nascido em janeiro de 2011, em uma das três principais maternidades do município, a família ser residente em Cuiabá e responder a um dos critérios de classificação para recém-nascido de risco. Foram utilizados os seguintes critérios de classificação para considerar o recém-nascido como de risco: recém-nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional; peso ao nascer menor que 2.500 gramas; asfixia

grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida); filho de mãe adolescente; filho de mãe com menos de 8 anos de estudo. Não foram considerados os demais critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em virtude da Declaração de Nascido Vivo (DN) não trazer tais informações.

Decorridos seis meses do nascimento do recém-nascido de risco, foi realizado inquérito domiciliar. Nesta etapa da coleta de dados, foi considerado critério de exclusão: o recém-nascido identificado como de risco ter ido a óbito antes de completar seis meses de idade, uma vez que, nestes casos, não seria possível conhecer a ocorrência de acidentes durante todo o primeiro semestre de vida.

O contato com as mães se deu no momento da visita domiciliária, quando elas foram esclarecidas sobre a pesquisa e convidadas a participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se formulário fechado, elaborado e testado previamente pelas pesquisadoras. Foi realizado um pré-teste com um grupo do ano anterior ao estudo que não fez parte da população de estudo. A finalidade foi identificar falhas ou incoerências no instrumento de coleta. O instrumento foi composto por três partes: variáveis da mãe; dados socioeconômicos; histórico de acidente doméstico da criança.

Foram analisadas as variáveis da mãe (idade, escolaridade); dados socioeconômicos (situação ocupacional da mãe, com quem o recém-nascido em estudo reside); histórico de acidente doméstico da criança: ocorrência de acidentes até os seis primeiros meses de vida, tipo de acidente

(baseado no capítulo XX do Código Internacional de Doenças, CID-10), região corpórea atingida (baseado no capítulo XX do Código Internacional de Doenças CID-10), quem prestou o primeiro atendimento, internação em decorrência do acidente, se houve seqüela e o tipo de seqüela em decorrência do acidente.

A análise dos dados se deu pelo Programa EpiInfo, com análises simples e bivariadas, utilizando-se o Teste do Qui-Quadrado, considerando o valor de $p < 0,05$.

O estudo faz parte da pesquisa “Avaliação da atenção à criança na Rede Básica de Saúde de Cuiabá-MT, com ênfase em sua organização e assistência e nas práticas de enfermagem”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, Universidade Federal de Mato Grosso, sob o protocolo 882/CEP-HUJM/2010, cumprindo, desta forma, as normas da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS |

Foram selecionados, na primeira etapa da coleta de dados, 118 recém-nascidos considerados de risco na ocasião do nascimento. Na visita domiciliária, 6 meses após o nascimento, foram excluídos cinco crianças que foram a óbito antes de completarem 6 meses de vida (mortes que ocorreram: uma com sete minutos de vida, uma com 20 minutos

Tabela 1 – Distribuição dos RN de risco, segundo a ocorrência e o tipo de acidente sofrido nos seis primeiros meses de vida. Cuiabá - MT, 2011

Tipo de Acidente	Sim		Não		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Quedas	28	80,0	7	20,0	35	100,0
Queda do andador	4	11,4	31	88,6	35	100,0
Queda da cadeira	1	2,9	34	97,2	35	100,0
Queda da cama	16	45,7	19	54,3	35	100,0
Queda da própria altura	2	5,7	33	94,3	35	100,0
Queda do carrinho de bebê	2	5,7	33	94,3	35	100,0
Queda do sofá	3	8,6	32	91,4	35	100,0
Queimadura com água de banho	1	2,8	34	97,2	35	100,0
Ingestão de sabonete	1	2,8	34	97,2	35	100,0
Acidente não relatado	5	14,3	30	85,8	35	100,0

de vida, duas com menos de 15 dias, uma entre o 15º e 29º dias de vida e uma aos dois meses).

Portanto, foram estudados 113 recém-nascidos de risco, dos quais, no momento da coleta de dados, quando estes estavam com 6 meses de vida, 12,2% estavam com peso inadequado, 23,4% com déficit estatural e 25,2% apresentavam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

Das 113 crianças estudadas, 31,0% (35) sofreram algum tipo de acidente até os seis meses de idade. Entre os acidentes, o maior índice de ocorrência foi de quedas (80,0%), em especial a queda da cama (Tabela 1). Entre as regiões corpóreas atingidas no acidente, a que obteve maior relevância foi o traumatismo crânio-encefálico (83,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos RN de risco, vítimas de acidente nos seis primeiros meses de vida, segundo a região corpórea atingida pelo acidente. Cuiabá – MT, 2011.

Região corpórea atingida pelo acidente	N	%
Traumatismo crânio-encefálico	29	83,0
Traumatismo de tronco	2	5,7
Traumatismo de membros inferiores	1	2,8
Intoxicação	1	2,8
Ignorado	2	5,7
Total	35	100,0

Tabela 3 – Distribuição dos RN de risco vítimas de acidente nos seis primeiros meses de vida, segundo o local do acidente, quem prestou o primeiro atendimento, necessidade de internação e presença de seqüela. Cuiabá – MT, 2011.

Variáveis		N	%
Quem prestou o primeiro atendimento	Pais	28	80,0
	Família	3	8,6
	Unidade Básica de Saúde	1	2,8
	Pronto-socorro	1	2,8
	Ignorado	2	5,7
Total		35	100,0
Internação em decorrência do acidente	Sim	-	-
	Não	35	100,0
	Total	35	100,0
Seqüela em decorrência do acidente	Sim	2	5,7
	Não	33	94,3
	Total	35	100,0

Tabela 4 – Distribuição dos RN de risco, vítimas de acidente nos seis primeiros meses de vida, Cuiabá – MT, 2011

Com quem o RN reside	N	%	p-valor 0,000
Pais	19	54,3	
Mãe	13	37,1	
Ignorado	3	8,6	
Total	35	100,0	
Idade da mãe (em anos)	N	%	p-valor 0,201
Menos de 18	20	57,1	
18 a 27	7	20,0	
28 a 37	7	20,0	
38 a 47	1	2,9	
Total	35	100,0	
Situação ocupacional da mãe	N	%	p-valor 0,751
Não inserida no mercado de trabalho	26	74,3	
Inserida formalmente	3	8,6	
Inserida informalmente	6	17,1	
Total	35	100,0	
Escolaridade Materna (em anos de estudo)	N	%	p-valor 0,903
1 a 3	1	2,9	
4 a 7	14	40,0	
8 a 11	19	54,3	
Ignorado	1	2,8	
Total	35	100,0	

Quem prestou o primeiro atendimento à criança foram os pais em 80,0% dos casos, não houve necessidade de internação em decorrência do acidente e 5,7% das crianças que sofreram acidente apresentaram seqüela (fratura de clavícula e cicatriz de queimadura) (Tabela 3).

Buscaram-se associações entre a ocorrência de acidentes até os seis meses de idade com algumas variáveis de interesse, tais como: com quem a criança reside, escolaridade materna, idade da mãe, situação ocupacional da mãe (Tabela 4).

Constatou-se que a maior proporção de acidentes ocorreu entre crianças que moram com os pais (54,3%) com significância estatística, o que desperta para o fato de que, apesar de a criança residir com pai e mãe, não se evitou a ocorrência de acidentes.

Analisando-se a idade da mãe, observou-se que a ocorrência de acidentes é inversamente proporcional à idade materna, com maior proporção entre filhos cujas mães tinham idade inferior a 18 anos (57,1%) sem significância estatística.

Identificou-se que, em relação à situação ocupacional da mãe, o maior percentual de acidentes ocorreu entre filhos cujas mães não estavam inseridas no mercado de trabalho (74,3%), que são justamente as que, supostamente, permanecem mais tempo em casa, na companhia dos filhos sem significância estatística.

A frequência de acidentes foi maior à medida que aumenta o grau de instrução da mãe, com maior proporção de acidentes entre filhos cujas mães possuíam de 8 a 11 anos de estudos (54,3%). Apesar de não indicar significância estatística, os resultados mostram uma relação interessante entre as variáveis.

DISCUSSÃO |

O percentual considerável de acidentes entre crianças menores de seis meses de idade, sendo a queda o mais comum, é compatível com a literatura, pois a queda é apontada como o acidente mais frequente entre as crianças pequenas⁶, responsável por grande número de atendimentos em pronto-socorro e óbitos¹³.

Tendo em vista que, entre as crianças estudadas, algumas apresentavam atraso no desenvolvimento, destaca-se que os resultados encontrados não diferem daqueles entre a população de crianças saudáveis. É preciso ressaltar que, embora as crianças do presente estudo tenham sido consideradas de risco no momento do nascimento, este grupo pode sofrer acidentes, relacionados pela literatura não apenas com a fase de desenvolvimento (em que se encontram extremamente ativas), mas também à falta de supervisão^{4,6,13}.

No Brasil, em 2010, a taxa de internação por queda no grupo de 0 a 9 anos de idade foi de 13,2 por 10 mil habitantes na mesma faixa etária, com destaque para as regiões Sul (taxa de 20,1) e Sudeste (14,9), seguidas pelas regiões Centro-Oeste (13,8), Nordeste (9,8) e Norte (8,5)¹⁴. Não foram encontrados estudos que evidenciem o risco de queda especificamente em recém-nascidos de risco, mas

apenas trabalhos realizados na população infantil como um todo.

A queda da cama e de outros móveis também é referenciada por outros estudos^{7,8}. Neste sentido, autores ressaltam que a ocorrência deste tipo de acidente está intimamente relacionada com a falta de proteção por parte da família, bem como com o desconhecimento da mesma sobre os diversos fatores de risco que contribuem para a ocorrência do evento⁶.

Os diferentes tipos de quedas ainda estão relacionados com o estágio de desenvolvimento da criança. Entre as crianças menores de um ano, por exemplo, predominam as quedas do colo, da cama, carrinho de bebê e sofá, diferentemente das crianças maiores (pré-escolar e escolar) em que as quedas mais comuns são da própria altura, da escada, de bicicletas e decorrentes de atividades esportivas / lazer¹³.

Neste cenário, destaca-se que as quedas são impostas por terceiros, geralmente ocasionadas pela pessoa que segura a criança ou porque a criança foi deixada sem supervisão em mobília (cama, sofá, trocador e móveis)⁸.

Quanto ao local do acidente, outros autores¹⁵ também mostram que a maioria deles ocorre na residência. Isso se dá pelo fato de a casa ser o local onde as crianças passam a maior parte do seu tempo, aliado à falta de vigilância sobre a criança quando ela se encontra na cama, no carrinho de bebê ou em móveis¹³. Desta forma, entende-se a importância de se garantir um ambiente domiciliar seguro, com redução dos riscos, em que a criança possa explorá-lo com segurança, sempre supervisionada por um adulto responsável^{6,16}. Para tanto, fazem-se necessárias estratégias como a educação voltada para a família, a fim de prevenir os acidentes infantis na perspectiva da promoção da saúde e da qualidade de vida.

Neste sentido, os pais devem ser alertados sobre os perigos, adotando medidas que visem a prevenir a ocorrência das quedas e de outros acidentes⁴, tais como: não deixar a criança dormindo na cama sozinha, mas sim colocá-la no berço ou deitá-la sobre o colchão no chão; não deixar a criança no carrinho sem o cinto de segurança, pois, com o avançar da idade, a criança adquire a capacidade de movimentar-se podendo levar à queda; não deixar a criança sobre trocadores ou móveis, mesmo que seja por um curto espaço de tempo, apenas para buscar algum objeto para a troca da criança¹³.

Pelo fato de, na faixa etária estudada, o acidente ocorrer no ambiente doméstico, se justifica o primeiro atendimento ter sido prestado pelos próprios pais⁴. Entretanto, o traumatismo crânio-encefálico chama a atenção como a região corpórea mais atingida, resultado compatível com outros estudos sobre acidentes envolvendo crianças e adolescentes^{6,17}, em que a cabeça é a região mais atingida em caso de queda, o que pode ser explicado pelo fato de a cabeça ser proporcionalmente maior em relação ao corpo, o que a torna mais pesada, além de as crianças pequenas ainda não serem capazes de proteger a região cefálica em caso de quedas e impactos.

Apesar do baixo número de sequelas em nossa pesquisa, há que se considerar que, na maioria das vezes, são sequelas permanentes, tanto físicas como emocionais, as quais exercem grande impacto em longo prazo, repercutindo na família e na sociedade e penalizando as crianças em plena fase de crescimento e desenvolvimento^{8,10}. Portanto, destaca-se a importância da prevenção a fim de evitar a ocorrência do evento e suas possíveis sequelas, muitas vezes irreversíveis.

O fato de os acidentes terem ocorrido com maior proporção entre filhos de mães adolescentes e que não trabalham fora do lar desperta para a necessidade de orientação permanente e sistemática em relação à prevenção de acidentes, pois a presença da mãe em casa, por si, não evita o evento¹⁸. Aliado a este acontecimento, sabe-se que a maternidade na adolescência requer maior atenção no cuidado do recém-nascido em função da pouca experiência e imaturidade da mãe, além de vários problemas na esfera psicofísica e social, tais como: falta de apoio ou abandono do pai da criança, falta de apoio da família e interrupção das atividades de lazer e escolar¹⁹⁻²⁰. Desta forma, acompanhar a criança e a família com orientações direcionadas à etapa de desenvolvimento da criança, principalmente quando a maternidade ocorre na adolescência, mostra-se essencial não apenas para a prevenção dos acidentes, mas também para a promoção do cuidado e da saúde de ambos – mãe e filho.

Estudo²¹ evidenciou que grande parte das crianças vítimas de acidentes encontrava-se na companhia dos pais no momento da ocorrência, o que nos leva a refletir sobre o fato de que residir com os pais, resultado da presente casuística, não evita o acidente. Portanto, compreende-se que seja fundamental orientar os pais sobre comportamentos seguros e sobre como tornar o ambiente doméstico menos perigoso, evitando que os acidentes ocorram.

Apesar de a presente pesquisa não ter revelado associação entre a ocorrência de acidentes nos seis primeiros meses de vida e a escolaridade materna, é importante ressaltar que a escolaridade é primordial para a compreensão, por parte da mãe, das estratégias de prevenção e adoção de hábitos seguros. Neste sentido, promover a educação e refletir sobre as questões culturais (que aceitam os acidentes como fatalidade e não como passíveis de prevenção) pode contribuir para a redução dos eventos acidentais. Autores destacam o importante papel da família na prevenção dos acidentes domésticos, mas é preciso que ela compreenda as consequências destes eventos para a criança e consiga reconhecer os fatores de risco a fim de atuar diretamente sobre eles⁶.

Compreende-se, diante deste contexto discutido, a contribuição relevante dos profissionais de saúde nos diferentes ambientes de promoção à saúde infantil. Na escola, torna-se fundamental alertar crianças, família, comunidade e sociedade para os riscos de acidentes, bem como para a importância de ambientes e comportamentos seguros. Nos serviços de saúde, por sua vez, as práticas educativas devem se efetivar nos diversos atendimentos à criança, envolvendo a família como coparticipante no processo de redução deste importante evento.

Como limitação do estudo, há que se destacar a qualidade da informação nas Declarações de Nascidos Vivos (DN). Além da falta de preenchimento de alguns dados, ainda se aponta o fato de, na DN, não constar todos os critérios utilizados pelo Ministério da Saúde para a classificação de recém-nascidos de risco, o que pode, em tese, não ter permitido a identificação de todos os recém-nascidos de risco, uma vez que houve critérios não adotados por não constarem na DN.

Do ponto de vista metodológico, a presente investigação identificou a ocorrência de acidentes entre os recém-nascidos de risco, com base no relato das mães, o que pode acarretar inexatidão da informação, devido a eventual lapso de memória. Apesar das limitações, o estudo pode contribuir para a construção de um perfil epidemiológico ainda não conhecido.

A título de comparação, não foram encontrados estudos sobre acidentes especificamente na população de recém-nascidos de risco. Em virtude disso, a comparação dos resultados foi realizada com base em trabalhos realizados na população infantil como um todo.

CONCLUSÃO |

O estudo objetivou analisar o perfil dos acidentes, nos seis primeiros meses de vida, entre recém-nascidos de risco, em Cuiabá-MT. Chama a atenção a grande ocorrência de quedas, principalmente da cama, a presença de traumatismo crânio-encefálico e a ocorrência de sequelas, bem como a maior ocorrência de acidentes entre crianças cujas mães eram adolescentes e não trabalhavam fora do lar.

Chama a atenção a ocorrência dos acidentes com a presença dos pais no lar, o que evidencia não apenas a falta de supervisão, mas também o despreparo dos pais para reconhecer características e comportamentos que são peculiares ao desenvolvimento infantil e que favorecem a ocorrência de acidentes. Desta forma, destaca-se a necessidade de os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, instruírem e orientarem os pais/responsáveis para que estes possam reconhecer tais características/comportamentos em cada fase do desenvolvimento. Tal ação pode ser efetuada nos diversos momentos de atenção à saúde da criança, como vacinação, consulta e, principalmente, no acompanhamento da criança na puericultura.

Os resultados apontam para a necessidade de prevenção, com ações específicas de orientação junto às famílias. Portanto, a atenção integral à família mostra-se de vital relevância, a fim de incorporar a prevenção dos acidentes nos programas e políticas voltadas para a saúde da criança. Uma das linhas de cuidados da Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil é justamente a prevenção de acidentes, o que exige dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, incorporar esses aspectos como parte de seus cuidados.

Sugere-se, ainda, que o tema seja amplamente incorporado nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, visando à formação de profissionais capazes de desenvolver a prática da prevenção em seu cotidiano. Seja no setor de saúde, seja no educacional, é preciso que os profissionais trabalhem o tema a partir da dimensão cultural e estrutural das famílias, auxiliando-a no reconhecimento dos fatores de risco e na mudança de comportamento e ambiente. Talvez este seja o caminho para que se possa reduzir sensivelmente o índice de crianças vítimas de acidentes, muitas vezes com sequelas importantes.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Fraade-Blanar L, Concha-Eastman A, Baker T. Injury in the Americas: the relative burden and challenge. *Rev Panam Salud Públ.* 2007; 22(4):254-9.
- 2 - Mesquita GV, Oliveira FAFV, Santos AMR, Tapety FI, Martins MCC, Carvalho CMRS. Análise dos custos hospitalares em um serviço de emergência. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(2):273-9.
- 3 - Amaral JJF, Paixão AC. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. *Rev Pediatr.* 2007; 8(2):66-72.
- 4 - Martins CBG. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(3):344-8.
- 5 - Franciozi CES, Tamaoki MJS, Araújo EFA, Dobashi ET, Utumi CE, Pinto JA, *et al.* Trauma na infância e adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um hospital público. *Acta Ortop Bras* 2008; 16(5):261-5.
- 6 - Pereira AS, Lira SVG, Moreira DP, Barbosa IL, Vieira LJES. Determinação de fatores de risco para a queda infantil a partir do Modelo Calgary de avaliação familiar. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2010; 23(2):101-8.
- 7 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 8 - Amaral SEM, Silva CLM, Pereira ERR, Guarnieri G, Brito GSS, Oliveira LM. Incidência de acidentes com crianças um pronto-socorro infantil. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009; 27(4):313-7.
- 9 - Vieira LJES, Araújo KL, Catrib AMF, Vieira ACVC. O lúdico na prevenção de acidentes em crianças de 4 a 6 anos. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2005;18(2):78-84.
- 10 - Vieira LJES, Araújo KL, Abreu RNDC, Lira SVG, Frota MA, Ximenes LB. Repercussões no contexto familiar de injúrias não-intencionais em crianças. *Acta Sci Health Sci.* 2007; 29(2):151-8.
- 11 - Silva CA, Brusamarello S, Cardoso FGC, Adamczyk NF, Rosa Neto F. Desenvolvimento de prematuros com baixo

peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(3):328-35.

12 - Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

13 - Martins CBG, Andrade SM. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(S2):3167-73.

14 - DataSus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Informações em Saúde: morbidade hospitalar do SUS por causas externas por local de internação (Brasil), 2012. [citado 2012 Ago 21]; [cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exesih/cnv/fiuf.def>

15 - Bem MAM, Junior JLS, Souza JA, Araújo EJ, Peireima ML, Quaresma ER. Epidemiologia dos pequenos traumas em crianças atendidas no Hospital Infantil Joanna de Gusmão. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2008; 37(2):59-66.

16 - Valenzuela PM, Matus MS, Araya GI, Paris E. Pediatria ambiental: um tema emergente. *J Pediatr.* 2011; 87(2):89-99.

17 - Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Eduardo M. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14(5):1669-79.

18 - Malta DC, Silva MMA, Mascarenhas MDM, Sá NNB, Neto OLM, Bernal RTI, *et al.* Características e fatores associados às quedas atendidas em serviço de emergência. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(1):128-37.

19 - Schwartz T, Vieira R, Geib LTC. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(5):2575-85.

20 - Andrade PR, Ribeiro CA, Ohara CVS. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4):662-8.

21 - Ciampo LAD, Ferraz IS, Tazima MFGS, Bachette LG, Ishikawa K, Paixão R. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. *Pediatria (São Paulo).* 2011; 33(1):29-34.

Correspondência para/ Reprint request to:
Christine Baccarat de Godoy Martins
Rua Fortaleza, 70
Jardim Paulista – Cuiabá - MT
Cep.: 78065-350
Tel.: (65)81288505.
E-mail: leocris2001@terra.com.br

Submetido em: 14-6-2013
Aceito em: 29-10-2013