



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA

ANA PAULA DE OLIVEIRA FERNANDES
APARECIDA GISELE ALVES DOS SANTOS

CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA DURANTE O
SEGUNDO SEMESTRE DE 2009 NO MUNICÍPIO DE ASSIS

Assis - SP
2010

ANA PAULA DE OLIVEIRA FERNANDES
APARECIDA GISELE ALVES DOS SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA DURANTE O
SEGUNDO SEMESTRE DE 2009 NO MUNICÍPIO DE ASSIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis - FEMa, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientandas: Ana Paula de Oliveira Fernandes
Aparecida Gisele Alves dos Santos
Orientadora: Prof^ª Enf^ª Ms Fernanda Cenci Queiroz

Assis - SP
2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira Ana Paula e Santos Aparecida Gisele

Caracterização dos Acidentes na Infância durante o segundo semestre de 2009 no Município de Assis / Ana Paula de Oliveira Fernandes e Aparecida Gisele Alves dos Santos. Fundação Educacional de Ensino Superior de Assis – Assis, 2010.
96 Páginas.

Orientador: Prof^a Enf^a Ms Fernanda Cenci Queiroz.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis.

1. Acidentes 1. 2. Crianças 2.

CDD: 610

Biblioteca da Fema

ANA PAULA DE OLIVEIRA FERNANDES
APARECIDA GISELE ALVES DOS SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA DURANTE O
SEGUNDO SEMESTRE DE 2009 NO MUNICÍPIO DE ASSIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito para conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem e analisado pela seguinte comissão examinadora:

ORIENTADOR: _____

ANALISADOR: _____

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por estar sempre ao meu lado e pela sabedoria que Ele me concedeu para fazer este trabalho e aos meus pais Carlos e Cleide por toda dedicação, apoio e incentivo que eles me deram nessa trajetória da minha vida.

Ana Paula

Primeiramente dedico a Deus, por ter me dado forças para chegar até aqui. Aos meus pais Sebastião e Ide que em nenhum momento de suas vidas mediram esforços para realização dos meus sonhos, que sempre me deram força e energia para nunca desistir diante do primeiro obstáculo encontrado. Obrigada por estar sempre ao meu lado durante todos os momentos que precisei durante esses quatro anos de minha vida. A vocês tenho o orgulho de chamar de pai e mãe, a quem devo a pessoa que me tornei hoje.

AMO VOCÊS.

Gisele

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar por ter me concedido força e sabedoria para percorrer esta caminhada e concluir este curso.

Gostaria de agradecer aos meus pais Carlos e Cleide pelo carinho, compreensão, paciência e por estarem sempre ao meu lado durante esta caminhada e em todos os momentos em que precisei.

Minha irmã Karina pelo carinho e pela ajuda nesta trajetória da minha vida.

A toda a minha família, em especial minha Tia Vera, minhas avós Ana Maria, Marta e meu avô Bismael pela ajuda, preocupação e pelas orações.

Ao meu namorado Éder pelo carinho, apoio e compreensão nos momentos em que precisei.

A minha amiga Gisele pela parceria na elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos de classe, em especial minhas amigas Ariane, Priscylla, Natália Ramão e Gabriele pelo apoio e pela amizade ao longo desses quatro anos do curso.

A minha orientadora Enf^a Prof^a Ms Fernanda Cenci Queiroz pela orientação e por me ajudar nos momentos de dúvida.

A toda equipe de professores da Fema por terem me fornecido conhecimento para concluir este curso.

Ana Paula

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me guiou em todos os momentos, para chegar até aqui, quebrando todas as barreiras e fazendo com que eu não desistisse em meio ao caminho.

Aos meus pais Sebastião e Ide que estiveram sempre ao meu lado, dando a força e apoio que eu precisava para seguir em frente, me consolando nos momentos difíceis, pois ambos são responsáveis por cada sucesso alcançando e cada degrau avançado em minha vida.

Aos meus irmãos Carlos, Fernando e Anderson, que juntos dividimos os problemas, dúvidas ou medos, procurando sempre soluções, e que sempre contribuíram para minha felicidade.

A minha amiga Ana Paula pela dedicação, esforço e companheirismo em todos os momentos necessários.

Aos meus amigos de sala que não deixaram o desânimo se apossar por muitas vezes.

A minha orientadora Prof^a Enf^a Ms Fernanda Cenci Queiroz pela colaboração e seus conhecimentos repassados durante o desenvolvimento do trabalho.

Ao meu grupo de estágio pela colaboração e companheirismo.

A toda a equipe de professores da FEMA por transmitir-me o conhecimento e poder ser graduada em Enfermagem.

Gisele

Uma pessoa inteligente resolve um problema, um sábio o previne.

**Albert Einstein
(1879-1955)**

RESUMO

Este trabalho teve como finalidade realizar um estudo no Município de Assis sobre os acidentes que afetam as crianças em todos os ambientes, seja estes domiciliares, escolares ou na comunidade. Para isso realizou-se uma pesquisa descritiva com levantamento de prontuários de crianças na faixa etária de 29 dias a 12 anos que sofreram algum tipo de acidente e que deram entrada no Pronto Socorro Municipal de Assis-SP, no segundo semestre de 2009. Segundo Souza e Barroso (1999), os trabalhos que tratam sobre o acidente na infância, no Brasil, ainda são reduzidos. Desta forma esta pesquisa se propôs a descrever este problema nesta cidade do interior de São Paulo. O fato de a Enfermagem ter como objetivo a promoção e prevenção de agravos à saúde faz com que esta profissão desempenhe um papel muito importante na redução dos acidentes na infância. Desta forma o profissional enfermeiro pode atuar na perspectiva de diminuir a incidência desses casos, através de atividades educativas relacionadas aos fatores de risco e medidas preventivas. Assim, torna-se imprescindível que a Enfermagem esteja ciente dos índices de acidentes na população infantil, tornando possível sua participação de maneira específica na prevenção dos acidentes. Essa pesquisa permitiu um aprimoramento do assunto, visto que existem poucas literaturas que abordam os acidentes na infância. Conclui-se a importância dos aspectos preventivos abordados pela enfermagem no que diz respeito aos acidentes na infância.

Palavras chave: Acidentes; Crianças, Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to conduct a study in the city of Assis about the accidents that affect children in all environments, be they at home, school or community. For that took place a descriptive survey of records of children aged 29 days to 12 years who had suffered some type of accident and received at the Municipal Emergency of Assis – SP, in the second half of 2009. According Souza and Barroso (1999), the works on treating childhood accident, in Brazil, are still low. Thus this study was to describe the problem in this city from São Paulo. The fact that Nursing be aimed at the promotion and disease prevention to health makes this profession plays a very important role in reducing childhood accidents. Thus the nurse can act in an attempt to reduce the incidence of these cases, through educational activities related to risk factors and preventive measures. Thus it is essential that Nursing be aware of accident rates for children, making possible their participation in specific way in preventing accidents. This research has allowed an improvement of the subject, since there are few literatures that address the childhood accidents. The conclusion is the importance of preventive aspects addressed by nurses with regard to childhood accidents.

Keywords: Accidents; Children; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Exposição da criança com risco de afogamento.....	18
Figura 2 - Exposição da criança com risco de choque elétrico.....	20
Figura 3 - Exposição da criança com risco de intoxicação por medicamentos.....	22
Figura 4 - Exposição da criança com risco de intoxicação por produtos de limpeza.....	22
Figura 5 - Queda de Bicicleta, porém a criança estava com equipamento de segurança.....	23
Figura 6 - Exposição da criança com risco de queda da cadeira.....	24
Figura 7 - Queimadura de segundo grau superficial.....	26
Figura 8 - Queimadura de terceiro grau.....	27
Figura 9 - Queimadura de quarto grau por acidente elétrico.....	27
Figura 10 - Exposição da criança com risco de queimadura com água quente.....	28
Figura 11 – Acidentes por Faixa Etária.....	45
Figura 12 – Número de Amostras por Sexo.....	47
Figura 13 – Tipos de Acidentes.....	49
Figura 14 – Tipos de Acidentes por Faixa Etária.....	51
Figura 15 – Quedas por Faixa Etária.....	53
Figura 16 – Total de Quedas.....	54
Figura 17 – Tipos de Traumas por Faixa Etária.....	55
Figura 18 – Forças Mecânicas Inanimadas por Faixa Etárias.....	56
Figura 19 – Forças Mecânicas Inanimadas.....	58
Figura 20 – Forças Mecânicas Animadas por Faixa Etária.....	59
Figura 21 – Regiões do Corpo Mais Afetadas.....	60
Figura 22 – Número de Casos por Mês.....	62
Figura 23 – Período de Atendimento.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sinais de Sintomas	65
Tabela 2 – Sintoma Prevalente	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	2
<i>GERAL</i>	2
<i>ESPECÍFICOS</i>	2
JUSTIFICATIVA	3
ESTRUTURA DO TRABALHO.....	4
CAPÍTULO 1 - CONCEITOS DE ACIDENTES E TRAUMAS	6
1.1 - MECANISMO DE TRAUMA NA INFÂNCIA.....	6
1.2 - OS TRÊS PICOS DE MORTE DECORRENTES DO TRAUMA.....	7
1.3 - PARTICULARIDADES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS DA CRIANÇA EM RELAÇÃO AO ADULTO.....	8
CAPÍTULO 2 - ESTATÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS.....	10
2.1 - ESTATÍSTICAS	10
2.2 - OS AMBIENTES E A CRIANÇA	14
CAPÍTULO 3- PRINCIPAIS TIPOS DE ACIDENTES.....	16
3.1 - ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS	16
3.2 - AFOGAMENTO	17
3.3 - ASPIRAÇÃO DE OBJETOS ESTRANHOS.....	18
3.4 - CHOQUE ELÉTRICO.....	19
3.5 - INTOXICAÇÕES	20
3.6 - QUEDAS	22
3.7 - QUEIMADURAS.....	24
3.8 - SUFOCAMENTO	28
3.9 - ACIDENTES MAIS COMUNS POR CLASSIFICAÇÃO DE IDADE	29
CAPÍTULO 4 – PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA.....	31
4.1 - PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA	31
4.2 - COMO PREVENIR OS ACIDENTES NA INFÂNCIA	31
CAPÍTULO 5- METODOLOGIA	43
5.1 - LOCAL DA PESQUISA.....	43
5.2 - ESTUDO	43
5.3 - AMOSTRA.....	43
5.4 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS	43
5.5 - ANÁLISE	44
5.6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS	68
GLOSSÁRIO	74
APÊNDICE	78
ANEXOS	81

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se origina de algumas observações dos pesquisadores deste trabalho, que observaram nas creches alta incidência de acidentes na infância, seja estes ocorridos na escola ou relatados pelos pais como sendo ocorrido no domicílio. Outro exemplo observado em uma escola primária, que chamou a atenção para o início da pesquisa foi um relato dos pais, que informou que a filha sofreu queimadura de 3º grau ao atear fogo em uma lata de tinner, em sua própria residência.

Devido a esses fatos sobre os acidentes com crianças decidiu-se conhecer, por meio de pesquisa, a incidência dos mesmos.

O fato de a Enfermagem ter como objetivo a promoção e prevenção de agravos à saúde faz com que esta profissão desempenhe um papel muito importante nesta questão. Desta forma o profissional enfermeiro pode atuar na tentativa de diminuir a incidência desses casos, através de atividades educativas relacionadas aos fatores de risco e medidas preventivas. Assim torna-se imprescindível que a Enfermagem esteja ciente dos índices de acidentes na população infantil, tornando possível sua participação de maneira específica na prevenção dos acidentes.

De acordo com Linhares (2004) as crianças estão mais expostas aos acidentes, pois:

Diversos estudos tem demonstrado que as crianças são mais susceptíveis aos acidentes devido ao incompleto desenvolvimento neuropsicomotor, comportamento curioso e incapacidade para avaliar riscos. Os ferimentos decorrentes de trauma na criança são, em sua maioria, contusos e não intencionais. (apud BEM et al, 2008, p.60).

De acordo com Souza e Barroso (1999), os acidentes atingem as crianças que estão expostas aos fatores de risco – como em locais perigosos, ou seja, a cozinha, banheiro, áreas de serviços, escadas, jardins - sem a observação correta da família ou de um adulto responsável. Os incidentes que ocorrem no lar têm associação com aspectos socioculturais da família, estilo de vida dos pais, idade da criança, etapa de desenvolvimento psicomotor e situações que facilitam os riscos.

Esta pesquisa aborda os acidentes pelos quais as crianças são acometidas em uma faixa etária de 29 dias a 12 anos, visando à necessidade de se conhecer a incidência e os tipos de acidentes no Município de Assis. Apesar de a grande concentração de acidentes ser relatada no ambiente doméstico, esse trabalho irá abordar os acidentes como um todo.

Segundo Souza e Barroso (1999) os trabalhos que tratam sobre o acidente na infância, no Brasil, ainda são reduzidos, sendo necessárias publicações frequentes.

Diante dessas afirmações, observa-se a importância de se pesquisar sobre o assunto, pois as crianças, conforme descrito anteriormente, são mais susceptíveis aos acidentes.

OBJETIVOS

GERAL

Traçar o perfil dos acidentes em crianças de 29 dias a 12 anos no Município de Assis.

ESPECÍFICOS

Identificar os tipos de acidentes na infância na faixa etária de 29 dias a 12 anos no Município de Assis.

Levantar a incidência de acidentes por faixa etária no Município de Assis.

Identificar os tipos e causas de acidentes por faixa etária no Município de Assis.

Levantar o perfil desta amostra em relação aos acidentes segundo o sexo, região do corpo mais afetada, mês e período mais incidente e sinais e sintomas apresentados pelas crianças no Município de Assis.

JUSTIFICATIVA

Sobre prevenção de acidentes domésticos a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001, p. 10) afirma que:

Os acidentes domésticos que ocorrem principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras).

Segundo Liberal et al (2005), para que ocorra a redução dos acidentes no ambiente escolar e em suas proximidades, é necessário intervir não só na estrutura física da creche/ colégio, de modo a tornarem-nos mais seguros, mas também no escolar/comunidade, por meio da educação em saúde, favorecendo e incentivando comportamentos saudáveis.

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança é necessário garantir a todos os setores da sociedade – dando ênfase aos pais e às crianças - o conhecimento sobre os princípios básicos de saúde, e entre outros, o de ações de prevenção de acidentes de forma que possam receber apoio para aplicação desses conhecimentos.

Quanto aos acidentes domésticos podemos ressaltar que o enfermeiro pode atuar de várias formas, entre elas, orientar aos pais quanto aos cuidados que devem ser priorizados quanto às tomadas sem proteção, medicamentos, fogões, produtos inflamáveis, disposição dos móveis e outros que podem estar ao alcance das crianças, de forma que possam levar a algum tipo de acidente, sendo necessário também que o enfermeiro elabore idéias quanto a melhor forma de alterar o espaço físico doméstico, com intuito de evitar os acidentes.

Em relação à prevenção de acidentes na creche/escola e comunidade torna-se necessário a junção de pais, educadores e enfermeiro para se chegar a resultados positivos. Em uma proporção observa-se que o enfermeiro possui uma responsabilidade maior, pois, é ele que tem a função de orientar aos pais e educadores quanto aos possíveis riscos nestes ambientes, intervindo também na criação de ambientes escolares com disposição adequada de materiais e estrutura,

e na comunidade observar quanto às instalações elétricas públicas, esgotos, sinalização nas ruas e outros com intuito de se evitar os acidentes na infância.

Esses dados demonstram a importância da realização desse trabalho, que visa a conhecer de maneira específica a incidência e os tipos de acidentes na infância na região de Assis, os quais são passíveis de prevenção, sendo necessário que o profissional de saúde conheça esse fato para então orientar quanto à prevenção desempenhando seu papel de educador em saúde.

Observa-se, através de estatísticas e da vivência profissional, que estes acidentes acontecem com frequência, servindo de motivação para realização desse trabalho a fim de se conhecer a realidade epidemiológica do Município de Assis.

ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho foi desenvolvido através de capítulos, sendo delimitado da seguinte forma:

O capítulo 1 descreve os conceitos de acidentes e traumas, os mecanismos de trauma que mais afetam as crianças, os três picos de morte que decorrem do trauma e as particularidades anatômicas e fisiológicas das crianças em relação ao adulto, o que propicia uma maior gravidade quando ocorrem os acidentes.

O capítulo 2 expõe quanto às estatísticas dos acidentes, em que vários autores descrevem a realidade nacional e internacional dos acidentes que acometem as crianças, descrevendo, outrossim, os possíveis ambientes onde podem ocorrer, tais como o doméstico, o escolar e o comunitário.

O capítulo 3 descreve quanto aos principais tipos de acidentes que afetam as crianças. São estes os acidentes automobilísticos, afogamentos, aspiração de objetos estranhos, choque elétrico, intoxicações, quedas, queimaduras e sufocamento, demonstrando também, os acidentes mais comuns por classificação de idade.

O capítulo 4 expõe quanto ao papel do enfermeiro na prevenção dos acidentes na infância e as formas de prevenção de acordo com cada faixa etária estipulada pelos autores referenciados.

O capítulo 5 trata da metodologia com explicação detalhada da pesquisa realizada, incluindo os resultados da mesma, que foram demonstrados através dos gráficos e tabelas em conjunto com as discussões de cada gráfico.

Para finalizar o trabalho foram descritas as considerações finais em que se encontram o perfil dos acidentes com as crianças, considerações quanto à amostra, dificuldades presenciadas na realização da pesquisa, papel do enfermeiro, necessidade de mais pesquisas sobre esse assunto e sugestões para trabalhos futuros.

Como complementações do trabalho encontram-se as referências, glossário para consulta, apêndice com o questionário da pesquisa e um anexo com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Assis.

CAPÍTULO 1 - CONCEITOS DE ACIDENTES E TRAUMAS

A definição de acidentes trazida pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001, p.3) define acidente da seguinte maneira:

“Acidente é entendido como evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais como o do trabalho, da escola, de esportes e o de lazer”.

Para complementação da ideia existem também outras definições como a do Comitê do PHTLS (Pre hospital Trauma Life Support “Atendimento pré hospitalar ao Traumatizado”, 2007, pg. 05) que define acidente como “um evento ocorrido por acaso ou oriundo de causas desconhecidas” ou “um acontecimento desastroso por falta de cuidado, atenção ou ignorância”. Salienta-se também que trauma não é acidente e que a maior parte das mortes e lesões por trauma se enquadra na segunda definição, podendo ser prevenida.

Alguns dados são evidenciados como trauma, que segundo Pennella, et al (2004, p. 02) é um conjunto de alterações anatômicas e funcionais, locais e/ou gerais, provocado no organismo por meios violentos, seja por agressões e /ou acidentes como quedas e queimaduras, sendo que estes eventos podem afetar qualquer indivíduo, em qualquer idade, ou em qualquer condição social ou cultural, representando, em saúde pública, uma das doenças mais frequentes.

De acordo com Linares, Mawson, Suarez (1987) o trauma é definido “como um evento nocivo que advém da liberação de formas específicas de energia ou de barreiras físicas ao fluxo normal de energia”. (apud Comitê do PHTLS, 2007 pg. 18)

1.1 - MECANISMO DE TRAUMA NA INFÂNCIA

Quanto ao mecanismo de trauma knobel (2005, p.563) vem ilustrar que, em crianças, este é predominantemente fechado, culminando no acometimento de vários órgãos, simultaneamente. Em apenas 10% dos casos ocorre o trauma penetrante, aumentando essa incidência a partir dos 10 anos de idade. Em relação

às lesões cranianas e abdominais, estas são particularmente comuns e importantes na faixa etária pediátrica. Em apenas 10% de todos os politraumatismos na infância, encontra-se o trauma torácico, entretanto, quando acontece, está associado a lesões de outros órgãos em 60% dos pacientes. O autor traz também que as lesões medulares são muito menos comuns em crianças que em adultos. Entre as causas dessas lesões em crianças abaixo de 10 anos, encontram-se os acidentes automobilísticos, por outro lado, entre as de 10 a 14 anos, predominam os traumas esportivos, que respondem por metade dos casos.

Segundo Carvalho, o trauma fechado ou contuso resulta do impacto do corpo sobre uma superfície ou ainda de um processo de desaceleração intensa e rápida. São causados, em grande parte, por acidentes automobilísticos, ocorrendo também em quedas, agressões, traumas esportivos ou qualquer outra condição que possa produzir mecanismos de força. Em relação ao trauma penetrante, Carvalho relata que é produzida uma cavidade permanente devido à entrada de um objeto através do corpo. Essa cavitação resulta da troca de energia entre o objeto que está em movimento e os tecidos. As principais causas desse trauma são as lesões por projéteis de arma de fogo (P.A.F.) ou arma branca,

Em relação ao trauma torácico Abramovici e Souza (1999) relatam, quanto ao mecanismo de lesão, que a caixa torácica da criança é mais complacente, o que permite, no trauma, maior transferência de energia para as estruturas intratorácicas. Deve-se suspeitar de contusões pulmonares ou hemorragias, mesmo sem qualquer lesão aparente ou fratura de costelas, o que vai depender do tipo de acidente.

1.2 - OS TRÊS PICOS DE MORTE DECORRENTES DO TRAUMA

Segundo Knobel (2005, p 559, 560) existe uma clássica distribuição trimodal dos óbitos, por isso, de acordo com essa distribuição a morte decorrente do trauma ocorre em um, dentre três períodos de tempo.

O primeiro e maior pico representa mais da metade de todas as mortes por trauma. Os óbitos nesse primeiro pico acontecem na cena do acidente, como consequência de lesões graves que acometem o cérebro, a medula espinhal, o coração ou os grandes vasos. Dessa forma apenas uma pequena quantidade destes

doentes pode ter sobrevida. Programas efetivos de prevenção nesse primeiro pico podem diminuir os índices de mortalidade. (KNOBEL, 2005, p. 559).

O segundo pico de morte acontece dentro de minutos, várias horas após o trauma. Em geral, estas mortes se devem a hematomas subdural e extradural, a grandes hemorragias internas torácicas ou abdominais, ou a múltiplos traumatismos associados com perda significativa de sangue. Situam-se dentro deste pico cerca de 30% das mortes pós-trauma. A maioria destas lesões é considerada passível de tratamento. O diagnóstico e a intervenção precoces podem diminuir a mortalidade neste grupo de pacientes. Porém, o período de tempo que se situa entre o trauma e o início do tratamento é crítico em determinar a probabilidade de sobrevida. (KNOBEL, 2005, p.559).

O terceiro pico de morte ocorre em dias ou semanas depois do trauma e se relaciona à infecção e à falência de múltiplos órgãos. (KNOBEL, 2005, p.560).

A primeira hora após o trauma, a chamada *golden hour* (“hora de ouro”), é de grande importância, pois o prognóstico satisfatório nos doentes traumatizados estão fortemente relacionados aos cuidados iniciais, realizados particularmente neste período. (KNOBEL, 2005, p.560).

1.3 - PARTICULARIDADES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS DA CRIANÇA EM RELAÇÃO AO ADULTO

As crianças apresentam algumas particularidades anatômicas e fisiológicas em relação ao adulto e, por este motivo, deve ser dada a ela uma atenção especial na avaliação após o acidente.

Para Knobel (2005, p. 562, 563) as principais particularidades são divididas com relação à forma e ao tamanho, esqueleto, tórax, abdômen, crânio e sistema cardiovascular.

Com relação à forma e ao tamanho, o autor pontua que o fato de a superfície corpórea da criança ser menor que a de um adulto, faz com que a força aplicada por unidade de área corpórea seja maior. A criança apresenta tecido adiposo e

conectivo menores que os do adulto, e a proximidade dos órgãos entre si a expõe a várias lesões concomitantes. (KNOBEL, 2005, p.562).

Quanto ao esqueleto o autor relata que, pelo fato de estar em calcificação, este apresenta-se mais flexível, com frequente lesão de órgãos internos, sem fratura óssea correspondente, fraturas incompletas de ossos longos (“galho verde”). Outro fato também é que a criança está em fase de crescimento, sendo que uma fratura nessa região pode alterar seu desenvolvimento ósseo. Em relação aos traumas leves a coluna é mais elástica e móvel, o que acarreta uma menor predisposição à lesão de coluna cervical, além disso, as vértebras são menos rígidas. Quanto aos acidentes por quedas e acidentes de carro, que incluem aceleração e desaceleração, existe uma maior força inercial aplicada ao pescoço em relação à cabeça, que é maior, impulsionando a criança. O trauma craniano e a lesão medular são simultâneos. (KNOBEL, 2005, p.562).

Em relação ao tórax o autor traz que a caixa torácica é mais complacente, sendo que podem haver lesões pulmonares, cardíacas ou mediastinais, porém sem lacerações externas. Outro ponto também é que a fratura de costelas indica trauma mais grave. Pelo fato de a região de mediastino ser mais móvel, o pneumotórax aberto ou hipertensivo possui uma evolução mais rápida. (KNOBEL, 2005, p.562).

Quanto ao abdome, o autor descreve que a musculatura abdominal ainda está hipodesenvolvida podendo levar a um hematoma duodenal, lesão pancreática no caso, por exemplo, de uma batida no guidão da bicicleta e ruptura entérica no caso da utilização do cinto de segurança são os mais comuns. Pelo fato também de a pelve ser mais curta a ruptura de bexiga se torna mais comum. (KNOBEL, 2005, p.562).

Com relação ao crânio, existe o fato de as fontanelas estarem abertas e as suturas não estarem calcificadas, ocorrendo tolerância a lesões expansivas, porém apresentando sinais neurológicos tardios. (KNOBEL, 2005, p. 563).

Quanto ao sistema cardiovascular a criança apresenta uma reserva fisiológica maior que a de um adulto, portanto os sinais de choque só se manifestam com perdas maiores ou iguais a 25% do volume sanguíneo corpóreo. (KNOBEL, 2005, p.563).

CAPÍTULO 2 - ESTATÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS

2.1 - ESTATÍSTICAS

Alguns dados são apresentados abaixo com intuito de se conhecer a realidade nacional e internacional sobre os acidentes que afetam a população pediátrica, por isso são evidenciados alguns autores que apontam estatísticas sobre esse assunto. Além disso, a Sociedade Brasileira de Pediatria indica porcentagens de acidentes no ambiente doméstico e os lugares de maior incidência destes no âmbito doméstico.

De acordo com algumas estatísticas da Sociedade Brasileira de Pediatria que foram divulgadas em 1998, 80% dos acidentes que ocorrem em casa devem-se a fatos como tanque solto, panelas com água fervendo sobre o fogão, ferros de passar roupa ligados, medicamentos, materiais de limpeza e fósforos. Em relação a esse levantamento, a asfixia e o sufocamento representam cerca de 40% do total de acidentes que afetam as crianças, devido à ingestão de balas, uvas, nozes, chupetas pequenas, bolas pequenas, pecinhas de brinquedos e balões. As mortes ocasionadas por incêndios e queimaduras representam quase 10% de todas as mortes traumáticas, sendo que mais de 20% delas ocorre em menores de cinco anos e a grande maioria (85%) deve-se a incêndios domésticos, com morte por inalação de fumaça e asfixia e não por queimaduras graves. Em relação à queimadura que acontece em casa, a cozinha é o local mais comum (70%), e está quase sempre relacionado com líquido fervente (água, café, leite, óleo), o que gera sofrimento físico e psicológico, além de acarretar um desfiguramento da vítima e gerar elevado custo econômico e social. Outro dado é que destes acidentes por queimadura, vão a óbito 5% das crianças. Quanto às quedas e lesões que decorrem das práticas esportivas, estas são, por sua vez, as principais causas de procura nos pronto-socorros e hospitalizações. Existe outro ponto também que são as intoxicações exógenas, incluídas como os acidentes domésticos mais comuns. (apud MARTINS, 2006, p. 345).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10 capítulo XX, 2008) os acidentes são classificados como causas externas de morbidade e

mortalidade e, segundo Knobel (2005, p.560, 561) as causas externas no nosso país representam atualmente 57% do total de óbitos na faixa etária de 0 a 19 anos. Calcula-se ainda que, no Brasil, mais de 125.000 pessoas morram anualmente devido a causas externas.

Segundo dados do Datasus a população residente por faixa etária no Município de Assis no período de 2009 consistem em: menor de 1 ano com 1.082 crianças, de 1 a 4 anos com 4.811, de 5 a 9 anos com 6.830 e de 10 a 14 anos com 6.728, totalizando 19.451 crianças residentes neste Município, no qual pertencem a área de cobertura de atendimento do Pronto Socorro Municipal de Assis.

De acordo também com os dados do Datasus a morbidade hospitalar do SUS por causas externas por local de internação no Município de Assis no período de junho a dezembro de 2009 por faixa etária consistem em: menor de 1 ano com 1 internação, de 1 a 4 anos com 19 internações, de 5 a 9 anos com 44 internações e de 10 a 14 anos com 32 internações, totalizando 96 internações de crianças por causas externas.

Observa-se que há um grande número de crianças que residem no Município de Assis e que também existe uma porcentagem de acidentes que afetaram a população pediátrica no período de junho a dezembro de 2009, tornando essencial a participação do enfermeiro na prevenção dos acidentes com intuito de reduzir ao máximo os índices de acidentes na infância neste Município.

De acordo com Knobel (2005, p.560, 561 e 563) o trauma é evidenciado como a primeira causa de morte e sequelas em adolescentes e crianças acima de um ano nos países desenvolvidos e em grandes centros, e que 50% das crianças, vítimas de traumas graves - um ano após a alta hospitalar - apresentam deficiências físicas ou cognitivas. O autor ainda cita que as quedas e os acidentes automobilísticos estão entre as causas de trauma na faixa etária pediátrica e juntos são responsáveis por 90% dos casos, seguindo-se, em ordem decrescente, os afogamentos, os incêndios domiciliares e os homicídios. Além disso, o autor afirma que, em casos de acidentes no ambiente doméstico, deve-se levar em consideração se estes não decorrem de maus-tratos.

Hockenberry (2006, p.346) afirma que: “os acidentes estão entre as principais causas de morte durante o período da lactação, especialmente nas crianças entre 6 e 12 meses de vida”.

Sobre os tipos de lesões nos lactentes Pickett e outros (2003), afirmou que:

As principais causas de lesões em lactentes foram quedas, ingestões de objetos estranhos e queimaduras (apud HOCKENBERRY 2006, p.346).

Confirmando a compreensão anterior Filócomo et al (2002), constatou em seus estudos que na faixa etária de menores de 1 ano e entre 1 a 3 anos a queda foi o tipo mais comum de acidente, justificado pelo fato de essas crianças se encontrarem na fase de maturação motora, cognitiva e psicossocial, aprendendo a conhecer seus limites e adaptando-se ao meio. Quanto às quedas ainda em crianças acima de 4 anos, estas permanecem em níveis elevados, estando relacionadas provavelmente ao fato de essas crianças estarem envolvidas em atividades de lazer e esporte, dentre as quais se destacam os jogos, a bicicleta, os patins e dentre outros.

As quedas em crianças continuam sendo uma preocupação, e para complementar essa informação os dados do Ministério da Saúde (2004) apontam que:

As quedas representam a principal causa de internação na população pediátrica, inclusive no Brasil. Em 2004, as quedas representaram o principal motivo de internação hospitalar em todas as faixas etárias de crianças e jovens de até 19 anos, com 73,01% das internações por causas externas. (apud PAES e GASPAR, 2005).

De acordo com Wong (1997 p. 337) encontram-se, em segundo lugar como causa de morte acidental, as queimaduras em meninas e, em terceiro lugar, em meninos, sendo em primeiro lugar acidentes com veículos motorizados. A autora ainda expõe que o afogamento ocupa o segundo lugar entre os meninos e o terceiro lugar entre as meninas, como causa de morte acidental, com exclusão do afogamento por transporte aquático.

Sobre os acidentes por queimaduras, submersão e intoxicações Knobel (2005, p. 577, 596 e 605) afirma que:

O acidente por queimadura é a terceira causa de morte em crianças de 0 a 14 anos (...), Lactentes e pré escolares geralmente estão envolvidos em

acidentes por submersão doméstico (piscina, banheira, tanque ou balde)(...),No Brasil, estatísticas mais recentes tem demonstrado que os medicamentos continuam sendo os principais responsáveis por intoxicações humanas e Intoxicações por produtos sanitários domiciliares e por pesticidas de uso doméstico são mais freqüentes em crianças de 0 a 4 anos de idade(...).

Diante da afirmação percebe-se a gravidade dos acidentes por queimadura, é um índice alto sendo a terceira causa de óbito em crianças, observa-se ainda que lactentes e pré escolares estão sendo afetados por acidentes de submersão doméstica e que as intoxicações agudas continuam sendo um problema ainda preocupante, uma vez que as crianças mais novas têm a tendência de colocar coisas na boca. Esta questão vem ilustrar a ideia de Hockenberry (2006, p. 352), que expõe que o envenenamento constitui uma das principais causas de morte entre crianças menores de 5 anos de idade. A maior incidência ocorre em crianças no grupo de 2 anos de idade, ocorrendo como a segunda maior incidência no grupo de 1 ano de idade.

Segundo Knobel (2005, p. e 595 e 605) acidentes por submersão seguidos de asfixia são causas altas de morbidade e mortalidade na infância.

Sobre os acidentes por veículos motorizados Osberg e Discala (1992) afirmam que:

Os acidentes por veículos motorizados provocam mais mortes por acidente em todos os grupos etários pediátricos depois de 1 ano de idade que qualquer outro tipo de acidente ou doença e são responsáveis por quase metade de todas as mortes por acidentes entre crianças de 1 a 4 anos de idade.(apud WONG ,1997, p. 333).

Quanto aos acidentes por mordidas de animais a literatura afirma, a partir da afirmação de Bernardo e outros (2000), que:

As mordidas dos animais são comuns na infância. Contudo, as crianças são mordidas mais frequentemente por animais pertencentes à própria família ou a vizinhos, do que por animais errantes (“de rua”). Mais da metade das vítimas de mordidas de cães tem menos de 5 anos de idade, acometendo mais meninos do que meninas.(apud HOCKENBERRY, 2006, p. 1120).

Quanto ao acidente por aspiração de corpos estranhos, segundo Wong, (1997, p.286) a asfixia ocasionada por material estranho no trato respiratório em conjunto com a sufocação mecânica é a principal causa de acidente fatal em crianças com menos de 1 ano de idade. O tamanho, o formato e a consistência de alimentos ou objetos são fatores determinantes para a obstrução fatal.

Em relação aos acidentes por armas de fogo, Craven e Hirnle (2006, p. 646) indicam que, a quarta causa principal de morte por lesão não intencional deve-se à arma de fogo, cujas vítimas são crianças e adultos jovens na faixa etária entre 5 a 24 anos.

Segundo Hockenberry, (2006, p. 489) as crianças em idade de 6 a 12 anos aproximadamente, fisicamente ativas, são susceptíveis a cortes e abrasões. A incidência de fraturas, entorses e estiramentos é alta nessas crianças.

2.2 - OS AMBIENTES E A CRIANÇA

Segundo Craven e Hirnle (2006, p. 638), é difícil encontrar um ambiente realmente livre de perigo, portanto, a promoção da segurança envolve a consciência e a implementação. Tradicionalmente, o cuidado com a segurança em enfermagem envolvia apenas o ambiente hospitalar, atualmente o cuidado de enfermagem é amplo. Duas funções importantes da enfermagem são: manter um ambiente de cuidado de saúde seguro e o ensino ao cliente e à família das precauções de segurança em casa, no local de trabalho e na comunidade.

Sobre o ambiente doméstico em relação à criança Guimarães et al (2003, p. 28) relata que este ambiente pode ser especialmente agressivo às crianças, pois a presença de instrumentos cortantes, móveis, janelas, painéis contendo alimentos fumegantes, fósforos, garrafas de detergentes e produtos tóxicos deixados embaixo da pia da cozinha podem atraí-las, contribuindo para aumentar o número de crianças lesionadas, com resultados muitas vezes ruins.

Para complementação dessa citação anterior Wong (1997, p. 411) afirma que: “a maioria dos acidentes ocorre no domicílio ou na escola ou próximo a eles”.

Craven e Hirnle (2006, p. 639 e 642) trazem em seus estudos dados importantes quando colocam que os tipos de acidentes mais comuns são as quedas, impactos e contusões, que atingem crianças de 1 a 3 anos e pré escolares, devido à curiosidade, exuberância, mobilidade crescente, falta de experiência de vida e aos sistemas musculoesquelético e neurológico ainda imaturos, afirmando, ainda, que a comunidade onde alguém vive e tem lazer pode apresentar preocupações de

segurança. Alguns fatores de risco são citados, tais como iluminação deficiente, presença de aterros ou de locais de resíduos perigosos, cruzamentos perigosos, casas dilapidadas, penhascos e córregos desprotegidos.

De acordo com os autores percebemos que os acidentes na infância são passíveis de ocorrerem em vários lugares, dentre os quais são citados o ambiente doméstico, a escola e a comunidade, sendo possível sua prevenção através de cuidados implementados nesses ambientes por meio da conscientização da população e da atuação da enfermagem, desempenhando seu papel de educador em saúde.

CAPÍTULO 3- PRINCIPAIS TIPOS DE ACIDENTES

3.1 - ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS

Sabendo-se que são vários os números de acidentes automobilísticos envolvendo crianças, estamos enfatizando essa categoria de acidentes.

Em relação aos acidentes automobilísticos Hockenberry (2006, p. 1211), afirma que:

O aumento do uso de atividades recreacionais envolvendo veículos motorizados com jet skis aquáticos e motocicletas, aumentou também a incidência das lesões medulares nas crianças.

De acordo com Wong (1997 P. 409):

A causa mais comum de acidentes graves e morte em crianças em idade escolar é decorrente de acidentes com veículos motorizados - quer como pedestres, quer como passageiros.

Ainda de acordo com Hockenberry (2006, p. 350 e 351) um número alto de bebês é lesionado ou morre por uma restrição não muito apropriada dentro do veículo, muitas vezes caindo do colo de outro ocupante. Registros indicam que, conforme a criança cresce, o uso de restrições para elas diminuem, e aumenta o risco de ocupantes no veículo. A restrição inadequada continua sendo a principal causa de acidentes fatais, em que são envolvidas as crianças. Ferimentos graves e mortes de crianças aconteceram pela abertura do air - bag no impacto do banco dianteiro do passageiro.

Segundo Wong (1997 p. 336) a falta de conhecimento do perigo e a incapacidade de avaliar a velocidade de um veículo automobilístico fazem com que as crianças sejam atingidas pelo automóvel. Algumas brincadeiras, como correr atrás de uma bola, andar de bicicleta, são atividades comuns que podem gerar um tipo de acidente com veículos.

3.2 - AFOGAMENTO

Para uma melhor compreensão dos acidentes por afogamento estaremos abordando sua definição na qual:

Knobel (2005, p. 595) afirma que:

Afogamento é definido como morte por acidente de submersão em meio líquido. Já o quase - afogado é o paciente que sobrevive por mais de 24 horas ao acidente de submersão, independente das seqüelas e prejuízos na qualidade de vida.

O mesmo autor coloca também que os acidentes por afogamento correspondem à segunda causa de óbito em crianças norte americanas e a terceira no Brasil. (Knobel, 2005, p. 596).

Ainda segundo Knobel (2005, p. 595 e 596), crianças e adolescentes de 10 anos têm mais chance de se afogarem em águas abertas como rios, lagos e mar, normalmente devido ao consumo de álcool ou drogas. E afirma, para fins didáticos, que o afogamento pode ser classificado em afogamento sem aspiração que é o seco, e afogamento com aspiração que é o molhado.

Segundo Hockenberry (2006, p.354) nenhum lactente pode reagir corretamente em situações de emergência, e nem pode apreender medidas de segurança na água. Então todas as crianças necessitam ser consideradas como risco quando estão próximas à água. Apresentam também riscos de infecção e convulsão ao ingerir grandes quantidades de água, os lactentes e os bebês.

De acordo com Craven e Hirnle (2006, p. 645) os afogamentos acontecem também em águas naturais como piscinas, banheiros e até mesmo vaso sanitário. Condições perigosas para a natação, e a falta de supervisão também são fatores que favorecem o risco de afogamento.



Figura 1 - Exposição da criança com risco de afogamento.
(In: http://www.observatoriodoalgarve.com/cna/noticias_ver.asp?noticia=38863)

3.3 - ASPIRAÇÃO DE OBJETOS ESTRANHOS

Atkinson e Murray (1985, p. 326) trazem em sua literatura que:

Quando um material estranho se aloja na traquéia, nos brônquios ou em outras vias aéreas durante a inspiração, o fenômeno é chamado aspiração. O material que mais comumente é aspirado é comida, e se o material alimentar é suficientemente grande pode ocorrer obstrução de toda a via aérea, impedindo que haja fluxo de ar. Esse problema é chamado apnéia por obstrução, porque o paciente procura respirar, mas as vias aéreas superiores apresentam uma obstrução que impede todo o fluxo de ar.

De acordo com Hockenberry (2006, p.349) quando os lactentes conseguem encontrar suas bocas eles ficam mais susceptíveis à aspiração de pequenos objetos como aqueles que são deixados em seu alcance ou até partes removíveis de objetos que parecem ser seguros. Alguns brinquedos são apontados como perigosos; tais como os chocalhos, devido às contas que fazem o barulho. Se quebrado ou rachado esse brinquedo e se a criança colocá-lo na boca ela poderá aspirar essas contas. Animais de pelúcia devido aos olhos e nariz se forem botões removíveis ou peças de plástico. O móbil, se colocado muito baixo pode ser agarrado pela criança e rapidamente ela pode mastigar um pedaço dele. Outra preocupação é quando a

criança começa a engatinhar ou brincar no chão, devendo esse local ser inspecionado devido a objetos que podem ser encontrados e engolidos pela criança, como moedas. Outros objetos como o botão das roupas, alfinetes de fraldas, os itens alimentares, cujos produtos mais perigosos são as salsichas, doces, nozes, uvas e feijões secos. As chupetas, devido ao bico ou à tampa, que pode se separar do cabo e se alojar na faringe. As tampas de seringas, que devem ser retiradas para administrar os medicamentos, mantendo-as longe das crianças. Películas plásticas de alimentos infantis, como a tira inferior, que pode ser aspirada sendo de difícil localização por ser transparente e, por último, o talco infantil, que quando aspirado, pode levar a uma pneumonia por aspiração, severa e geralmente fatal.

3.4 - CHOQUE ELÉTRICO

Craven e Hirnle (2006, p.647) afirmam que:

O choque elétrico acontece quando uma corrente viaja até o chão através do corpo em lugar do fio elétrico ou a partir da eletricidade estática que se acumula na superfície do corpo. Um macrochoque pode causar queimaduras superficiais e profundas, contrações musculares e paradas cardíaca e respiratória.

Em pesquisa realizada por Martins e Andrade (2007) quanto às queimaduras provenientes de choque elétrico, o resultado aponta que, dos 182 casos de queimaduras estudados em menores de 15 anos, as provenientes de exposição à corrente elétrica constituem 6 casos (3,3%). Desses 6 acidentes - em consequência de exposição à corrente elétrica - a taxa de internação foi de 100%, dos quais (83,3%) – que equivalem aos cinco casos - foram por choque por corrente elétrica doméstica e apenas um caso por contato com fiação de poste de iluminação (pipa enroscada nos fios de alta tensão), o que ocasionou óbito, levando a uma taxa de letalidade de 16,7% as vítimas desse tipo de queimadura.

Segundo Craven e Hirnle (2006, p.647) quanto ao choque elétrico, são os aparelhos elétricos e as tomadas que apresentam riscos comuns em casa e ambientes de cuidado de saúde. Já na comunidade, os fatores que servem de ameaça são a iluminação e as linhas de energia elétrica.



Figura 2 - Exposição da criança com risco de choque elétrico.
(In: <http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI80505-16891,00.html>)

3.5 - INTOXICAÇÕES

Sobre as intoxicações Craven e Hirnle (2006, p. 645) afirmam que:

Em casa, as crianças podem ingerir produtos de limpeza domiciliar, substâncias químicas para grama e jardinagem ou medicamentos inadequadamente rotulados e armazenados. Produtos para plantas e tintas são exemplos de outros venenos domiciliares potenciais. Nas casas antigas, a tinta à base de chumbo que está descascando ou soltando lascas constitui um perigo para as crianças novas, as quais têm propensão a colocar coisas na boca.

Na pesquisa realizada por Ramos; et al (2005, p.1136) os resultados quanto às intoxicações relatam que dos 11.859 casos registrados no CIT/RS(Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul), no período de 1° de janeiro a 31 de agosto de 2003, 593 foram casos de intoxicação acidental individual em crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, nas residências do Município de Porto Alegre.

Em relação às intoxicações Knobel (2005, p. 605) afirma que: “o acidente tóxico na criança e no adolescente é reconhecido como uma importante causa de morbidade nessa faixa etária”.

Quanto ao envenenamento citado por Hockenberry (2006, p.352), os lactentes que ainda não engatinham estão relativamente seguros devido a sua imobilidade, porém quando começam a se locomover, os perigos do envenenamento estão presentes. Existem mais de 500 substâncias tóxicas em uma casa, sendo que aproximadamente um terço de todos os envenenamentos ocorre na cozinha, cuja principal razão é o armazenamento inadequado dessas substâncias. Existem vários

perigos de envenenamentos, entre eles estão: deixar medicamentos na bolsa e dar a mesma para a criança brincar, com o risco de a bolsa abrir e a criança ingerir o medicamento, outro perigo não reconhecido é o fato que, durante a troca de fralda, a criança fica próxima a substâncias tóxicas como pomadas, cremes, óleos e talcos. As plantas também são fonte de envenenamento para lactentes, e deve-se ao fato de comumente serem colocadas no chão, sendo as folhas ou as flores atraentes e facilmente arrancadas. Mais de 700 espécies conhecidas de plantas causam doenças ou morte. Outra fonte de envenenamento é a ingestão de baterias do tamanho de botões. Pelo fato de serem brilhantes e pequeninas, elas atraem a atenção das crianças e, se ficarem alojadas no esôfago, podem causar uma morbidade severa e até levar à morte, além disso, o forte álcali presente nas baterias pode vazar, causando uma grave queimadura cáustica.

Os envenenamentos podem resultar também de inalação e, de acordo com Hockenberry (2006, p.352), podem ocorrer através da inalação de vapores de cloro, que são expelidos por produtos de limpeza ou materiais para piscinas. Outra situação é referida como toxicidade passiva que ocorreu com crianças expostas à base livre da cocaína (crack), fumada por adultos.

Outra situação citada por Knobel (2005, p. 605) refere-se a intoxicações causadas pela:

Presença de resíduos tóxicos nos alimentos e a contaminação ambiental (solo, água e ar), geralmente responsável por intoxicações crônicas, cujos possíveis efeitos sobre a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança ainda não estão bem esclarecidos.



Figura 3 - Exposição da criança com risco de intoxicação por medicamentos.
(In: <http://revistatravessura.blogspot.com/2010/08/prevencao-de-acidentes-com-criancas.html>)



Figura 4 - Exposição da criança com risco de intoxicação por produtos de limpeza
(In: <http://anfsaude.blogs.sapo.pt/8576.html>)

3.6 - QUEDAS

As quedas, segundo Craven e Hirnle (2006, p.644) podem causar dor, incapacidade permanente e até a morte. De acordo com Hockenberry (2006, p.351, 352) as quedas ocorrem normalmente após 4 meses de idade quando o lactente aprende a rolar, podendo também ocorrer em qualquer idade. Algumas áreas perigosas em relação às quedas são o trocador, que geralmente é alto e estreito, assentos para o carro, cadeiras altas, andadores, que causam tipos diferentes de

lesões devido ao seu tombamento ou por quedas nas escadas, podendo, ainda, apresentar riscos quando permitem que a criança alcance objetos perigosos. Mesmo quando o ambiente aparenta ser um local seguro, os lactentes podem sofrer quedas através de suas próprias roupas, tais como meias escorregadias, sapatos de solado duro e escorregadios ou solados de borracha que possam prender.

Outra questão também para Hockenberry (2006, p 411, 412) é sobre as crianças na faixa etária de 1 a 3 anos, para as quais as quedas ainda são um perigo, mesmo que na parte mais tardia da pré-infância as habilidades motoras grossas e finas já estejam bem desenvolvidas, diminuindo a incidência de quedas de escadas ou de cadeiras, embora ferimentos em parques sejam comuns. Como características das crianças nessa faixa etária, estão os atos de escalar e correr, que se complicam pela negligência total da criança e ausência da noção de perigo.

Sobre a incidência de óbitos em consequência de quedas foram apontados os seguintes dados:

No Brasil, segundo dados do Datasus, no ano de 2002, morreram 443 crianças e adolescentes, na faixa etária de 0 a 19 anos, vítimas de quedas.(apud PAES e GASPARG, 2005).



Figura 5 - Queda de Bicicleta, porém a criança estava com equipamento de segurança.
(In: <http://www.gre.com.br/index.php?origem=cursos&id=13>)



Figura 6 - Exposição da criança com risco de queda da cadeira.
(In: http://www.colmagno.com.br/TODOCuidado/em_casa/)

3.7 - QUEIMADURAS

Outro acidente que acomete muito as crianças são as queimaduras. De acordo com Hockenberry (2006, p. 353), queimaduras por água muito quente, e devido ao excesso de exposição ao sol, por fogos, fios elétricos, tomadas e elementos que geram calor, são responsáveis por um grande número de mortes, sendo ainda maior o número de lesões em crianças.

Sobre as queimaduras Knobel (2005, p. 577) afirma também que:

As principais causas de queimaduras em crianças são as de origem térmica, sendo queimadura por líquidos ferventes a principal causa em crianças abaixo de 4 anos. Outras causas são devidas às chamas (com ou sem lesão inalatória), química, elétrica e queimaduras por irradiação.

Segundo Hockenberry (2006, p.410) quando a criança é capaz de escalar e alcançar objetos acima de sua cabeça, qualquer superfície que seja quente pode ser

um sinal de perigo. Sendo de grande perigo crianças escaldadas por derrubar painéis sobre elas mesmas.

Queimaduras por fogos são as mais fatais, pois normalmente acontecem quando as crianças brincam com fósforos e, acidentalmente, põem fogo em si mesmas ou na casa. (HOCKENBERRY, 2006, p.410)

Queimaduras elétricas são fonte de perigo imediata para as crianças, pois em idade pré-escolares elas têm capacidade de manipular objetos pequenos e finos, sendo, ainda, capazes de inserir estes objetos ou artigos condutores em tomadas. (HOCKENBERRY, 2006, p.410)

Queimaduras por escaldamento é outro tipo de ferimento térmico nas crianças e, normalmente, são causadas por água de torneira em altas temperaturas com a qual as crianças entram em contato ao abrirem essas torneiras, ao caírem em uma banheira de água quente, ou então ao virar recipientes com água quente sobre elas mesmas. (HOCKENBERRY, 2006, p.411)

Outro tipo de queimadura também preocupante o ano todo são as queimaduras de sol, pois ao longo de todo o ano, as crianças passam um bom tempo ao ar livre. (HOCKENBERRY, 2006, p.411)

Em relação à classificação e grau da queimadura Knobel (2005, p. 579 e 580) apresenta algumas considerações, sendo que:

A queimadura de primeiro grau consiste em uma lesão que se limita à epiderme, ausência de formação de bolhas e sua reparação dependem da camada basal. Possui um aspecto com eritema e edema, é dolorosa e cicatriza-se de 3 a 6 dias. Não é considerada no cálculo da superfície corpórea queimada (SCQ) para conduta terapêutica. (KNOBEL, 2005, p.579).

Em relação à queimadura de segundo grau, o autor apresenta duas subdivisões, as quais consistem em queimadura de segundo grau superficial caracterizada pela destruição da epiderme e menos da metade da derme. É caracterizado pela presença de edema, devido ao aumento da permeabilidade capilar direta e pela liberação de mediadores locais. As lesões são dolorosas ao toque, às variações de temperatura e ao ar, pois ocorre exposição de receptores nervosos intactos. Tem aspecto de bolhas, eritema, são úmidas quando a bolha se rompe e presença de escara em lesões mais profundas. Quanto à reparação, esta

pode ser integral, mas perde a espessura da derme. Cicatriza-se de 7 a 21 dias. (KNOBEL, 2005, p.580).



Figura 7 - Queimadura de segundo grau superficial.
(In: KNOBEL (2005, p. 580))

Quanto à queimadura de segundo grau profundo, esta é caracterizada pela destruição de mais de 50% da derme, e a presença de edema pode torná-la menos dolorosa. É dolorosa somente se pressionada. Em relação à aparência, é caracterizada por ser mais pálida e mais seca, a cor é variável de branca a vermelha. Quanto à cicatrização, demora mais de 21 dias para cicatrizar-se e tende a levar à formação de cicatrizes hipertróficas e retrações. (KNOBEL, 2005, p.580).

Outro grau de queimadura em questão seria a de terceiro grau, em que há a destruição da epiderme e de toda a derme. Apresenta aumento da consistência, vascularização do subcutâneo visível por transparência e escara; é pálida, endurecida e seca. Apresenta-se indolor. Não tem capacidade de se reepitelizar, podendo cicatrizar a partir da periferia, com retração das bordas. Tal lesão normalmente requer enxerto de pele, caso seja maior que 2 cm, dependendo do local atingido. (KNOBEL, 2005, p.580).



Figura 8 - Queimadura de terceiro grau.
(In: KNOBEL (2005, p. 581))

E por último existe a classificação da queimadura de quarto grau caracterizada por atingir a fáscia, músculo, osso e órgãos internos. (KNOBEL, 2005, p.580).



Figura 9 - Queimadura de quarto grau por acidente elétrico.
(In: KNOBEL (2005, p.581))



Figura 10 - Exposição da criança com risco de queimadura com água quente.
(In: <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=652103>)

3.8 - SUFOCAMENTO

Devido ao perigo que correm as crianças ao se tratar de sufocamento, abordamos em seguida dados que nos fazem refletir um pouco mais sobre este acidente.

De acordo com Hockenberry (2006, p.349) a sufocação mecânica engloba também a sufocação por obstrução das vias aéreas como boca e nariz, por pressão sobre a garganta, tórax e exclusão do ar. Alguns itens não alimentares como balões de látex inflados, vazios ou estourados, causam grande número de mortes por sufocamento em crianças mais novas.

A cama ou berço também podem apresentar perigos, quando um lactente é colocado em baixo de cobertores e lençóis com as pontas presas, sendo incapaz de se movimentar. Assim como os travesseiros com flocos de espuma plástica, quando o mesmo contorna a face, bloqueando as vias aéreas. Outro risco de sufocamento é quando um adulto dorme com o lactente, pelo risco de este rolar sobre a criança. (HOCKENBERRY, 2006, p.349)

Oferecem também riscos de estrangulamento, adereços que ficam nos cantos dos berços. Podem ocorrer mortes também quando as roupas dos lactentes ficam

presas nestes adereços, ou quando os mesmos tentam sair do berço. (HOCKENBERRY, 2006,p.350)

Hockenberry (2006, p.350) quanto ao sufocamento afirma que:

Pode ocorrer o estrangulamento de lactentes se a criança fica presa entre colchões e o estrado do berço ou objetos próximos ao berço. As mortes por sufocamento não estão restritas aos berços, acidentes ocorridos e com colchões mal-encaixados em camas de adulto ou de crianças, beliches e colchões de água, também foram registradas.

3.9 - ACIDENTES MAIS COMUNS POR CLASSIFICAÇÃO DE IDADE

Segundo Craven e Hirnle (2006; p. 639) o neonato e os lactentes, carecem de experiência de vida e das maturidades musculoesquelética e neurológica, por isso são mais suscetíveis a queimaduras, quedas, sufocação e outras lesões traumáticas. Fios, toalhas de mesa, sacos plásticos, garrafas e latas são objetos tentadores e perigosos aos lactentes que os exploram, puxando as coisas e colocando quase tudo na boca.

Craven e Hirnle (2006; p. 639) ainda citam que são comuns em crianças de 1 a 3 anos e em pré-escolares as quedas, impactos e contusões durante esses períodos de curiosidade e exuberância. Outras questões também citadas são a mobilidade crescente, a falta de experiência de vida e os sistemas musculoesquelético e neurológico ainda imaturos, que são potencialmente perigosos para as crianças nessa faixa etária. Outro fato também é que essas crianças adoram abrir e fechar portas, virar maçanetas, subir nos móveis e se engajar em todo tipo de brincadeiras ativas.

Quanto aos escolares, Craven e Hirnle (2006; p. 640) expõem que a maturidade fisiológica está quase completa nessa fase. Realizam tarefas complexas devido ao fato de o controle motor dos grandes músculos e o controle motor fino estarem em desenvolvimento rápido. As experiências de vida se acumulam, sendo utilizadas pelas crianças para fazerem julgamentos sobre as propriedades dos comportamentos. De acordo com Wong (1997, p. 409) a causa mais comum de acidentes graves e morte decorre de acidentes com veículos motorizados nas crianças em idade escolar, seja como pedestre, seja como passageiro. Existe também nessa idade a vontade de andar de bicicleta aumentando o risco de

acidentes nas ruas e ciclovias. Dentre os acidentes graves encontram-se também os que envolvem skates, patins, patins de lâmina, esqui e outros equipamentos esportivos.

CAPÍTULO 4 – PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA

4.1 - PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA

O enfermeiro desempenha uma importante função de educador em saúde, portanto é necessário o conhecimento de como prevenir os acidentes, os lugares que são mais susceptíveis de acontecer tal evento para, então, orientar a família/comunidade da forma mais correta com intuito de diminuir a incidência de acidentes com crianças tanto em casa, como na escola ou comunidade.

Quanto à prevenção dos acidentes e o papel da enfermeira Wong (1997 p.293) afirma que:

A prevenção de acidentes requer a proteção da criança e a educação da pessoa que fornece os cuidados. As enfermeiras no ambulatório, nos centros de saúde ou de agências de visita domiciliar encontram-se em posição mais propícia para a educação sobre acidentes. Isto não exclui as enfermeiras em ambientes hospitalares, que poderiam usar os períodos de visitação como uma excelente oportunidade para abordar este tópico.

4.2 - COMO PREVENIR OS ACIDENTES NA INFÂNCIA

Alguns autores citam como prevenir os acidentes de acordo com a fase em que a criança se encontra. Hockenberry (2006, p. 347, 348) expõe quanto à prevenção de acidentes no período de lactação, especificando os principais acidentes nas respectivas faixas etárias: menor de quatro meses, de quatro a sete meses e de oito a doze meses.

Do nascimento aos 4 meses a criança apresenta-se em fase de desenvolvimento dos reflexos involuntários, entre eles o de engatinhar, o qual pode arremessar o lactente para frente ou para trás, e também o reflexo do susto que pode levar o corpo a contrair-se. Nessa fase ele pode rolar e tem o aumento da coordenação olho-mão e reflexo voluntário da garra. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347)

Estas características do desenvolvimento nesta faixa etária expõem estas crianças principalmente a acidentes como: aspiração, sufocamento/afogamento, quedas, envenenamentos, queimaduras, acidentes automobilísticos e acidente corporal. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347)

Apesar de os acidentes por aspiração não serem tão comuns nessa faixa etária o autor traz alguns cuidados a serem realizados. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347)

Em relação ao talco infantil, a forma correta é sempre colocar na mão e depois na pele do lactente e nunca diretamente na pele e sempre guardar o frasco longe do alcance da criança. Outro ponto também é sempre segurar a criança para alimentação e não empurrar a mamadeira, ter o conhecimento sobre os procedimentos de emergência no caso de sufocamento por aspiração e, por último, não oferecer chupetas de corpo único em formato de laço. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347)

O autor descreve também os cuidados quanto à prevenção de acidentes como sufocamento / afogamento e cita que sempre se devem manter os sacos plásticos longe do alcance das crianças e jogar fora os grandes sacos depois de amarrá-los com um nó. Outro ponto é não cobrir com plástico os colchões, não utilizar travesseiros e usar colchões firmes e cobertores soltos. Assegurar-se de que o berço siga os padrões em relação ao formato, de maneira que o colchão possa encaixar-se firmemente (em relação às tiras dos estrados, que seguem uma distância de 6 cm entre si). Posicionar o berço distante de outros móveis e aquecedores, não amarrar a chupeta ao redor do pescoço da criança, remover babadores na hora em que ela for se deitar, nunca deixá-la sozinha no banho e não deixar o lactente com menos de 12 meses sozinho em camas de adulto ou perto de travesseiros muito moles. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347).

Quanto às quedas, é necessário sempre erguer as grades dos berços; nunca deixar o lactente em uma superfície elevada sem uma proteção; colocar a criança no chão quando estiver em dúvida sobre onde colocá-la; prender a criança na cadeira de bebê e nunca deixá-la sozinha se a cadeira estiver em superfície elevada. E, finalmente, evitar o uso de cadeira alta até que a criança consiga sentar-se, bem apoiada. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347).

Em relação ao envenenamento, o autor descreve que nessa faixa etária esse acidente não representa um grande perigo, porém é melhor iniciar a prevenção. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347).

Com relação às queimaduras o autor aponta quanto à instalação de detectores de fumaça. É imprescindível checar sempre a temperatura do líquido ao retirá-lo do microondas e antes de oferecê-lo à criança. Checar a temperatura da água para o banho; se a criança estiver perto ou no colo não manipular líquidos quentes. Atentar quanto às cinzas de cigarro, que podem cair nas crianças, não deixá-la exposta ao sol por mais de alguns minutos e manter as áreas que estão expostas cobertas. Lavar as roupas que são resistentes ao fogo conforme orientações da etiqueta, usar vaporizadores a frio; não deixar sozinha a criança dentro de carros e antes de colocá-la sentada; checar o calor superficial da cadeira de bebê. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347).

O autor também descreve algumas prevenções quanto aos acidentes com veículos motorizados, relatando que se deve transportar a criança de forma apropriada, voltada para a parte traseira do carro, preferencialmente no banco traseiro. Não se deve colocar a criança no banco do carro ou no colo, atrás de um carro estacionado, não sendo, também, aconselhável colocar uma criança que esteja em um carrinho. E, para finalizar, em carros com air - bag, não colocar a criança no banco dianteiro. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347).

Por fim, o autor descreve o acidente corporal e suas formas de prevenção nessa faixa etária, que consistem em evitar o uso de objetos pontiagudos e cortantes e manter longe das crianças os alfinetes de fraldas. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347).

A faixa etária de 4 a 7 meses apresenta algumas conquistas como rolar, sentar-se momentaneamente, segurar e manipular pequenos objetos, recuperar um objeto que caiu, possuir uma coordenação mão-olho bem desenvolvida, focalizar e localizar objetos pequeninos, colocar objetos na boca, poder elevar-se sobre as mãos e joelhos e engatinhar para trás. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347).

Nessa faixa etária o autor descreve a prevenção quanto ao acidente por aspiração, sufocação, quedas, envenenamento, queimaduras e lesão corporal.

Quanto aos acidentes por aspiração o autor aponta que se deve manter pequenos objetos fora do alcance das crianças, entre eles botões, contas, tampas de seringas e outros. Deixar o chão livre de pequenos objetos, não alimentar os lactentes com doces duros, nozes ou alimentos com sementes ou caroços, ou ainda salsichas inteiras ou em pedaços circulares. Atenção quando oferecer biscoitos, porque pedaços grandes podem quebrar-se e ser aspirados. Não alimentar a criança deitada; inspecionar brinquedos em busca de partes soltas; manter longe do alcance da criança o talco infantil; evitar o armazenamento de grandes quantidades de materiais de limpeza, tintas, pesticidas e outras substâncias tóxicas. Jogar fora os fracos de substâncias venenosas; não armazenar em frascos de alimentos substâncias tóxicas; jogar fora baterias de relógio e guardar baterias novas em lugar seguro. Também é necessário saber o telefone do centro de controle de envenenamentos. (HOCKENBERRY, 2006, p. 347).

Com relação aos acidentes por sufocamento, é necessário manter longe do alcance das crianças os balões de látex. Quando a criança começar a se apoiar sobre as mãos ou joelhos ou quando completar 5 meses, remover todos os brinquedos que estão pendurados nos berços ou cercadinhos. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

Quanto aos acidentes por quedas, as formas de prevenção consistem em prender a criança quando estiver em cadeira alta e manter os berços com as grades totalmente elevadas. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

Em relação aos acidentes por envenenamentos, descreve-se que é necessário ter a convicção de que a tinta utilizada nos móveis ou nos brinquedos não contém chumbo. Colocar em prateleiras altas ou armários fechados as substâncias tóxicas, não colocar no chão as plantas, mas pendurá-las ou colocá-las em superfície elevada. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

Quanto às queimaduras o autor aponta as formas de prevenção que consistem em colocar em uma superfície alta os objetos quentes como cigarros, velas e incenso, limitar a exposição ao sol e usar protetor solar nas crianças. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

E, para finalizar essa faixa etária, são necessárias algumas formas de prevenção também em relação aos acidentes que levam à lesão corporal, ocasionados pelos fatos de oferecer, às crianças, brinquedos lisos e arredondados, sobretudo, feitos de madeira ou de plásticos. Evitar brinquedos que são longos e pontiagudos e os que são muito barulhentos, e manter longe do alcance das crianças objetos cortantes. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

As crianças pertencentes à faixa etária de 8 a 12 meses apresentam algumas conquistas como rastejar/engatinhar, ficar de pé apoiando-se nos móveis e também ficar em pé sozinhas, passear ao redor dos móveis, caminhar, escalar, puxar objetos, arremessá-los, capacidade para agarrar objetos pequenos, já que têm a garra em pinça. Demonstram, outrossim, a capacidade de explorar, colocando os objetos na boca. Não gostam de ser restringidas, exploram longe dos pais, apresentando aumento da compreensão para comandos e frases simples. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

Na faixa etária em questão, o autor também aponta algumas formas de prevenção de acidentes por aspiração, sufocamento/afogamento, quedas, envenenamento e queimaduras.

Quanto à prevenção de acidentes por aspiração, são descritas algumas formas, tais como manter longe do alcance das crianças os pequenos objetos e também fora do chão e dos móveis. Em relação aos alimentos sólidos, oferecer às crianças pedaços pequenos, não utilizar brinquedos que são recheados com feijões e, também, não deixar a criança brincar com feijões secos. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

Em relação aos acidentes por sufocamento/afogamento, as formas de prevenção consistem em manter fechadas as portas de fornos, lavadoras de prato, geladeiras, congeladores, e lavadoras de roupa. Caso for guardar um eletrodoméstico que não será mais utilizado, como uma geladeira, remover a porta, supervisionar a criança em contato com balões inflados, jogar fora balões estourados e, em relação aos vazios, mantê-los longe do alcance das crianças. Cercar piscinas, supervisionar a criança em todo o tempo quando estiver perto de fonte de água, como baldes, áreas de esgoto e vasos sanitários, manter fechadas as portas dos banheiros, eliminar reservatórios de água que são desnecessários e

quando a criança estiver na banheira, manter uma mão sempre em contato com ela. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

Quanto aos acidentes por quedas o autor descreve que se devem evitar andadores, principalmente perto de escadas, assegurar-se de que os móveis estejam firmes o suficiente para que as crianças se apoiem com segurança. Cercar as partes superiores e inferiores da escada se a criança estiver em contato com qualquer uma das extremidades. Vestir a criança com roupas e calçados seguros, como solas que não prendam no chão, cadarços amarrados corretamente e calças que não toquem o chão. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

Com relação aos acidentes por envenenamentos, devem-se administrar os medicamentos como uma droga e não como um doce; não administrar medicamentos na criança a menos que estiver prescrito pelo médico; guardar os medicamentos e substâncias tóxicas imediatamente após o uso e tampar os frascos de forma adequada. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

Quanto às queimaduras o autor descreve que se devem colocar em frente ou ao redor de aquecedores, lareiras ou fornalhas alguns obstáculos, manter escondidos e fora do alcance das crianças os fios elétricos, colocar as tampas de proteção em tomadas elétricas e colocar móveis em frente às tomadas. Além disso, devem-se manter as toalhas de mesa longe do alcance das crianças, já que elas podem puxar e derrubar líquidos quentes ou objetos cortantes. (HOCKENBERRY, 2006, p. 348).

De acordo com Wong (1997 P. 340) a fase de 12 a 36 meses, também é conhecida como fase de infante, e é caracterizada como um período de exploração ambiental.

Devido a essa vontade de exploração devemos estar mais atentos, realizando sempre as prevenções citadas abaixo, de acordo com Wong (1997, p. 334 e 335).

Com relação a essa fase o autor aponta que a criança caminha corre e escala, sendo capaz de abrir portas e portões, andar de bicicleta e arremessar bolas e outros objetos. (WONG, 1997, p. 334).

As formas de prevenção de acidentes apontadas abaixo consistem em prevenção de acidentes com veículos motorizados, afogamentos, queimaduras, envenenamento e/ou intoxicações, quedas, sufocação e lesões corporais.

Em relação aos acidentes com veículos motorizados, as formas de prevenção consistem em sempre usar contenções aprovadas por lei, caso isso não seja possível, usar cinto abdominal, supervisionar a criança nos momentos em que ela brinca dentro de casa. Não deixar que a criança brinque em pilhas de folhas, neve ou com grandes caixas de papelão em áreas de tráfego; supervisionar a velocidade do triciclo, trancar grades e portões. Quando não poder observar diretamente as crianças, ensiná-las a obedecer às regras de segurança para pedestre, e obedecer às regras de trânsito, tais como esperar a um passo do meio-fio, até o momento de atravessar, sempre observar a esquerda, direita e esquerda novamente, olhar também carros que viram a esquina, antes de atravessar a rua e andar sempre nas calçadas, quando estas não existirem, andar no lado esquerdo, sempre no sentido contrário ao tráfego. (WONG, 1997, p. 334).

Quanto aos acidentes por afogamento o autor aponta que, nessa fase, a criança é capaz de explorar quando não está sendo observada por um adulto, tem grandes curiosidades, na água não tem consciência do perigo e de sua profundidade, por isso existem algumas formas de prevenção como supervisionar a criança de perto no momento em que ela estiver próxima a qualquer fonte de água, manter portas de banheiros sempre fechadas, colocar grades ao redor de piscinas, trancar o portão e ensinar a criança a nadar, assim como as medidas de segurança na água. (WONG, 1997, p. 334).

Com relação aos acidentes por queimaduras, o autor assegura que é nessa faixa etária que a criança começa a alcançar níveis mais altos, escalando, esticando e ficando em pé sobre as pontas dos dedos. Ela já pode puxar objetos, tocar qualquer orifício ou abertura, podendo, ainda, abrir gavetas e armários, não tendo conhecimento das fontes de calor e fogo e pode brincar com objetos mecânicos. E para prevenir os acidentes por queimaduras é necessário virar alças e cabos das panelas para dentro do fogão, colocar aparelhos elétricos, como pipoqueiras e cafeteiras no fundo dos balcões, guardar fósforos e isqueiros em ambiente trancado ou inacessível, e jogar cuidadosamente. Colocar alimentos quentes, velas e cigarros fora do alcance da criança, deixar pontas de tolhas de mesa fora do alcance da criança, não deixar pendurados fios de ferros elétricos, e nem de outros aparelhos que criança possa alcançar. Não deixar que a criança brinque com aparelhos elétricos, isqueiros ou fios, lembrar o perigo de chamas abertas, ensinando o que

significa “quente”, verificar sempre a temperatura antes do banho. Não permitir que as crianças brinquem com torneiras e, por fim, usar sempre filtro solar quando a criança for exposta ao sol. (WONG, 1997, p. 334).

Em relação aos acidentes por envenenamento e/ou intoxicações o autor descreve que nessa faixa etária a criança quer explorar objetos, colocando-os na boca, podendo, ainda, abrir armários, gavetas e recipientes. Não consegue ler rótulos e não tem conhecimento sobre dose e quantidades suficientes. Por isso, para prevenir esses acidentes, é necessário guardar todos os agentes potencialmente tóxicos em armários trancados ou longe do alcance da criança, tomar cuidados com a ingestão de itens que não são comestíveis, como plantas, trocar imediatamente medicamentos e venenos, colocando tampas de segurança, de maneira eficaz; administrar medicamentos como drogas, nunca como doce, nunca guardar grandes quantidades de agentes tóxicos, jogar adequadamente recipientes vazios de venenos. Ensinar à criança que não se deve brincar com caçambas de lixo, deixar sempre os rótulos nos recipientes com substâncias tóxicas e ter conhecimento do número e da localização do centro de intoxicações mais próximo. (WONG, 1997, p. 334).

Quanto aos acidentes por quedas, é nessa faixa etária que a criança pode abrir portas e algumas janelas, pode também descer e subir escadas, pois tem conhecimento de profundidade. (WONG, 1997, p. 335).

Para prevenir os acidentes por quedas é necessário manter tela na janela, bem fixada e grade, colocar portões no início e nos finais da escada, manter as portas trancadas ou usar coberturas de maçanetas em áreas elevadas, incluindo tubos de lavanderia e escadas, alpendres altos, retirar tapetes soltos ou inapropriados, colocar capachos antiderrapantes na banheira ou chuveiro, manter grades do berço elevadas, e o colchão em altura mais baixa; manter almofadas e brinquedos fora do berço ou de cercados, pois a criança pode tentar escalá-los. Evitar o uso de andadores, principalmente perto de escadas, vestir roupas seguras, os solados não devem prender nos assoalhos, laços de sapatos firmes, calças que não toquem o chão. Manter a criança contida no veículo, não deixá-la sozinha em carrinhos de compra, quando estiver em playground supervisioná-la, procurar solo macio e equipamentos seguros para área de lazer. (WONG, 1997, p. 335).

No caso de acidentes por sufocação, é nessa fase que a criança é capaz de colocar objetos na boca, podendo engolir coisas não-comestíveis de alimentos ou pedaços duros. Por este motivo a prevenção consiste em fatiar alimentos em pedaços pequenos, evitando pedaços grandes e arredondados, dar o menos possível frutas com caroços, passas secas, goma de mascar, peixes com osso, doces duros, amendoins, milho, marshmallow e uvas. Escolher sempre brinquedos grandes, com pequenas pontas e parte removíveis; quando guardar aparelhos antigos como fornos, remover a porta ou jogá-los fora; manter o transmissor da porta de garagem automática fora do alcance da criança e escolher caixas ou recipientes seguros, com dobradiças, sem tampas pesadas. (WONG, 1997, p. 335).

Com relação aos acidentes que causam lesões corporais o autor relata que é nessa fase que as crianças ainda estão desajeitadas em muitas habilidades, distraíndo-se facilmente, pois não têm conhecimento do perigo e de pessoas estranhas. Por isso como forma de prevenção é necessário evitar dar objetos pontiagudos ou pontudos como facas, palitos de dente e tesouras, principalmente quando estiverem correndo; nunca deixar objetos como pirulitos ou semelhantes na boca quando estiver andando ou correndo; ensinar orientações de segurança como carregar faca ou tesoura com a ponta para baixo, guardar em armários trancados instrumentos perigosos como armas de fogo e equipamentos de jardinagem. (WONG, 1997, p. 335).

O autor ressalta também a importância de ficar alerta quanto ao perigo de animais observados e animais de estimação doméstica, em portas de vidros ou grandes vidraças, usar vidros de segurança e decalque. Ensinar à criança seu nome, telefone, endereço e instruí-la a pedir ajuda às pessoas apropriadas como guarda de segurança, caixas e policial quando se perder. Manter identificação visível nas roupas ou dentro do sapato; dar orientações em relação a estranhos em locais públicos; evitar roupas personalizadas; ensiná-la a nunca acompanhar estranhos; avisar aos pais se alguém fez com que a criança, de qualquer maneira, se sentisse desconfortável. Em relação ao comportamento dos outros, sempre escutar as preocupações da criança e ensinar-lhe a dizer “não” quando confrontada com situações que não lhe agrada. (WONG, 1997, p. 335).

De acordo com Wong (1997 p.353) o período de 3 a 5 anos de idade é compreendido como os anos da pré-escola e, ainda segundo a autora, em geral, a

prevenção de acidentes sugerida na fase inicial da infância (infante) também se aplica às crianças nessa faixa etária. Alguns pontos são citados nessa faixa etária e, segundo Wong (1997 p.352), devido às habilidades motora, grossa e fina, da coordenação e do equilíbrio aumentados, os pré-escolares estão menos susceptíveis a quedas do que as crianças menores. Têm a tendência de serem menos despreocupados, escutam mais as regras dos pais e estão mais cientes dos perigos potenciais, em relação a objetos quentes, instrumentos pontiagudos e alturas perigosas. Quanto ao hábito de colocar objetos na boca, não é considerado mais uma preocupação, porém a intoxicação constitui ainda um perigo. Atividades como brincar na rua, andar de triciclos, correr atrás de bolas ou esquecer as regras de segurança ao atravessar ruas propiciam o aumento dos acidentes de pedestres por veículos motorizados. Outro ponto citado foi que os pré-escolares são grandes imitadores, sendo particularmente essencial que os pais deem o exemplo praticando aquilo que fala. As crianças percebem rapidamente a diferença entre o que lhes é dito para fazer e o que eles veem os outros fazerem. Estabelecer hábitos como uso de capacetes para bicicletas, e promover comportamentos de segurança de longa duração.

Segundo Wong (1997 P. 412) os anos escolares ou fase intermediária da infância se estende de 6 a 12 anos de idade, sendo este um período confortável.

Mas devido aos acidentes ocorridos, é uma fase que também necessita de prevenção, e de acordo com Wong (1997 P. 410 e 411), as formas de prevenção consistem em acidentes com veículos motorizados, afogamentos, queimaduras, intoxicação e lesões corporais.

Nesse período a criança está cada vez mais envolvida com atividades fora do ambiente doméstico, excitando-se com velocidade e movimento, podendo distrair-se com o ambiente. Daí a necessidade da prevenção dos acidentes por veículos automobilísticos, sendo citadas as formas de prevenção, como, ensinar a criança em relação ao uso correto de cintos de segurança. Quando for passageiro em um veículo, deve-se manter os braços para dentro deste; nunca falar com o motorista, e nem se inclinar contra as portas; lembrar o comportamento de medidas de segurança de pedestre e insistir quanto ao uso de equipamentos de segurança como capacetes ao andar de bicicletas ou motocicletas. (WONG, 1997, p. 410).

Em relação aos acidentes por afogamento o autor cita que é nessa idade que as crianças se exercitam muito para aperfeiçoar suas habilidades, devendo ser cautelosos, porém não temem e gostam de natação, portanto, como medidas preventivas é necessário ensinar a criança a nadar e também as medidas básicas de segurança na água. Escolher locais adequados e supervisionados para tal, antes de mergulhar, verificar a profundidade da água, sempre estar com um acompanhante ao nadar. Na água ou no barco, usar aparelho de flutuação aprovado, usar grades ao redor da piscina, aplicando a legislação e capacitação sobre a ressurreição cardiopulmonar (RCP). (WONG, 1997, p. 410).

Quanto aos acidentes por queimadura, o autor relata que é essa a fase em que a criança tem vontade de aprender novas coisas, quer ser independente, gosta de novidades e devido a isso algumas formas de prevenção são consideradas, como: orientar a criança em áreas que envolvem perigo de queimadura como churrasqueiras, gasolinas, fósforo, fluido de isqueiro, equipamentos químicos, utensílios de cozinha. Orientá-la também a não empinar pipas perto de fios de alta tensão, orientá-la no comportamento correto, no caso de incêndio como usar extintores em casa ou na escola, por exemplo, e ensinar-lhe a cozinhar de forma correta como usar fogo baixo, evitar frituras, serem cautelosas nas queimaduras por vapor, principalmente em microondas. (WONG, 1997, p. 410).

Em relação aos acidentes por intoxicação é nessa fase que a criança adere às regras do grupo e acaba sendo obediente aos amigos, sendo necessário orientar a criança a dizer “não” quando alguém lhe oferecer álcool, drogas ilícitas ou perigosas, ensinar à criança em relação aos perigos de tomar algum medicamento e manter produtos perigosos longe dela, e corretamente rotulados. (WONG, 1997, p. 410).

Quanto aos acidentes que causam lesões corporais o autor cita que nessa fase a criança adquire um aumento das habilidades físicas, necessitando de atividade física extenuante. Gosta de adquirir novas habilidades e aperfeiçoar as adquiridas. É ousada, gosta de brincar em ambientes perigosos e deseja a fidelidade do grupo de amigos. O crescimento na altura é maior que a coordenação muscular, sendo apontadas algumas formas de prevenção como ajudar a encontrar lugares para recreações supervisionadas, orientar quanto às brincadeiras em lugares seguros, manter armas de fogo adequadamente trancadas, exceto quando um

adulto estiver supervisionando. Ensinar cuidados corretos em relação a aparelhos de risco, como instrumentos motorizados e fogos de artifício. Orientar as crianças a não mexer com os cães, invadir seus territórios, pegar brinquedos ou interferir na sua alimentação. Relembrar a prevenção com os olhos, ouvidos e boca quando utilizar objetos ou aparelhos de risco, ou quando praticar esportes perigosos; ensinar medidas adequadas quanto ao uso de aparelhos corretivos como óculos e lentes de contato, observando o tempo de duração. Relembrar quanto ao uso e manutenção de equipamentos adequados e seguros para esporte e lazer como patins e skate; orientar a criança a ter cautela em esportes perigosos, como por exemplo, em trampolins, em grandes áreas envidraçadas, como portas deslizantes de vidro, usar óculos de segurança e decalques. Ensinar o nome, endereço e número de telefone, orientando que as crianças devem pedir ajuda a pessoas apropriadas como caixa, policial e segurança. Sempre ensinar à criança segurança pessoal em locais públicos; evitar roupas personalizadas; orientá-la a nunca acompanhar pessoas estranhas e a contar aos pais se alguém a molestou de qualquer maneira, em relação ao comportamento dos outros; sempre ouvir as preocupações da criança e lembrá-la de dizer “não” em situação desconfortável. (WONG, 1997, p. 410, 411).

CAPÍTULO 5- METODOLOGIA

5.1 - LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Assis onde ficam armazenadas as fichas de atendimento do Pronto Socorro Municipal de Assis.

5.2 - ESTUDO

A pesquisa tem caráter retrospectivo, descritivo e quantitativo, pois foi feito o levantamento de forma aleatória das fichas de atendimento do Pronto Socorro Municipal de Assis e seguiu-se um roteiro em anexo no trabalho, para levantamento dos dados de acordo com os objetivos propostos.

5.3 - AMOSTRA

Consistiu no levantamento das fichas de atendimento do Pronto Socorro Municipal de Assis do período de junho a dezembro de 2009 de forma aleatória, sendo analisadas 40 fichas de crianças na faixa etária de 29 dias a 12 anos, vítimas de acidentes.

5.4 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizadas algumas questões que serviram como roteiro de pesquisa, sendo essas: faixa etária da criança, sexo, parte do corpo em que a criança sofreu a lesão e como aconteceu, todas passíveis de serem respondidas. Outras questões que foram elaboradas não puderam ser respondidas por falta de informações nas fichas, que serão apresentadas a seguir: tipo de acidente doméstico, local da casa em que aconteceu o acidente, quem estava com a criança na hora em que ocorreu,

data do acidente, condições de alta, o período em que houve o acidente e qual o CID.

Devido à falta de informações quanto ao tipo de acidente doméstico e o local da casa em que aconteceu a pesquisa foi modificada de acidentes domésticos para os de todos os tipos, podendo ser caracterizada pelo levantamento de todos os tipos de acidentes que afetaram as crianças na faixa etária de 29 dias a 12 anos, independente do local em que ocorreu.

Assim, foram elaboradas algumas questões para atender à necessidade da pesquisa, entre elas: tipo de acidente que a criança sofreu, data do atendimento, o período em que a criança foi atendida e, por último, se a criança apresentou sinais e sintomas.

A pesquisa foi realizada nos dias 5, 6,7 e 13 de julho de 2010 no período da tarde, das 13h00min às 17h00min, ressaltando-se que esta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Assis.

5.5 - ANÁLISE

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel. Os resultados serão demonstrados através de gráficos e tabelas. Em conjunto com os resultados estarão as discussões, desse modo os gráficos e tabelas serão analisados de forma comparativa com outros autores que apresentam a mesma linha de pesquisa com crianças, tendo como objetivo uma maior contribuição científica e também para uma melhor compreensão da realidade local com a de outros estudos e regiões do país, promovendo uma visão mais ampla do enfermeiro. O nosso levantamento bibliográfico constou de algumas referências, sendo estas encontradas no acervo da Faculdade e base de dados como: Bireme, Scielo e Google Acadêmico.

5.6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa são referentes aos 40 prontuários analisados do Pronto Socorro Municipal de Assis que relataram acidentes com crianças nessas faixas etárias.

Com relação à faixa etária e ao gênero das crianças que deram entrada no Pronto Socorro após terem sofrido algum tipo de acidente, temos a representação gráfica descrita abaixo.

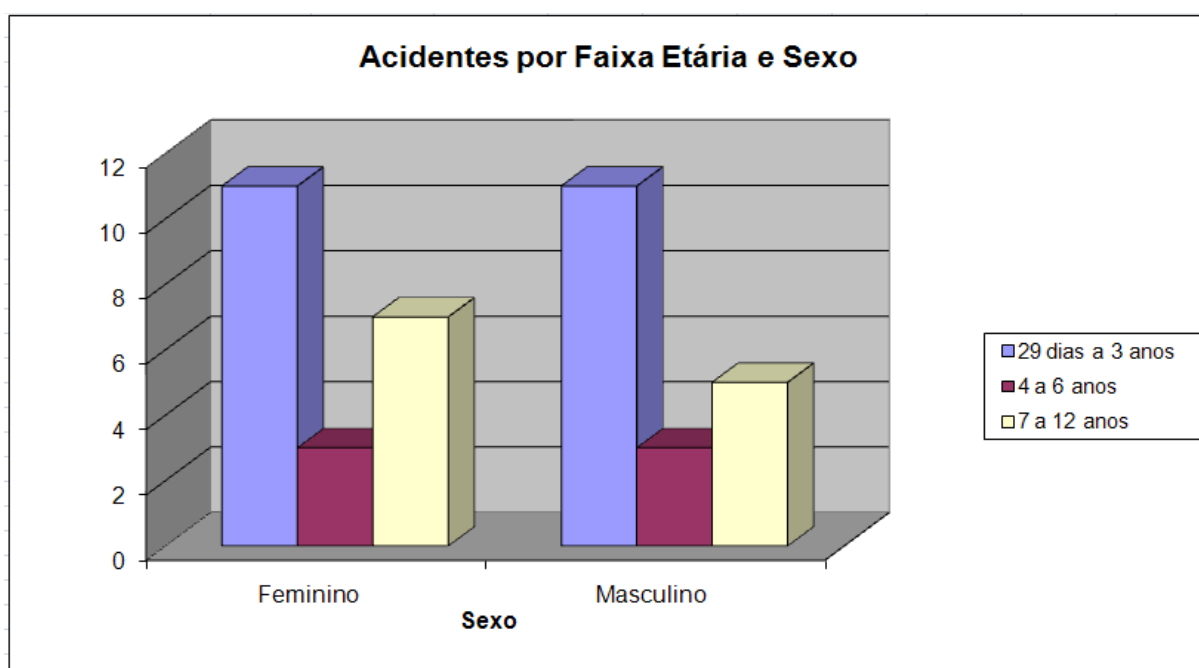


Figura 11 – Acidentes por Faixa Etária

Quanto ao sexo das crianças na faixa etária de 29 dias a 3 anos foram encontrados 11 casos no sexo feminino e 11 casos no sexo masculino, totalizando 22 casos sendo a faixa etária mais afetada. Na faixa etária de 4 a 6 anos foram encontrados 3 casos no sexo feminino e 3 no masculino, totalizando 6. E, por último, na faixa etária de 7 a 12 anos foram encontrados 7 casos no sexo feminino e 5 no sexo masculino totalizando 12 casos, observando-se, ainda, que foi nesta faixa etária que as meninas foram mais afetadas pelos acidentes.

Em relação aos estudos de Filócomo; et al (2002), foram encontradas faixas etárias semelhantes, porém, dados diferenciados em relação aos resultados

encontrados acima, pois sua amostra constitui-se de 890 crianças e, verificou-se que a idade mais atingida é a de 7 a 11 anos (41,0%) seguida da de 1 a 3 anos (29,8%).

Observando que a faixa etária mais atingida foi a de 29 dias a 3 anos na nossa pesquisa, conclui-se que provavelmente esse resultado se deve ao fato de que é nessa fase que a criança começa a sentar com 6 meses, a andar com 1 ano, aproximadamente, porém ainda com pouco equilíbrio e também a promover atividades mais dinâmicas como correr e escalar, propiciando talvez acidentes como quedas da própria altura e de outros lugares.

Segundo, porém, nos estudos de Filócomo observa-se que a faixa etária mais atingida foi a de 7 a 11 anos, provavelmente pelo fato que nessa fase as crianças se envolvem em atividades mais ativas como andar de bicicleta, jogar futebol, vôlei e também possuem mais liberdade, promovendo maior susceptibilidade aos acidentes como quedas, atropelamento e contusões.

Em relação ao gênero das crianças que fizeram parte da pesquisa chegou-se aos seguintes resultados, representados no gráfico abaixo:



Figura 12 – Número de Amostras por Sexo

Quanto à incidência total independente da faixa etária, constatou-se que 52% dos pacientes eram do sexo feminino e 48%, do masculino.

Esperava-se, anteriormente à pesquisa, que a maior incidência se daria em meninos, porém os resultados mostraram-se diferentes apontando uma maior incidência nas meninas. Essa afirmação se deve a alguns trabalhos consultados, cujos resultados mostraram uma maior incidência em meninos. Como exemplo podemos citar Filócomo; et al (2002) que, do total da amostra do estudo (890 crianças), 499 (56,1%) eram do sexo masculino e 391 (43,9%) eram do sexo feminino, sendo justificado pelos autores o fato de que o predomínio do sexo masculino no que diz respeito aos acidentes na infância, é explicado, provavelmente, pela diferença de atividades desenvolvidas em cada sexo, estando o menino mais exposto às atividades dinâmicas que envolvem maior risco, enquanto, por outro lado, as meninas possuem atividades mais tranquilas. Outro fator é que os meninos possuem liberdade mais cedo que as meninas e realizam mais atividades sem a supervisão de um adulto, ficando mais expostos a situações de risco.

Acredita-se de acordo com os dados apresentados que as meninas também possuem liberdade mais cedo devido ao fato talvez da pouca presença e supervisão dos pais, pois estes necessariamente precisam trabalhar deixando suas filhas mais susceptíveis aos acidentes tanto em casa na realização dos serviços domésticos quanto na comunidade com atividades mais dinâmicas, como as brincadeiras mais ativas, pois na figura 11 observamos que as meninas na faixa etária de 7 a 12 anos foram mais afetadas pelos acidentes do que os meninos.

Quanto à relação dos tipos de acidentes encontrados na pesquisa levantada através dos prontuários das crianças que deram entrada no Pronto Socorro, obtiveram-se os seguintes resultados, conforme mostra o gráfico abaixo:

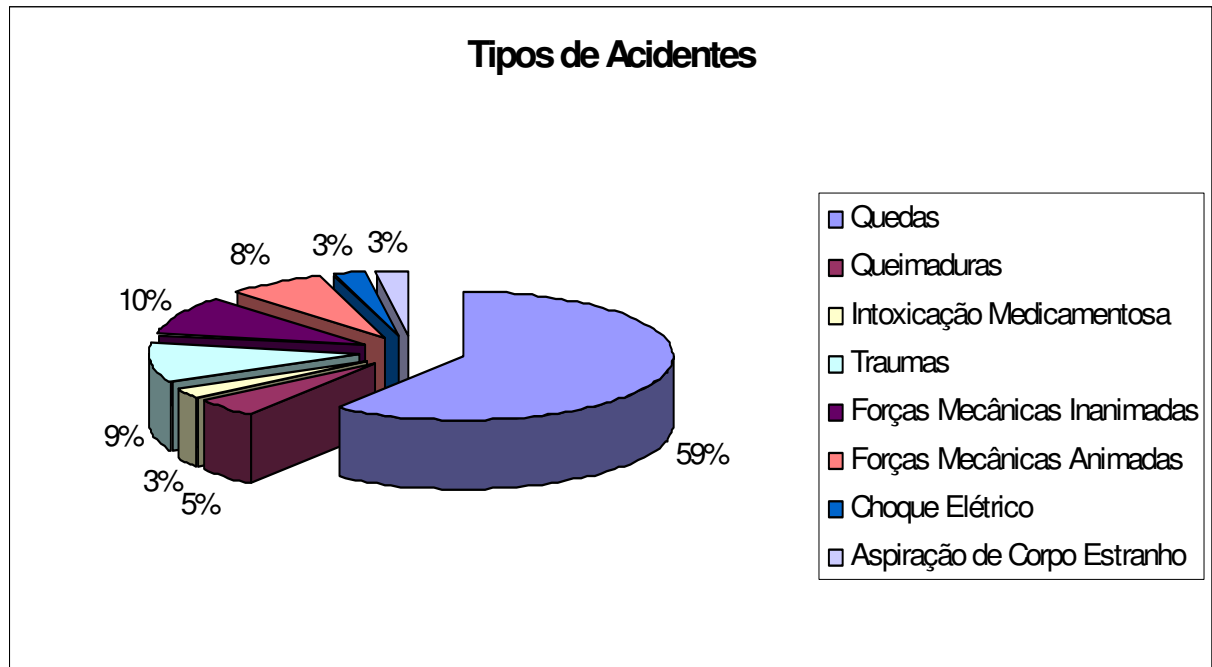


Figura 13 – Tipos de Acidentes

Observações quanto à classificação dos acidentes:

Os traumas englobam as torções e as entorses. A fim de delinear essa classificação foram utilizadas algumas definições de autores.

Para classificar torção como trauma utilizou-se da definição de (Brooks S.C., Potter B.T., Rainey J.B, 1981): “A torção é o evento traumático mais comum em todo o mundo, especialmente entre os atletas”. Apud (NERY, Caio et al, 1999).

Em relação às entorses Smeltzer & Bare (2002) classificam como sendo “a lesão dos ligamentos que circundam uma articulação, provocada por um movimento de torção ou tração violenta”. apud LIBERATO, et al, (pg 07, 2003).

Devido ao fato de as entorses serem lesões provocadas por um movimento de torção, classificado como evento traumático, decidiu-se englobar os casos diagnosticados como entorses no grupo de traumas.

Em relação à classificação dos acidentes por força mecânica inanimada (Introdução de corpo estranho no nariz, Compressão de dedo, Corte com canivete

em polegar) e à força mecânica animada (Mordedura canina e Picada de abelha), utilizaram-se das classificações que estão de acordo com Martins e Andrade (2005) citadas, de forma semelhante, nos resultados de sua pesquisa.

Totalizando os dados observou-se, quanto aos tipos de acidentes, que as quedas foram as mais incidentes em 24 casos (59%) e quanto aos traumas foram contados 4 casos (9%). Em relação às forças mecânicas inanimadas foram constatados 4 casos (10%). As forças mecânicas animadas foram incidentes em 3 casos (8%), as queimaduras em 2 casos (5%), o choque elétrico em 1 caso (3%) e a aspiração de corpo estranho em 1 caso (3%).

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo segundo Malta; et al (2009) numa amostra de 8.309 acidentes envolvendo crianças no ano de 2006, e 53.788 no ano de 2007, em que as quedas foram encontradas em mais da metade dos atendimentos.

Realizando uma análise comparativa dos dados apresentados na figura 11, onde as crianças na faixa etária de 29 dias a 3 anos foram as mais afetadas pelos acidentes e que nas figuras 13 e 14 as quedas foram as mais incidentes de forma geral e também nessa faixa etária, conclui-se que provavelmente deve-se ao fato de que as crianças estão em uma fase de maturação motora e “associativa” e de descobertas como da questão de sentar, andar e correr onde estão mais susceptíveis as quedas do mesmo nível e de outros lugares, como de camas, berços, cercadinhos sem proteção e trocadores.

O gráfico abaixo demonstra a relação entre os tipos de acidentes por faixa etária, sendo possível a visualização dos tipos de acidentes que mais afetam as crianças em cada faixa etária.

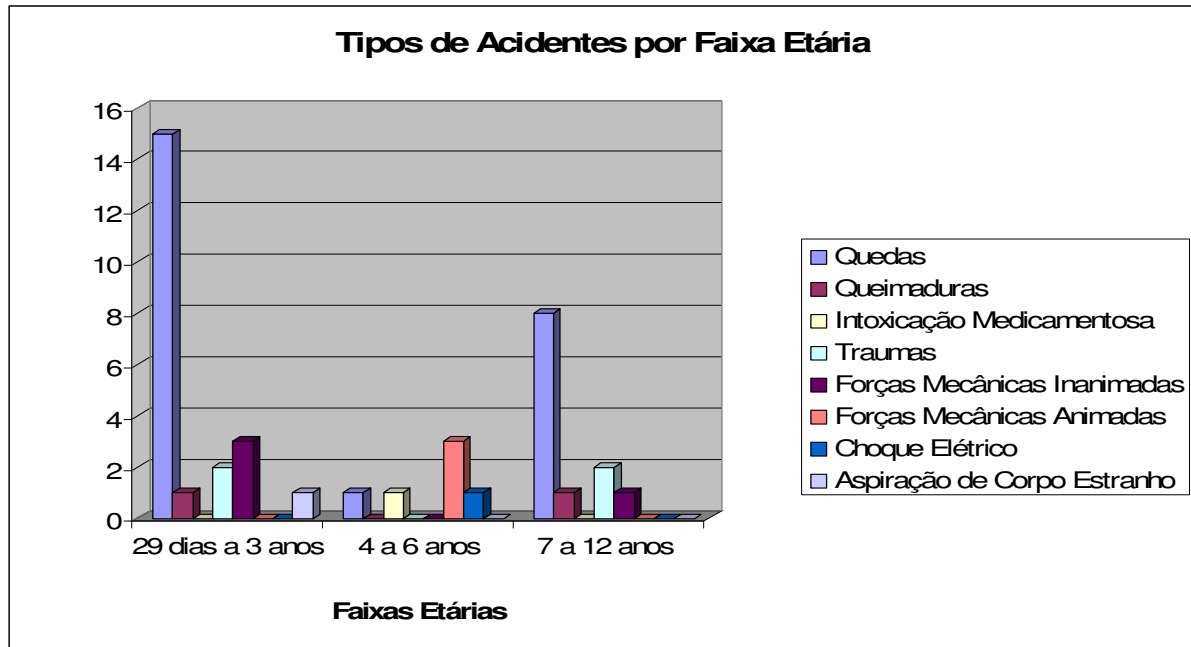


Figura 14 – Tipos de Acidentes por Faixa Etária

Em relação ao tipo de acidente que mais afetou as crianças na faixa etária de 29 dias a 3 anos, estão as quedas, de forma geral, sendo que, de 22 casos 15 foram quedas. Quanto à faixa etária de 4 a 6 anos, observou-se que as forças mecânicas animadas foram as mais evidenciadas, totalizando 3 dos 6 casos encontrados nessas idades. Em relação à faixa etária de 7 a 12 anos, observou-se que as quedas foram as mais incidentes em 8 dos 12 casos encontrados.

Quanto aos estudos encontrados por Filócomo; et al (2002), observou-se que, do total da amostra de 890 crianças, o tipo de acidente mais comum na faixa etária de menores de 1 ano e, entre 1 a 3 anos foi a queda, justificado pela fase de maturação motora, cognitiva e psicossocial onde essas crianças se encontram; fase esta em que aprendem a conhecer seus limites e adaptar-se ao meio. Com relação às quedas, estas permaneceram em níveis elevados em crianças acima de 4 anos, explicado, provavelmente, pelo fato de estarem envolvidas em atividades de lazer e esporte dentre as quais se destacam os jogos, bicicleta, patins e outros.

De maneira específica serão apresentados os tipos de quedas, traumas, forças mecânicas inanimadas e animadas por faixa etária, pois os outros acidentes já foram apresentados, de forma geral, sem necessidade de serem apresentados de forma específica já que se tratam de acidentes únicos.

Em relação às quedas observou-se, durante a pesquisa, que os locais dos acidentes eram variáveis, permitindo a criação de um gráfico que especificasse, de forma mais clara, a relação entre os locais em que sofreram as quedas e as faixas etárias que foram acometidas por esse acidente.

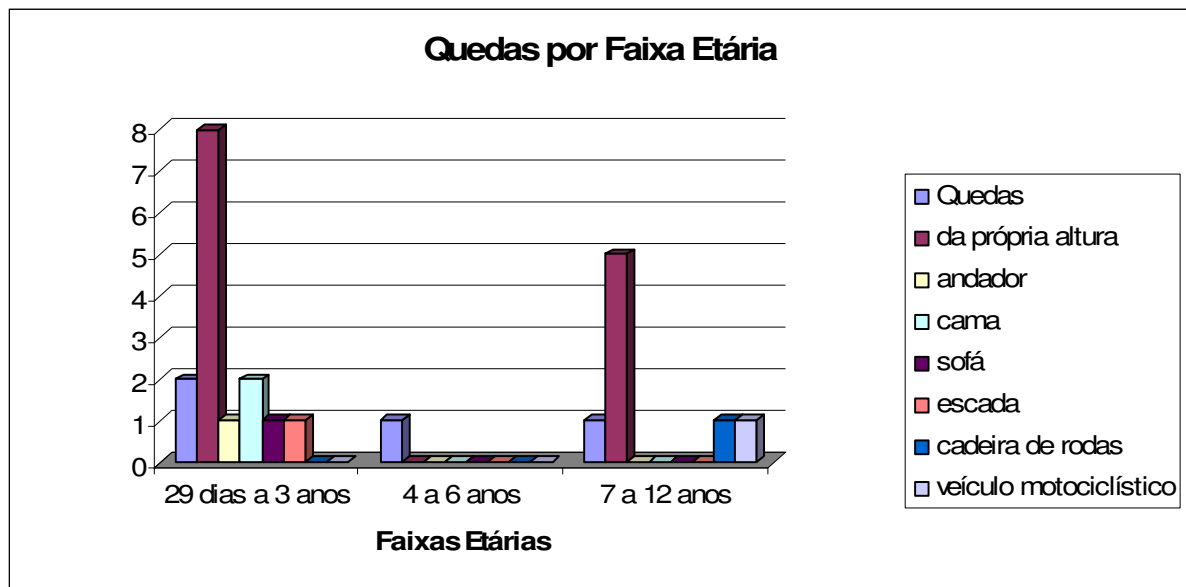


Figura 15 – Quedas por Faixa Etária

Observou-se que na faixa etária de 29 dias a 3 anos a queda da própria altura foi a mais incidente, com 8 casos, dados semelhantes foram encontrados na faixa etária de 7 a 12 anos, em que a queda da própria altura também prevaleceu, com 5 casos, e, por fim, na faixa etária de 4 a 6 anos houve apenas um caso de queda.

De acordo com Malta; et al (2009) nos resultados de seus estudos em uma amostra de 8.309 acidentes envolvendo crianças no ano de 2006, e outra de 53.788 acidentes no ano de 2007, foi observado que as quedas do mesmo nível foram mais frequentes em todas as faixas etárias, seguidas das de outras alturas, em crianças maiores de 1 ano.

Devido a toda a discussão realizada nas figuras anteriores, observa-se que a queda da própria altura foi a mais incidente nas faixas etárias de 29 dias a 3 anos e de 7 a 12 anos, acredita-se respectivamente que estes resultados se devem ao fato do incompleto desenvolvimento motor e de uma maior liberdade nas brincadeiras mais ativas sem a supervisão dos pais.

Observou-se também a necessidade de se aplicar um gráfico que ressaltasse os locais em que ocorreram as quedas, porém de uma forma geral, incluindo todas as faixas etárias.

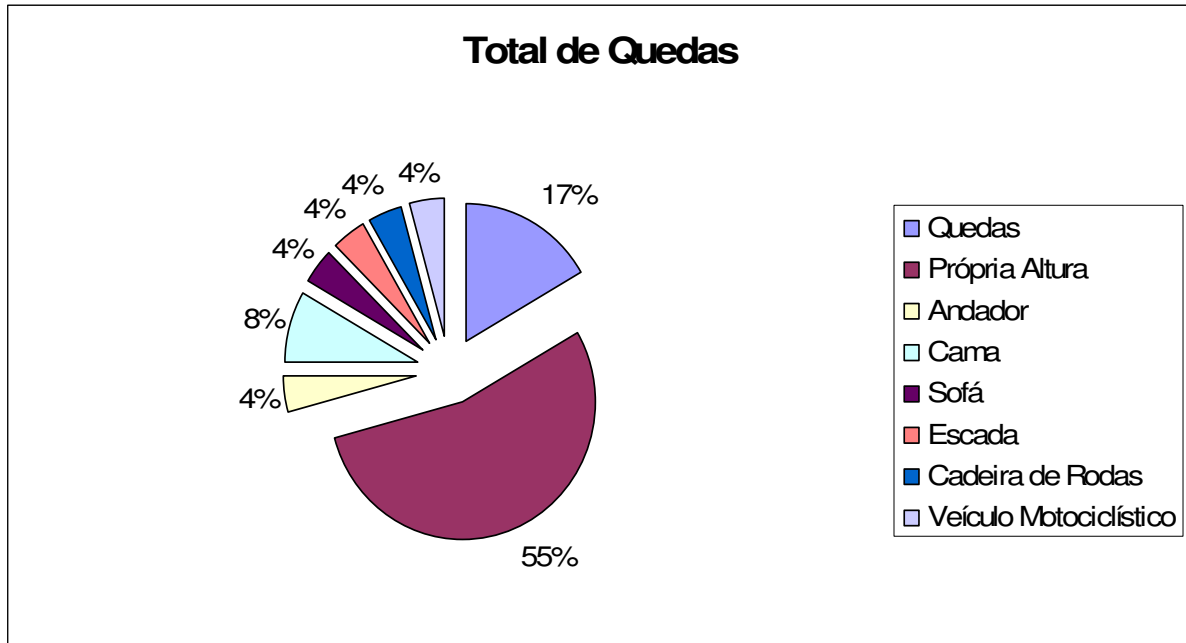


Figura 16 – Total de Quedas

Em relação aos tipos de quedas, observou-se que as da própria altura foram as mais incidentes nas crianças, com 13 casos (55%).

Em relação à amostra estudada por Filócomo; et al (2002) que foi de 890 crianças, observaram-se dados semelhantes, pois, desse total de amostra a maioria foi decorrente de queda (46,9%), sendo que, na análise primária dos dados verificou-se que 254(60,9%) decorreram da própria altura e 39,1% de outros lugares: cama (13,5%), bicicleta (12,3%), escada (9,2%), cadeira (6,1%), muro (6,1%) e outros.

Para especificação dos tipos de traumas encontrados achou-se necessária a criação de um gráfico, sendo descrita abaixo a relação dos tipos de traumas encontrados em cada faixa etária.

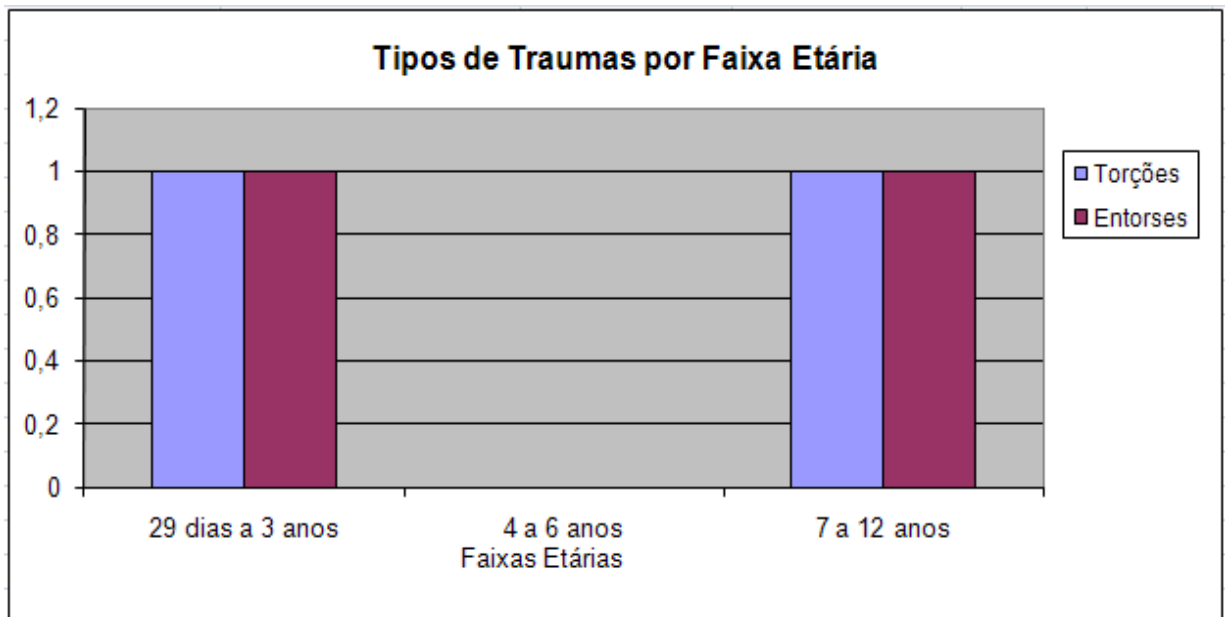


Figura 17 – Tipos de Traumas por Faixa Etária

Em relação aos traumas, as faixas etárias de 29 dias a 3 anos e de 7 a 12 anos se igualaram nos resultados, pois ocorreu 1 caso de torção e 1 caso de entorse em cada faixa etária e nenhum caso de trauma na faixa etária de 4 a 6 anos.

Nos estudos de Junior; et al (2005) foram encontrados resultados quanto às entorses. A amostra constitui-se de 340 protocolos preenchidos corretamente e conclui-se, de acordo com esta, que os tipos de lesões encontrados foram a contusão em 46% dos casos, a fratura em 30% e a entorse em 14%.

Diante de três variáveis que foram estipuladas dentro do grupo das forças mecânicas inanimadas, observou-se a necessidade da criação de um gráfico que pudesse demonstrar, de forma específica, quais são essas variáveis que serão demonstradas abaixo com relação a cada faixa etária estipulada na pesquisa.

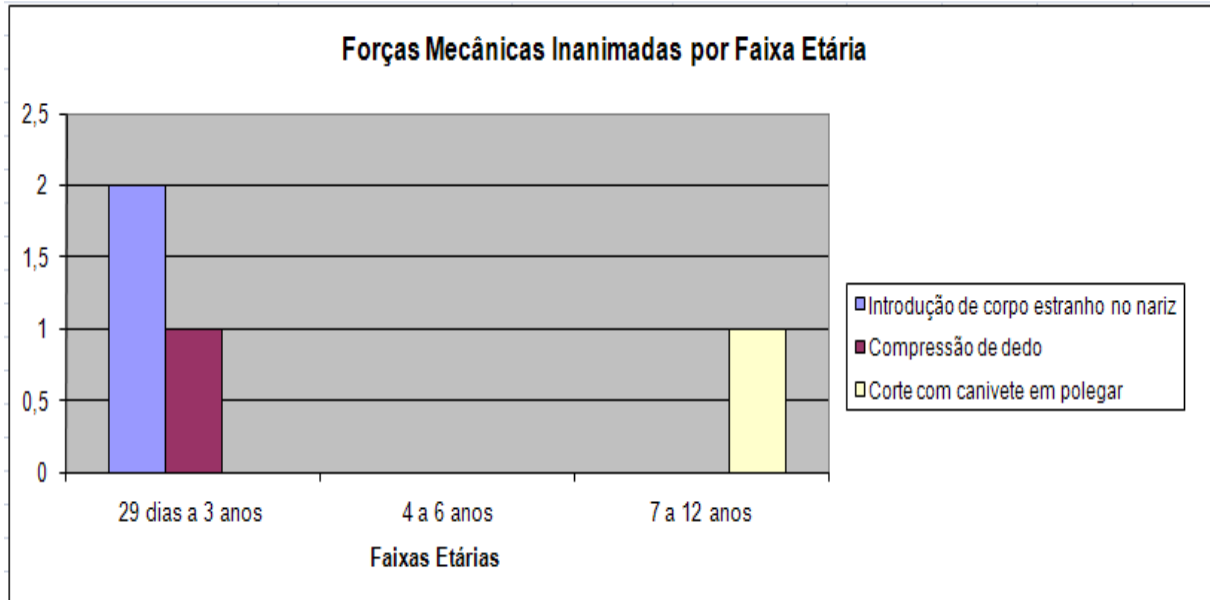


Figura 18 – Forças Mecânicas Inanimadas por Faixa Etárias

Quanto às forças mecânicas inanimadas, foram 2 casos de introdução de corpo estranho no nariz na faixa etária de 29 dias a 3 anos, sendo o acidente mais prevalente, e apenas 1 caso de compressão de dedo. Na faixa etária de 7 a 12 anos houve 1 caso de corte com canivete em polegar e, finalmente, a faixa etária de 4 a 6 anos não apresentou nenhum acidente por forças mecânicas inanimadas.

De acordo com os estudos de Martins e Andrade (2005), através da amostra de 8.854 crianças menores de 15 anos, vítimas de acidentes ou violências - sendo que 95,7% (8.472) foram atendidas no Pronto Socorro e liberadas - foram encontrados os seguintes resultados: entre as vítimas atendidas somente em Pronto Socorro, com alta, presenciaram-se o predomínio de quedas (33,9%), seguido de eventos de intenção indeterminada (31,8%), acidentes causados por forças mecânicas inanimadas (15,5%) especialmente por penetração de corpo estranho em orifício natural (4,6%) ou através da pele (3,2%) e acidentes de transporte (7,0%).

Provavelmente estes acidentes estão ocorrendo porque a enfermagem não está desenvolvendo bem o seu papel de orientadora de saúde ou por falta de cuidados e supervisão dos pais em relação os filhos?

Pelo fato de se tratar de três variáveis dentro do grupo das forças mecânicas inanimadas, achou-se necessária a estipulação de um gráfico, que tem como objetivo demonstrar a porcentagem de cada uma, de forma geral.

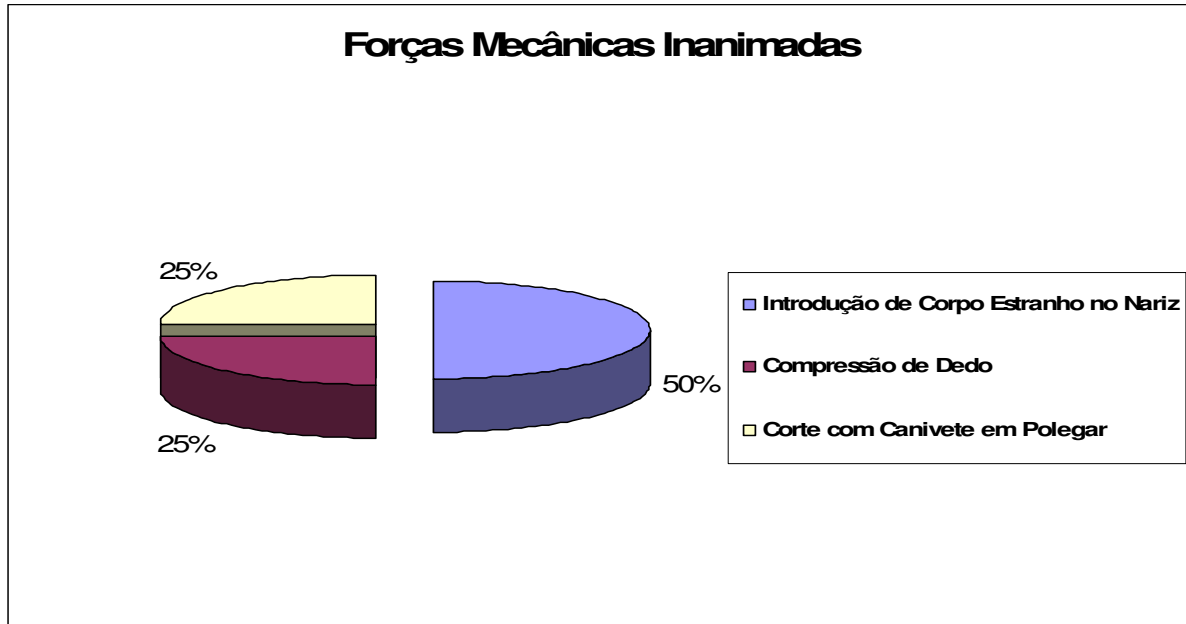


Figura 19 – Forças Mecânicas Inanimadas

Em relação às forças mecânicas inanimadas constatou-se que a introdução de corpo estranho no nariz foi o acidente mais frequente com 50% dos casos; os acidentes por compressão de dedo, com 25% dos casos e corte com canivete em polegar, também com 25% dos casos. Em relação à discussão, este gráfico se assemelha com as considerações do gráfico anterior, que traz a discussão do artigo de Martins e Andrade (2005).

Em relação às forças mecânicas animadas encontraram-se duas variáveis dentro desse grupo, sendo estipuladas de forma específica no gráfico abaixo e relacionada com a incidência em cada faixa etária.

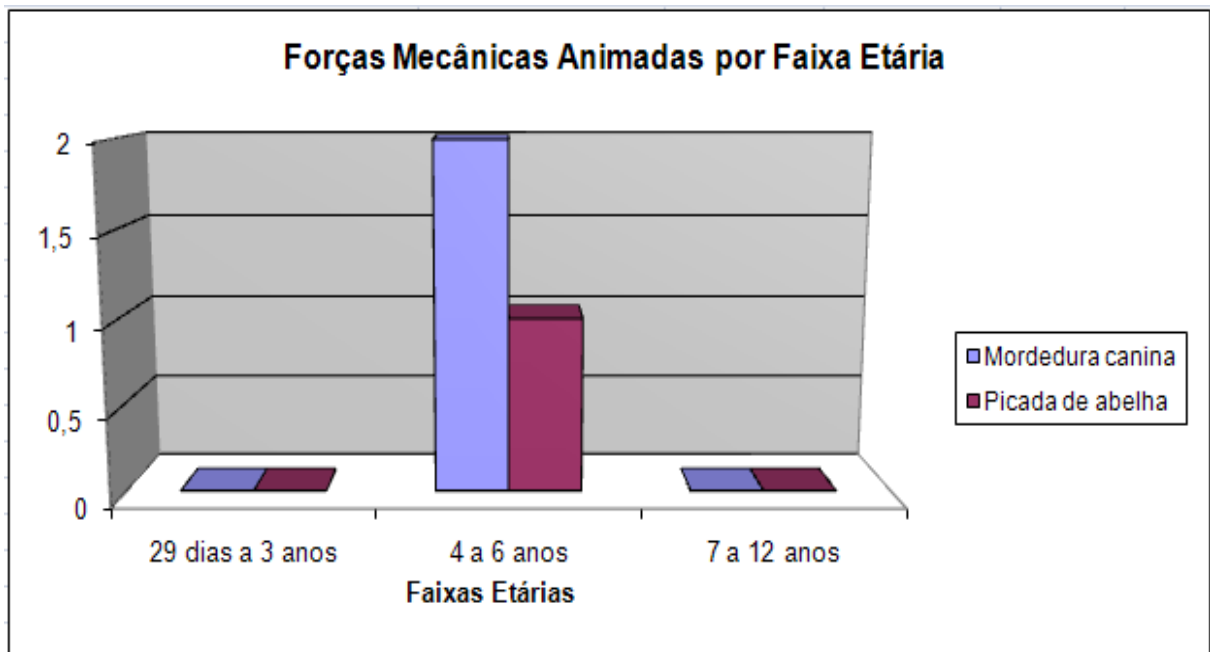


Figura 20 – Forças Mecânicas Animadas por Faixa Etária

Em relação às forças mecânicas animadas observou-se que a faixa etária que apresentou alguns acidentes foi a de 4 a 6 anos, em que prevaleceu mordedura canina com 2 casos e 1 caso de picada de abelha e nas faixas etárias de 29 dias a 3 anos e de 7 a 12 anos não houve nenhum acidente por forças mecânicas animadas.

Nos estudos de Baracat (2000), no total de amostra de 3.214 crianças vítimas de acidentes observou-se que, juntamente com o trauma, as mordeduras e as picadas incidiram predominantemente em crianças acima de 5 anos, provavelmente oriundas das características deste grupo etário em sua relação com o meio ambiente.

De acordo com os resultados observa-se que nesta faixa etária as crianças estão em maior contato com o meio ambiente, devendo ser orientadas pelos pais quanto aos perigos existentes no meio ambiente e que podem levar a um acidente causando trauma físico e psicológico, como no caso da mordedura canina e picada de abelha.

Quanto à região do corpo das crianças que mais foi afetada pelos acidentes levantados na pesquisa, obtém-se os resultados que estão estipulados no gráfico abaixo.

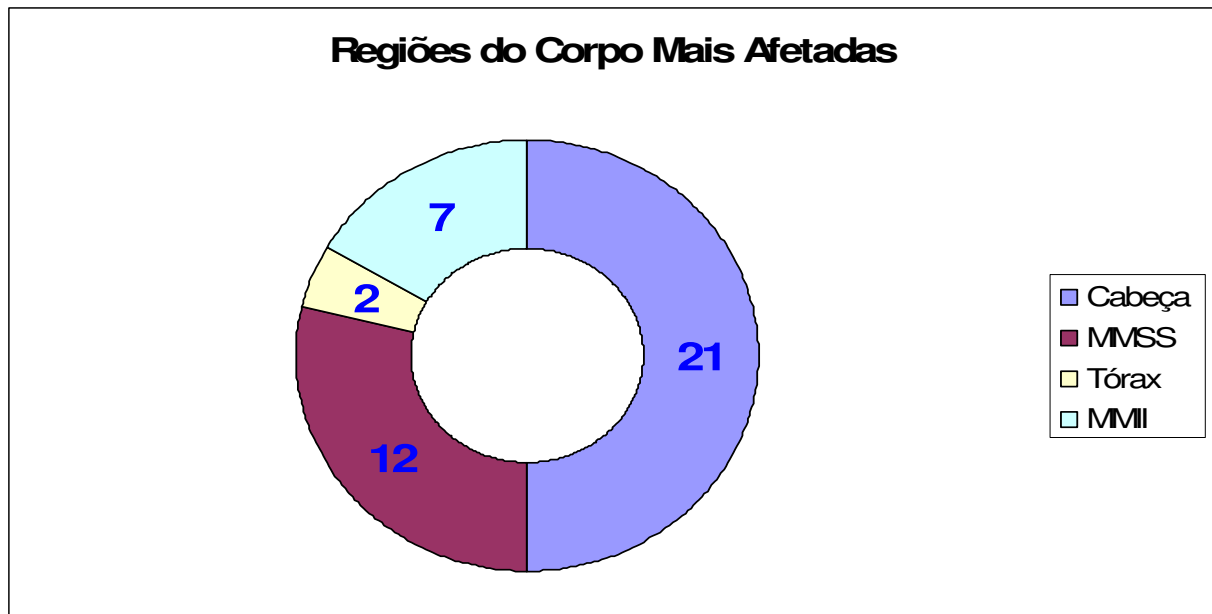


Figura 21 – Regiões do Corpo Mais Afetadas

Quanto à parte do corpo em que a criança sofreu a lesão, a região mais afetada foi a cabeça, com 21 lesões, cujas regiões mais atingidas foram a frontal e occipital, com 3 casos cada.

A segunda região mais afetada foram os MMSS (membros superiores) com 12 lesões, sendo que as mãos esquerdas e direitas foram mais atingidas, com 3 casos em cada região apresentada. Nos MMII (membros inferiores) foram totalizadas 7 lesões, sendo que o joelho esquerdo foi a região mais afetada, com 2 casos. Na região de tórax foram encontrados 2 casos, totalizando 42 lesões, porém ressaltamos algumas observações a seguir:

Os casos de intoxicação (1) e aspiração (1) não são considerados por se tratarem de possíveis lesões internas não relatadas nas fichas, e, além disso, outros 2 acidentes por quedas não especificaram a lesão.

Um paciente teve lesões em 4 lugares e um outro teve lesões em 2 lugares.

O total de amostra analisada foi de 36 e conclui-se que em 1 caso a criança sofreu lesão em 2 lugares e outra criança sofreu lesão em 4 lugares totalizando 42 lesões.

Conclui-se, portanto, que a maioria das lesões é na região da cabeça, sendo um dado importante uma vez que se trata de uma região sensível, podendo trazer, provavelmente, várias sequelas.

Nos estudos realizados por Martins e Andrade (2005) foram encontrados dados semelhantes, pois do total de atendimentos realizados no Pronto Socorro, que foram de 8.472, as regiões mais afetadas do corpo foram a cabeça e o pescoço, com 2.944 atendimentos do total apresentado.

Este gráfico tem como objetivo demonstrar os números de casos de atendimentos às crianças pelos meses estipulados para a realização da pesquisa, de onde foram obtidos os seguintes resultados:

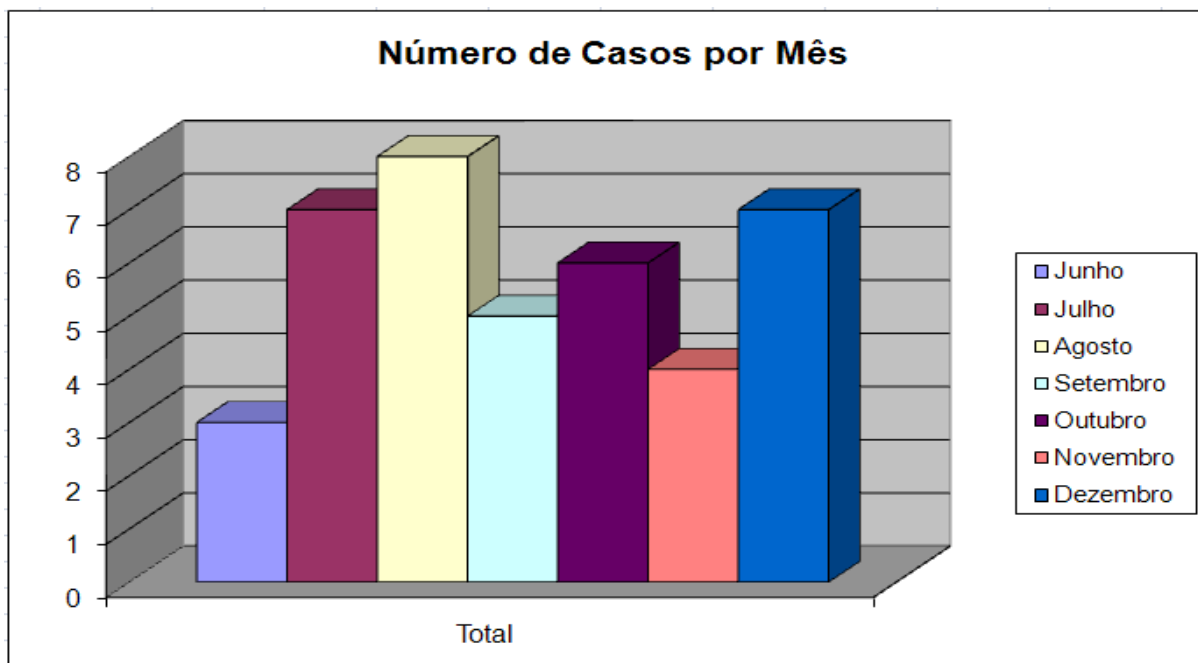


Figura 22 – Número de Casos por Mês

Quanto às datas dos atendimentos foram encontrados os seguintes dados: em relação ao mês de junho foram encontrados 3 casos, no mês de julho 7, 8 em agosto, 5 em setembro, 6 em outubro, 4 em novembro, e 7 casos no mês de dezembro. Observou-se que o mês em que mais houve atendimento, segundo a pesquisa - realizada de forma aleatória - foi o mês de agosto, com 8 casos, seguido dos meses de julho e dezembro, com 7 casos.

Provavelmente esse resultado em que julho e dezembro apresentam-se com índices elevados, deve-se ao fato de que são nestes meses que ocorrem as férias escolares, fazendo com que as crianças possuam mais tempo para brincadeiras ou práticas esportivas como futebol, vôlei, andar de bicicleta e outros, estando mais susceptíveis a acidentes.

O gráfico abaixo representa o período em que a criança deu entrada no Pronto Socorro. O gráfico apresenta três variáveis; manhã, tarde e noite e os resultados são demonstrados, de forma geral, em porcentagens.

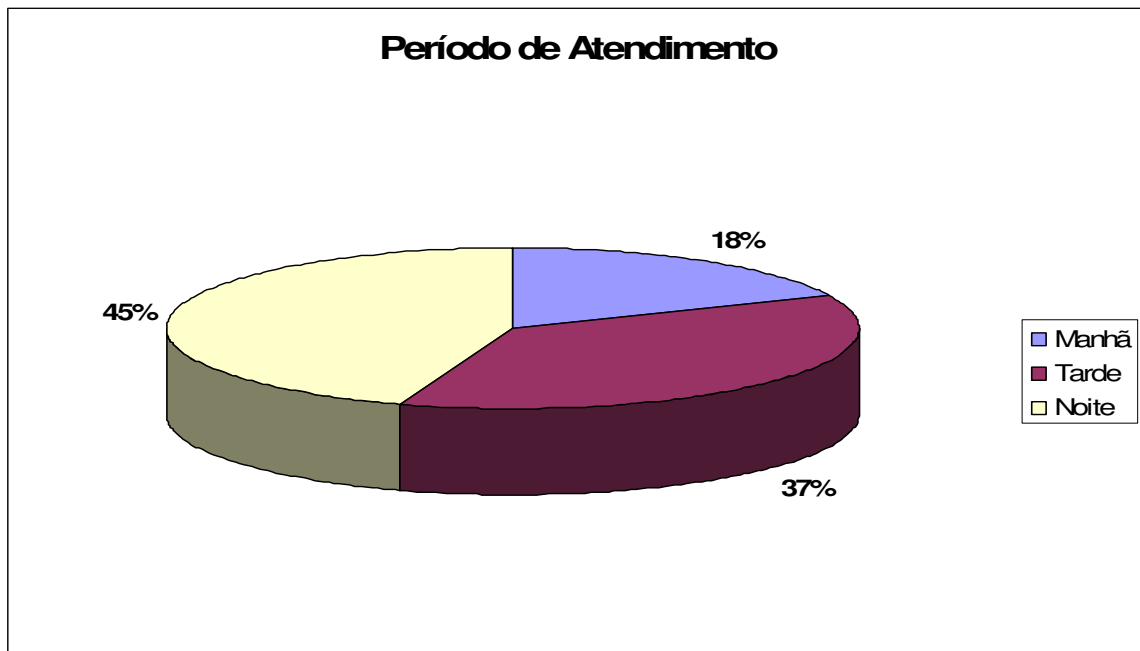


Figura 23 – Período de Atendimento

Quanto ao período de atendimento observou-se que, pela manhã, foram realizados 18% dos atendimentos, durante a tarde, 37% dos atendimentos, e à noite 45% dos atendimentos em relação à amostra pesquisada, porém 2 fichas não especificaram o horário de atendimento, totalizando 38 fichas incluídas nessa questão, concluindo-se que no período noturno o índice de atendimento foi maior. No entanto, pelo fato de os prontuários não especificarem o horário do acidente, não foi possível apontar, de fato, o período em que ocorreu o acidente, sendo possível, apenas, determinar o momento em que as crianças foram atendidas no Pronto Socorro. Segundo os estudos de Bem; et al (2008) com uma amostra de 387 crianças com história de pequenos traumas, observou-se que quanto ao período do dia em que aconteceram os acidentes foi: vespertino 288(74,4%), matutino 80(20,7%) e noturno 19(4,9%). O autor ainda relata, em sua discussão que, provavelmente, os casos de acidentes ocorreram à tarde, pois, durante este período as crianças estão no auge de suas atividades físicas fora de casa e com menor supervisão.

Em relação a nossa pesquisa observamos que os meses mais atingidos foram agosto, julho e dezembro (figura 22), sendo estes dois últimos meses de férias, onde concluímos provavelmente que as crianças em período de férias ficam envolvidas em atividades e brincadeiras mais dinâmicas em todos os períodos, inclusive o noturno e conseqüentemente mais expostas aos acidentes, explicando assim os resultados encontrados.

Estas duas tabelas abaixo têm como objetivo demonstrar o total de sinais e sintomas que foram encontrados durante a pesquisa e, como consequência, o sintoma que prevaleceu dentre os encontrados.

Sinais e Sintomas	Total
Sim	22
Não	18

Tabela 1 – Sinais de Sintomas

Sintoma Prevalente	Total
Dor	08

Tabela 2 – Sintoma Prevalente

Quanto aos sinais e sintomas apresentados e relatados, das 40 fichas de atendimento pesquisadas, em 22 estavam especificadas algum tipo de sinal ou sintoma (Tabela 1), sendo que o mais encontrado foi a dor, em 08 casos (Tabela 2). Por outro lado, 18 fichas não especificavam nenhum tipo de sinal ou sintoma (Tabela 1).

De acordo com esses resultados apresentados observamos a importância de uma avaliação completa da criança, tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, pois algumas crianças apresentaram sinais e sintomas e outras não, no qual permite através de uma consulta bem realizada após o acidente, prevenir problemas futuros visto que a figura 21 aponta que a região mais afetada foi à cabeça, uma região onde pode apresentar hematomas e conseqüentemente lesar alguma área do cérebro, produzindo seqüelas irreversíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que através da pesquisa foi possível definir o perfil dos acidentes com crianças no Município de Assis, sendo que a faixa etária mais afetada pelos acidentes foi a de 29 dias a 3 anos, caracterizada pela predominância de casos de acidentes com meninas; além disso, constatou-se que as quedas foram o acidente prevalente nas crianças. Observou-se também, que dos tipos de quedas encontradas, a queda da própria altura foi a mais incidente. A região do corpo mais afetada pelos acidentes foi a cabeça. Constatou-se também que o mês que mais apresentou acidentes foi o de agosto, lembrando-se de que se tratou de uma pesquisa aleatória. Quanto ao período dos atendimentos, a maior incidência foi no período noturno e, por último, observou-se que 22 fichas de atendimento pesquisadas apresentaram algum sinal ou sintoma, sendo a dor, o sintoma prevalente.

Quanto à amostra levantada, durante a pesquisa observou-se que é necessário uma amostra maior, com intuito de relatar de forma mais fidedigna a situação epidemiológica dos acidentes na infância no Município de Assis, devido ao número significativo da população atendida no Pronto Socorro Municipal de Assis, por isso, em trabalhos futuros, é importante que seja analisada uma amostra maior da população em questão.

Em relação à pesquisa foram encontradas algumas dificuldades quanto ao acesso às informações, pois as fichas de atendimento do Pronto Socorro Municipal de Assis, fornecidas para pesquisa, apresentaram campos mal preenchidos, com letras ilegíveis, existindo, ainda, campos não preenchidos e que eram de extrema importância para fornecimento de dados para nossa pesquisa. Esses dados não encontrados já foram detalhados em nossa metodologia.

Quanto aos dados não encontrados durante a realização da pesquisa devido às más anotações e a falta de preenchimento nas fichas de atendimento, percebemos que estes eram de extrema importância, principalmente questões como o tipo de acidente doméstico, em que local da casa ocorreu e quem estava com a criança na hora do acidente, pois estas informações permitiriam a enfermagem

planejar e abordar os cuidados que devem ser tomados no ambiente domiciliar de forma específica, promovendo atividades educativas, com intuito de evitar acidentes.

Devido à vivência profissional em campo de estágio no Pronto Socorro Municipal de Assis, observamos que por se tratar de um ambiente onde o cuidado deve ser prestado de maneira rápida e correta e que existem poucos funcionários para atender a população do município, concluímos que a falta de preenchimento de informações nas fichas pode ter origem neste problema, porém não justificado pela letra ilegível e más anotações. Portanto realizamos um diagnóstico situacional onde é necessário que o enfermeiro desta unidade de atendimento perceba essa dificuldade de acesso as informações, com intuito de resolver o problema, através do treinamento da equipe quanto ao preenchimento correto de todos os itens e a contratação de mais funcionários para atender a população.

A enfermagem tem uma função muito importante na questão dos acidentes na infância, pois é necessário conhecer o perfil epidemiológico desses acidentes na região em questão. Conhecendo esse perfil, a enfermagem então poderá atuar de forma específica na prevenção desses acidentes junto à população.

Observou-se a necessidade de pesquisas futuras, pois existem poucas publicações que abordam o assunto e também permitirá um aprofundamento dos trabalhos que relatam os acidentes na infância.

Uma sugestão desta pesquisa é a elaboração de palestras junto à comunidade, que trate da importância da prevenção e supervisão de um adulto nas atividades desempenhadas pelas crianças, com intuito de orientar a população, principalmente os pais, quanto a melhor forma de prevenir os acidentes envolvendo crianças. Porém, como o tempo é reduzido à proposta da realização dessas palestras de prevenção de acidentes na infância como intervenção direta da enfermagem, fica como sugestão para trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICI, Sulim; SOUZA; Renato Lopes de; **Abordagem em criança politraumatizada**. Jornal de pediatria 1999 Rio de Janeiro

Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-S268/port_print.htm

Acesso em: 02 out. 2010.

Comitê do PHTLS (“**Pre hospital Trauma Life Support; Atendimento Pré - Hospitalar ao Traumatizado**”) – Rio de Janeiro: Elsevier, 2007 – 2ª Tiragem.

ATKINSON, Leslie D; MURRAY Mary Ellen; **Fundamentos de Enfermagem, Introdução ao Processo de Enfermagem**. Editora Guanabara Koogan; 1985.

BEM, Maria Aparecida et al . Epidemiologia dos pequenos traumas em crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Arquivos Catarinenses de Medicina** vol.37, n°2, 2008, p.60.

Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/550.pdf>

Acesso em: 21 mar. 2010.

BARACATT, Emílio C.E, et al. **Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP**. Jornal de Pediatria, vol, 76, n° 5, 2000.

Disponível em:

<http://www.criancasegura.org.br/downloads/pesquisa/Artigo%2012.pdf>

Acesso em: 06 set. 2010.

CRAVEN, Ruth F; HIRNLE, Constance J. **Fundamentos de Enfermagem Saúde e Funções Humanas**. Quarta edição, Rio de Janeiro, Editora: Guanabara Koogan, 2006.

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão; Versão 2008; Volume I.

Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

Acesso em: 02 jul. 2010.

CARVALHO, Maurício Vidal de; **Biomecânica do trauma**

Disponível em:

http://www.afm.org.br/revista/revista_15/Biomec%C3%A2nica%20do%20trauma.pdf

Acesso em: 02 out. 2010.

Decreto N° 99. 710, de 21 de Novembro de 1990, **Convenção sobre os Direitos da Criança**, Artigo 24.

Disponível em: <http://www.tjpe.jus.br/coordvinf/arquivos/decreto99.710.pdf>

Acesso em: 02 abr. 2010.

FILÓCOMO, Fernanda Rocha Fodor; et al. **Estudos dos Acidentes na Infância em um Pronto Socorro Pediátrico. Rev Latino Am**

Enfermagem. Vol 10. no 1 Ribeirão Preto. Jan 2002.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Acesso em: 10 jul. 2010.

GUIMARÃES, Sergio Botelho, et al . **Acidentes domésticos em crianças: uma análise epidemiológica. Revista de Pediatria do Ceará.** 4(2): 27-31 Julh./ Dez. 2003 p.28.

Disponível em: <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/4.2%20Art%20Orig%2002.pdf>

Acesso em: 21 mar. 2010.

HOCKENBERRY, Marilyn J; Wong, **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 7ª edição , cidade:Rio de Janeiro , editora: Elsevier , ano: 2006.

JUNIOR, Wilson Lino; et al. **Análise estatística do Trauma Ortopédico Infanto-juvenil do Pronto Socorro de Ortopedia de uma Metrópole Tropical.** ACTA ORTOP BRAS 13(4)-2005

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v13n4/a05v13n4.pdf>

Acesso em: 07 set. 2010.

KNOBEL, Elias, et al, **Terapia Intensiva:Pediatría e Neonatología**,1 edição, São Paulo,Editora Atheneu, 2005.

LIBERAL, Edson Ferreira. Et al. **Escola segura. Jornal de Pediatría**.Vol.81, nº 5(supl),2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n5s0/v81n5Sa05.pdf>>

Acesso em: 06 jul. 2010.

LIBERATO, Benedita Tatiane Gomes; et al; **Prestando cuidados a uma cliente com trauma musculoesquelético à luz da teoria de Myra Levine: estudo de caso**. 2003.

Disponível em:

<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:bMLvZZK1JoJ:scholar.google.com/+traumas+tor%C3%A7ao+e+entorse&hl=pt-BR&as_sdt=2000>

Acesso em: 28 jul. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho, et al. **Perfil dos atendimentos por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos- Brasil 2006-2007**; Ciênc. Saúde coletiva vol.14 no.5 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2009

Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500008&lang=pt&lng=PT>

Acesso em: 28 jul. 2010.

Ministério da Saúde-Portaria GM/MS nº737 de 16/05/01 publicada no DOU Nº96 seção 1e-de 18/05/01; **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**.

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>>

Acesso em: 21 mar. 2010

Ministério da Saúde- Datasus- **População Residente por Município e Faixa Etária**

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popSP.def>>

Acesso em: 27 nov. 2010.

Ministério da Saúde- Datasus- **Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas- por local de Internação.**

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiSP.def>>

Acesso em: 27 nov. 2010.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; **Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica.** REBEn Rev. Bras. Enferm, 2006 maio – jun;59(3).344-8

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a17v59n3.pdf>>

Acesso em: 02 jul. 2010.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; ANDRADRE Selma Maffei de; **Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade.** Acta Paulista de Enfermagem.vol.20 no.4 São Paulo out/dez.2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000400013&script=sci_arttext&tlng=em>

Acesso em: 16 jul. 2010.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; ANDRADE, Selma Maffei de; **Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos.** Rev Bras de epidemiol. Vol 8 no.2 São Paulo, June 2005.

Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1415790X2005000200012&script=sci_arttext&tlng=es>

Acesso em: 28 jul. 2010.

NERY, Caio, et al; **Pinçamento ântero-lateral do tornozelo;** Rev Bras Ortop.vol 34, N.11/12, Nov- Dez, 1999.

Disponível em:

<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:6x0YRGFdUkJ:scholar.google.com/+traumas+tor%C3%A7ao+e+entorse&hl=pt-BR&as_sdt=2000>

Acesso em: 28 jul. 2010.

PAES, Carlos E.N; GASPAR,Vera L.V. **As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. J. pediatr** (Rio J.) vol. 81 no 5 suppl. 0 Porto Alegre Nov. 2005.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700004&lang=pt

Acesso em: 26 mar. 2010.

PENNELLA, Ana Paula de Almeida. Et al. **Cinto de segurança x Trauma de Face 10 anos da Lei em vigor na Cidade de São Paulo S**, 2004.

Disponível em: <http://www.unidor.com.br/publi/cinto.pdf>

Acesso em: 03 jul. 2010.

RAMOS, Carla Luiza Job; Targa, Maria Beatriz Mostardeiro; STEIN, Airton Tetelbom; **Perfil das Intoxicações na Infância atendidas pelo Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro21(4):1134–1141,jul-ago2005.

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n4/15.pdf>

Acesso em: 15 jul. 2010.

SOUZA, Luiza Jane Eyre Xavier de; BARROSO, Maria Graziela Teixeira; **Revisão Bibliográfica sobre acidentes com crianças. Rev Esc. Enferm.USP** Vol.33 no.2 São Paulo June 1999.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Acesso em: 02 abr. 2010.

WONG, Donna L. **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva.** Quinta edição, Editora Guanabara koogan, 1997.

Sites:

- <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>
Acesso em: 02, outubro, 2010.

- http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_da.php
Acesso em: 02, outubro, 2010.
- <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx>
Acesso em: 02, outubro, 2010.
- <http://efisica.if.usp.br/mecanica/basico/forcas/intro/>
Acesso em: 02, outubro, 2010.
- <http://recantodasletras.uol.com.br/artigos/1625669>
Acesso em: 02, outubro, 2010.
- <http://www.dicio.com.br>
Acesso em: 02, outubro, 2010.
- <http://www.pensador.info>
Acesso em: 02, outubro, 2010.

GLOSSÁRIO

Air-bag: Cada uma das bolsas de ar usadas em veículos automóveis que em caso de colisão, são insufladas protegendo os passageiros.

Álcali: Composto que funciona como base na química orgânica.

Alpendres: Cobertura suspensa por cima da porta principal de um edifício, para abrigo do sol, da chuva ou simplesmente para ornato.

Animado: Dotado de vida: um ser animado.

Apnéia: Parada transitória dos movimentos respiratórios.

Cognitivas (cognição): Ato de adquirir um conhecimento.

Complacentes: Alteração do volume pulmonar determinada pela modificação da pressão, mediada no pico do volume respiratório, quando não há fluxo aéreo. Índice de distensibilidade de estruturas elásticas, como vasos sanguíneos, coração, pulmão.

Concomitantes: Que acompanha o outro.

Conectivo: Membrana que une as duas células da antera.

Decalque: (decalcar) transferir (desenhos pinturas, etc) para outra superfície por pressão ou por cópia.

Deficiência: Imperfeição, insuficiência/ Bio. Mutação cromossômica que consiste na perda de um pedaço de cromossomo/ D. mental: oligofrenia.

Desfiguramento: Alterar-se, mudar-se a figura, a forma, o aspecto: A prolongada enfermidade a desfigurou.

Dilapidadas (dilapidar): Arruinar, demolir.

Duodenal (duodeno): Porção inicial do intestino delgado, situada imediatamente depois do piloro, medindo 25 cm de comprimento e 3 a 4 cm de diâmetro.

Edema: Quantidade excessiva de líquido aquoso, acúmulo nos espaços intercelulares, mais comumente presente em tecido subcutâneo.

Entérica: Que se refere aos intestinos.

Eritema: Rubor cutâneo em placas de tamanho e forma variáveis, provocado por congestão excessiva dos capilares.

Escaldadas (escaldar): Queimar com líquido quente.

Extenuante: Enfraquecimento; prostração; cansaço.

Extradural: Aquilo que se localiza fora da dura-máter, em sua porção externa.

Exuberância: Abundância excessiva; superabundância. Qualidade de exuberante. Vigor, intensidade.

Forças: Do ponto de vista físico, as forças são os agentes responsáveis pela mudança da velocidade de um objeto.

Fumegantes ((Fumegar): Exalar vapor.

Hematoma: Coleção extravascular circunscrita de sangue e coágulos, formando uma massa.

Hipertróficas (Hipertrofia): Aumento geral no volume de uma parte ou órgão, não devido à formação de tumor, nem devido a um aumento no número de células.

Inanimado: Sem vida.

Incidência: Número de casos novos de uma doença ocorridos em uma população particular durante um período específico de tempo.

Mecânica: Ciência que tem por objeto o estudo das forças ou da sua ação. Os meios mecânicos causadores do dano vão desde armas propriamente ditas (revólveres), armas eventuais (faca), armas naturais (punhos, dentes) até os mais diversos meios imagináveis (máquinas, animais, veículos, quedas, explosões, precipitações).

Mediastinais (mediastino): Região anatômica localizada entre dois pulmões, a coluna dorsal e esterno com as costelas e abaixo pelo diafragma: contém o coração, traquéia, brônquios fonte, timo, esôfago, cadeias linfáticas, cadeia nervosa simpática e canal torácico.

Prevalência: Número de casos clínicos ou portadores existentes em um determinado momento, em uma comunidade, dando uma ideia estática da

ocorrência do fenômeno. Pode ser expressa em números absolutos ou em coeficientes.

Prognóstico: Tendência da evolução de uma doença em função da avaliação da maior ou menor gravidade apresentada.

Subdural: Que se localiza na face profunda da dura-máter.

APÊNDICE

Questionário/ Roteiro para coleta de dados nos prontuários:

1. Faixa etária da criança:

- a) De 29 dias a 3 anos
- b) De 4 a 6 anos
- c) De 7 a 12 anos.

2. Sexo da criança:

- a) Feminino ()
- b) Masculino ()

3. A criança sofreu que tipo de acidente doméstico? (**Retirou-se a palavra doméstico da questão**)

- a) Queimadura
- b) Queda
- c) Intoxicação
- d) Afogamento
- e) Outros, Especificar

4. Em qual parte do corpo a criança sofreu a lesão?

- a) Cabeça
- b) MMSS. Especificar.....
- c) MMII. Especificar.....

5. Em que local da casa aconteceu o acidente?(não respondida)

- a) Cozinha
- b) Sala
- c) Banheiro
- d) Quarto
- e) Quintal
- f) Lavanderia
- g) Corredor da casa
- h) Dispensa
- i) Outros locais, Especificar.....

6. Como aconteceu?

7. Quem estava com a criança na hora do acidente?(não respondida)

- a) Pais
- b) Avós
- c) Irmãos
- d) Tios
- e) Sozinha
- f) Outros, Especificar.....

8. Data do acidente: / / (não respondida)

9. Condições de alta: (não respondida)

10. Em qual período aconteceu o acidente?(não respondida)

a) Manhã

b) Tarde

c) Noite

11. Qual o CID? (não respondida)

Questões acrescentadas durante a pesquisa:

12. Data do atendimento: / /

13) Qual o período em que a criança foi atendida?

a) Manhã

b) Tarde

c) Noite

14) Há relato de sinais e sintomas?

a) Sim, Quais?

b) Não

ANEXOS

Autorização do Comitê de Ética para pesquisa.



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
 Renovado em 13/12/2007
 Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 – Assis – SP
 Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 402/2010

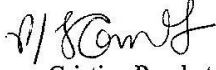
Assis, 15 de Junho de 2010.

Profª Fernanda Cenci Queiroz

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: **“Caracterização dos acidentes domésticos na infância no Município de Assis no segundo semestre de 2009”** de autoria das alunas Ana Paula de Oliveira Fernandes e Aparecida Gisele Alves dos Santos sob vossa orientação, recebeu **PARECER FAVORÁVEL**.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.


 Enfª Teresa Cristina Prochet
 Coordenadora


 Helena Maria Felicia
 ENFERMEIRA
 COREN-SP 68.180

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Hospital Regional de Assis