



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**ACIDENTES DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA**

**ORIENTADORA:**

Mestre Maria Odete Pereira

**DISCENTES:**

Justina Almeida

Marcelina Lima

Rosa Silva

Mindelo, Janeiro de 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo do complemento da nossa licenciatura, recorremos a conhecimentos e experiências de muitas pessoas que por formas diferentes nos deram o seu contributo, um muito obrigado.

As nossas famílias que sempre tem vindo a nos apoiar no desenvolvimento e na conclusão dos nossos estudos.

Aos Professores que nos ajudaram nessa longa caminhada.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para a execução deste trabalho em especial aos meus colegas de profissão, os meus sinceros muito obrigada.

## **RESUMO**

Os acidentes domésticos têm-se revelado como uma das principais causas dos atendimentos, internamentos, incapacidades e óbitos em crianças, nos vários países e tem contribuído, de forma considerável, para manter elevada a taxa de morbi-mortalidade infantil. O presente estudo tem como objectivo analisar os acidentes domésticos que vêm acontecendo em crianças dos 0 aos 9 anos de idade atendidos no HBS no período de Janeiro a Outubro de 2012. Para isso foram analisadas 1665 fichas de atendimento de crianças dos 0 aos 9 anos de idade que sofreram acidentes neste período, dos quais 1074 foram quedas, 308 ferimentos não especificados, 165 corpos estranhos, 42 intoxicação, 41 queimaduras e 35 casos de mordeduras. Os resultados demonstram que a maioria das vítimas é do sexo masculino. Diante destes dados é preciso que sejam tomadas medidas e realizados programas de prevenção de acidentes com crianças para que estes mesmos acidentes diminuam.

**Palavra-chave:** Acidentes, domésticos, infância

## **ABSTRACT**

Home accidents are one of the main causes of medical treatment hospitalization, disability and death in children in several countries and contribute, considerably, to keep a high rate of infant morbimortality the purpose of this study is to analyze home accidents that happened to children, aged 0 to 9 years old, who were treated at Hospital Dr Baptista de Sousa (HBS) from January to October 2012. During this period 1665 medical records of children aged 0 to 9 years old, who had suffered accidents, were analyzed, of which 1074 were falls, 308 unspecified wounds 165 foreign bodies, 42 intoxications, 41 burns e 35 bit cases. The result show that most of the victims are males. In front of these data it is necessary to take measures and develop child accident prevention programmes in order for such accidents do decrease.

**Keyword:** Accidents, domestic, childhood

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Acidentes atendidos no HBS de Janeiro a Outubro de 2012	41
Gráfico 2 – Quedas distribuído por sexo	42
Gráfico 3 – N° de casos de queimaduras distribuído por sexo	43
Gráfico 4 – N° de intoxicações ocorridos no HBS	44
Gráfico 5 – N° de corpos estranhos ocorridos no HBS distribuído por sexo	44
Gráfico 6 – N° de casos de mordeduras atendidos no HBS	45
Gráfico 7- Ferimentos	45

# ÍNDICE

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	3
1.1. Importância e Justificação do Tema	5
1.2. Abordagem Geral do Tema, e Contextualização	6
CAPITULO II - METODOLOGIA	9
1.1. Problema e Perguntas da Investigação	10
CAPITULO III – FUNDAMENÇÃO TEORICA	10
1.1. Acidentes na Infância	11
1.2. Cuidar	13
1.3. Papel da Família Junto das Crianças	16
1.4. Cuidar/Educar no Âmbito da Prevenção de Acidentes Doméstico na Infância	18
1.5. Tipos de Acidentes	20
1.5.1. Traumas	20
1.5.2. Quedas	25
1.5.2.1. Medidas Preventivas	25
1.5.3. Queimaduras	27
1.5.3.1. Medidas Preventivas	29
1.5.4. Intoxicações	30
1.5.4.1. Medidas Preventivas	31
1.5.5. Acidentes com Engasgo, Sufocação e Corpos Estranhos	32
1.5.5.1. Medidas Preventivas	33
1.5.6. Mordedura Por Animais	33
1.5.6.1. Prevenção de Mordeduras Por Animais	35
1.5.7. Ferimentos Não Especificados	35
1.5.7.1. Medidas Preventivas	36
1.6. Intervenções de Enfermagem Junto à Família	36

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE ACOLHEDORA E DOS DADOS RECOLHIDOS	38
1.1 Hospital Batista Sousa	38
1.1.1. Recursos Financeiros	40
1.1.2. Admissão da Criança no Serviço de Pediatria	40
1.2. Apresentação e discussão Dos Dados Recolhidos	41
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	54

## **CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO**

Os acidentes domésticos têm-se revelado como uma das principais causas dos atendimentos, internamentos, incapacidades e óbitos em crianças, nos vários países e tem contribuído, de forma considerável, para manter elevada a taxa de morbi-mortalidade infantil (CORDEROABADET.et al., 1989:213; SCHVARTSMAN, 1987:24-27; SANTOS, 1988; JONES, 1993:168-172).

Essa problemática relacionada aos acidentes domésticos vê-se agravada quando se trata de crianças, em especial, na faixa etária de 0 a 9 anos – que ainda estão desenvolvendo habilidades motoras e intelectuais e, por isso, são mais susceptíveis ao envolverem em acidentes domésticos. Além disso, nessa faixa etária (De 0 a 9 anos) as crianças em geral possuem uma enorme curiosidade com relação ao ambiente. Sabe-se que as crianças, no decorrer da infância, se encontram propensas a acidentes em virtude da sua imaturidade, curiosidade, intenso crescimento e desenvolvimento, sendo indefesas e vulneráveis à factores do ambiente que contribuem para os mesmos. Nesse contexto, estudos epidemiológicos sobre acidentes na infância tornam-se essenciais a fim de que os profissionais da saúde que actuam tanto na atenção básica, como na área hospitalar possam conhecer a realidade destes eventos e possibilitar a elaboração, a implementação e a avaliação de estratégias específicas de prevenção.

Os acidentes domésticos estão intimamente relacionados com o comportamento da família e rede social, com o estilo de vida, com factores educacionais, económicos, sociais e culturais, como também, com as fases específicas das crianças, caracterizadas pela curiosidade e contínuo aprendizado.

O desenvolvimento de acções educativas é fundamental na redução dos índices de acidentes domésticos na infância. A atitude preventiva dos acidentes domésticos é um dos compromissos do enfermeiro, sendo o enfermeiro um educador e dotado de conhecimento e competência para realizar programas educativas envolvendo os pais e crianças levando-os a tomarem consciência de quanto importante é a prevenção dos acidentes. A orientação dos pais ou responsáveis pelo bem-estar dessas crianças a adoptarem comportamentos adequados. Porém, para a implementação dessas acções, é necessário o conhecimento da realidade a respeito da incidência de acidentes domésticos com crianças.



É precisamente esta temática que nos propomos estudar, os acidentes domésticos que vêm acontecendo em crianças dos 0 aos 9 anos de idade e que tão frequentemente encontramos no nosso contexto de trabalho. Perceber que tipos de intervenções podemos desenvolver quer no âmbito do internamento quer no âmbito da sua prevenção no ambiente doméstico e o papel do enfermeiro. Qual a intervenção do enfermeiro na prevenção, tratamento e redução do número de casos de acidentes domésticos na Infância.

Neste sentido fizemos uma revisão da literatura científica de referência para clarificar conceitos, adquirir conhecimentos nesta área de intervenção. Inicialmente pensamos em fazer um estudo de caso dado que é uma metodologia que nos permite ir aos contextos da prática, perceber com os autores envolvidos a complexidade que envolve a intervenção do enfermeiro. Neste sentido, ainda tendo como objectivo a elaboração de um estudo de caso, fizemos um levantamento no serviço da Urgência do HBS das fichas de inscrição de acidentes domésticos de crianças dos 0 aos 9 anos de Janeiro a Outubro de 2012, mas dada a limitações de tempo não poderemos dar continuidade a este nosso desejo relativamente à construção de um estudo de caso. Iremos deste modo reflectir sobre o que a evidência científica aponta quer em relação à intervenção do enfermeiro na prevenção na comunidade quer no Hospital contextualizando nos dados levantados na revisão da literatura.

Assim, o objectivo principal do presente estudo é estudar os acidentes domésticos ocorridos com crianças dos 0 aos 9 anos de idade atendias na Urgência do Hospital Drº Baptista de Sousa.

Este estudo vai abranger as situações atendidas entre Janeiro e Outubro de 2012.

### **Como objectivos específicos traçamos:**

- Identificar o perfil epidemiológico dos acidentes ocorridos nesta população contemplando sexo, idade e procedência.
- Identifica causas desses acidentes e averiguar tanto quanto possível algumas atitudes dos pais e encarregados de educação perante esses acidentes.

- Identificar quais os tipos de acidentes que acontecem com mais frequência.
- Destacar a intervenção do enfermeiro na prevenção dos acidentes domésticos.
- Conseguir orientação para prescrição de cuidados a crianças e famílias perante ocorrência de acidentes domésticos.
- Aprofundar os nossos conhecimentos sobre os acidentes domésticos: causas, consequências, e medidas preventivas.

### **1.1. Importância e Justificação do Tema**

Muitas pessoas ainda pensam que, durante os primeiros meses de vida, os bebés/crianças pouco mais fazem do que comer e dormir. Mas não é bem assim...porque os dias passam e, subitamente, começam a agarrar as coisas, a virar-se, a gatinhar. O perigo espreita quando menos se espera.

É importante lembrar que a criança imita as pessoas que a rodeia. Muitas vezes procedemos de forma incorrecta sem percebermos. A falta de informação por parte dos pais ou responsáveis aumenta a incidência desses acidentes. A vigilância, consciência e supervisão à medida que a criança adquire novas habilidades locomotoras e manipulativas são essenciais. Whaley e Wong ( 1999:286).

Infelizmente, o mundo que, pouco a pouco, a sociedade foi construindo está cada vez menos adaptado às necessidades e às características do desenvolvimento dos bebés. Mas não são eles que estão errados, muito pelo contrário. O ambiente é que, pela crescente tecnologia e pelas condições e estilos de vida actuais, se torna, muitas vezes, uma ameaça à vida e à integridade física das crianças, quando deveria ser estimulante, acolhedor e seguro.

As crianças precisam de explorar o mundo que as rodeia, de "agarrar" com os cinco sentidos, com a sua inteligência e imaginação, necessitam de um ambiente pleno de tolerância, de afecto e de liberdade. Assim, as medidas a tomar para evitar os acidentes não devem, tanto quanto possível, interferir com a necessária liberdade de movimentos do bebé.

A escolha do tema justifica-se pelo facto de que nós os enfermeiros que trabalhamos nos Serviços de Banco de Urgência e pediatria respectivamente deparamos diariamente com elevado número de acidentes domésticos. Vivenciamos diariamente situações em que crianças necessitaram de atendimento de urgência e emergência, devido a um número considerável de acidentes ocorridos, daí a nossa preocupação em estudar os motivos de tantos acidentes e o perfil epidemiológico dos acidentes ocorridos contemplando sexo, idade, tipo e procedência, com o objectivo de nós enfermeiros juntamente com as famílias e a sociedade encontrar subsídios que possam ser utilizados para orientar a prevenção de acidentes, e para a criação de uma mentalidade de prevenção, pois segundo vários autores a maioria dos acidentes domésticos poderiam ser evitadas. Amaral e Paixão, (2007:66-72); Marcondes, et al , (2003).

“Muitas das nossas famílias têm passado por essas experiências mas encaram os acidentes como um facto que faz parte do aprendizado da criança”. Sousa, (2000. 83). E não tomam consciência da gravidade da situação para que possam a entender dos perigos dos filhos e das sequelas provenientes e ai a relevância da intervenção dos enfermeiros na prevenção dos acidentes domésticos.

Quando exercemos as nossas funções com qualidade acreditamos ser capazes de trabalhar juntamente com creches, escolas, centros de saúde contribuindo para criar condições necessárias para a implementação de programas de educação para a prevenção de acidentes domésticos.

## **1.2. Abordagem Geral do Tema, e Contextualização**

No passado, acreditava-se que os acidentes se caracterizavam como fatos inevitáveis. Contudo, na actualidade os acidentes adquiriram um novo contexto e ganharam o status de evento previsível e, portanto, passível de prevenção.

Os Acidentes Domésticos na infância constituem uma grande taxa de morbimortalidade no mundo actual, constituindo um grande problema de saúde pública, ao lado de doenças gastrointestinais, infecções respiratórias e desnutrição proteico-calórica.

Os acidentes com crianças menores de 9 anos é uma realidade mundial, constituindo-se em um grande desafio para a saúde pública, mesmo sendo, um problema passível de solução: a prevenção. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmam que a maioria dos acidentes (45%) acontecem no ambiente domiciliar, fato que comprova a necessidade da identificação, mapeamento e prevenção aos factores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos.

Dessa forma, os acidentes domésticos contribuem decisivamente para o aumento das taxas de internamentos, incapacidades e de mortalidade, especialmente na infância, nos mais diversos países do globo. Sendo assim, Cabo Verde não foge à regra pois os acidentes domésticos com crianças desde recém-nascidos até com crianças com a idade compreendidas entre um a seis anos de idade, ou ainda até aos doze anos de idade, são frequentes, e porque os números causam alguma preocupação, em 2007 o Hospital Agostinho Neto na Cidade da Praia<sup>1</sup> mandou realizar um estudo sobre os tipos de acidente doméstico que acontecem e que tipo de acidente prevalece em cada idade, com o objectivo de melhorar a prevenção. Segundo o estudo só em 2007, houve 4396 casos de acidentes domésticos atendidos na urgência da pediatria e uma morte, chegando-se a atender diariamente 15 casos. Entre os acidentes domésticos registados contam-se queimaduras por líquidos quentes e choques eléctricos, ingestão de corpos estranhos, intoxicação por bebidas alcoólicas, petróleo, produtos de limpeza e queda.

Para incentivar à prevenção de acidentes domésticos, a equipa da pediatria do Hospital Agostinho têm realizado várias actividades, nas escolas e jardins-escolas, dirigidas a professores tendo em vista o combate a acidentes com crianças.

Mas é de realçar que em Cabo Verde a garantia do bem-estar físico, mental e social das populações tem constituído uma preocupação dos sucessivos governos, consubstanciada em importantes instrumentos de orientação política, com impacto a nível da saúde. As principais orientações estratégicas assentam-se sobretudo na melhoria do acesso geográfico e na equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde, tendo o país conseguido nas últimas décadas importantes ganhos a esse nível, com a melhoria dos principais indicadores de saúde.

No domínio da saúde houve igualmente ganhos consideráveis, registando-se uma evolução positiva dos principais indicadores, como a diminuição progressiva da mortalidade infantil (que passou de 26,8/1000 para 21,5/1000 entre 2000 e 2006), a

---

<sup>1</sup> <http://liberal.sapo.cv/index.asp?idEdicao=64&id=20440&idSeccao=523&Action=notic>

tendência para a redução da mortalidade materna (de 30/100.00 em 2003 para 14,5/100.000 em 2005)<sup>2</sup>.

O país caminha assim para o cumprimento dos objectivos do milénio em matéria de redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna.

Os recentes investimentos nos Centros de Saúde em todo o país são prova disso: o acesso aos serviços de Saúde está muito mais facilitado e a rede física dos Centros está muito mais próxima dos utentes.

Desde a Independência que se desenvolveu o programa de Planeamento Materno Infantil, PMI, e sucessivas e frequentes campanhas de vacinação, investimentos na formação específica dos recursos humanos ligados à Saúde, entre outros. Tudo isso tem reflexos na qualidade de vida e na longevidade dos cabo-verdianos que, de acordo com dados de 2008, vivem em média 72,5 anos (68,5 para os homens; 76,3 para as mulheres).

---

<sup>2</sup> [www.un.cv/files/crianca2011.pdf](http://www.un.cv/files/crianca2011.pdf) - Análise da situação da criança e adolescente em Cabo Verde - 2011

## **CAPITULO II - METODOLOGIA**

A metodologia pode ser considerada como a luz que ilumina e indica o caminho do pesquisador. Define, assim, a trajetória que o investigador deve percorrer para alcançar os objectivos por ele propostos. Descreve, de maneira geral, como a pesquisa será realizada. Trata-se, também, da explicação detalhada, de toda acção a ser desenvolvida no método do trabalho adoptado, onde se explicita o tipo de pesquisa, enfim, tudo o que será utilizado no trabalho de pesquisa.

Neste capítulo pretendemos descrever os procedimentos metodológicos utilizados para esta investigação e a definição dos métodos estatísticos utilizados na recolha e na produção dos dados.

Na presente pesquisa utilizou-se o método qualitativo de natureza exploratória-descritiva. Como delineamentos do estudo, escolheu-se a utilização de uma revisão bibliográfica, onde foram analisados e utilizados livros, documentos, revistas, teses, para uma revisão da literatura existente sobre o assunto em questão, com o objectivo de conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes sobre o tema e o problema em estudo.

Optamos pela escolha de uma metodologia que proporcionasse compreender melhor o quotidiano, o que nos levou a uma abordagem descritiva que nos ajudou a registar e identificar situações que nos propomos estudar no sentido de reflectir e analisar a realidade.

Para a obtenção dos dados do nosso estudo foi realizado uma pesquisa no Banco de Urgências do Hospital Dr. Baptista de Sousa (H.B.S) onde se atende crianças dos 0 aos 9 anos de idade. Os dados deste estudo foram colhidos no período de 1º de Janeiro a 31 de Outubro de 2012, através do Boletim de Atendimento de urgência de pediatria do (H.B.S) aberto no momento de entrada da criança, onde constam dados sobre a identificação da criança e o diagnóstico de entrada.

## 1.1. Problema e Perguntas da Investigação

Os números de acidentes domésticos têm causado alguma preocupação a nível nacional principalmente na cidade da praia. Revelam não só o reconhecimento da gravidade do problema e os custos inerentes ao mesmo, como as dificuldades de intervenção no domínio da prevenção.

Pelas experiências vividas podemos constatar que muitos desses acidentes acontecem na presença dos pais ou de demais responsáveis por essas crianças, muitas vezes acontecem mesmo por uma pequena distração. Podemos realçar que “muitos acidentes que acontecem com crianças poderiam ser classificados como violência”, deixando uma pergunta no ar: “todos os acidentes são acidentes? Muitos dos acidentes que ocorrem com as crianças indicam negligência, quiçá de maus-tratos por parte dos familiares.

Tal como acontece em muitos domínios da prevenção, é difícil comunicar aos pais e encarregados de educação a informação necessária relativo aos riscos e mobiliza-los para alterar determinados hábitos de conduta que são muitas vezes culturalmente reforçados, sobretudo quando esta mudança implica hábitos domésticos. O sucesso das campanhas de prevenção ao nível de mudança de comportamentos dos pais e encarregados de educação passa não só pela divulgação dos níveis de riscos mas também, pelo estabelecimento de uma linguagem comum entre os técnicos, enfermeiros e os pais.

As perguntas são colocadas pelo investigador no sentido de limitar e objectivar o problema de pesquisa. As perguntas poderão ser reformuladas com o desenvolvimento da pesquisa.

Na sequência da revisão da literatura e tendo em conta o objectivo geral, apresenta-se as seguintes questões que conduzem a investigação relativo aos acidentes domésticos na infância.

Perante á esta temática, e como forma de seguir todo o andamento do trabalho, questionamos o seguinte:

- Quais são as causas dos acidentes de crianças que foram atendidas no Banco de Urgência do Hospital Baptista de Sousa entre Janeiro e Outubro de 201

## **CAPITULO III – FUNDAMENÇÃO TEORICA**

Para que possamos melhor entender o tema em estudo, pensamos que seria pertinente abordar alguns conceitos e teorias sobre acidentes na infância, para que isso ocorra, em primeiro lugar serão verificados alguns conceitos sobre acidentes na infância.

Em seguida serão abordados os demais assuntos de interesse para esse trabalho como: definições, tipos de acidentes, causas, consequências e demais conceitos que julgamos ser de maior interesse para o trabalho.

### **1.1. Acidentes na Infância**

Segundo (PHTLS, 2007).O acidente pode ser definido como um acontecimento não intencional, desastroso e evitável, desencadeado pela acção repentina e rápida de uma causa externa produtora ou não de lesão corporal, no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais como trânsito, escola, desporto e lazer, ocorrendo transferência de uma ou mais energia cinética, química, térmica ou radiação ionizante.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define acidente como um acontecimento casual que independente da vontade humana, ocasionado por um factor externo originando dano corporal ou mental (SCHARTSMAN *et al.*, 1984).

Já Amaral e Paixão (2007 : 66-72), caracterizam o acidente como sendo uma transferência de energia de um ou mais objectos para a vítima, de modo a causar danos. Ocorrendo em três fases: a fase do pré-evento na qual as condições do ambiente e os factores de risco são evidenciados, a fase do evento na qual ocorre o acidente com liberação de energia e a fase pós-evento que estão relacionados aos acontecimentos após o acidente e suas lesões.

Os acidentes domésticos estão relacionados com o comportamento da família e rede social, com o estilo de vida, factores educacionais, económicos, sociais e culturais, e também com as fases específicas das crianças, estas que são caracterizadas pela



curiosidade aguçada e aprendizado contínuo (SOUZA; RODRIGUES; BARROSO, 2000 :83-89).

O acidente é algo que preocupa desde cedo o ser humano, devido às consequências que deles acarreta, devido aos factores que o envolve, de modo que o desequilíbrio entre eles irá levar à ocorrência destes, e pela variabilidade de situações os torna imprevisíveis, mas que aos olhos dos profissionais de saúde é possível detectar a sua frequência, pelo que é da responsabilidade destes trabalhar no sentido de os prevenir.

De acordo com dados bibliográficos, a maior prevalência de acidentes nas crianças tem maior predomínio no sexo masculino, na faixa etária de um a cinco anos de idade, e o ambiente potencial desses acidentes é o lar. Os principais grupos de acidentes são quedas, envenenamentos, atropelamentos e queimaduras, fato que pode ser justificado pela curiosidade da criança e por sua longa permanência em casa (LIMA et al., 2008 :4-10, PAES; GASPAR, 2005 :146-149).

Na criança envolvida ou que sofreu acidente, o trauma é, sem dúvida, uma causa de grande preocupação para profissionais de saúde envolvidos com cuidados à crianças, devido a características próprias que as crianças possuem, como: menor massa corporal, menos tecido adiposo e conjuntivo de elasticidade, calcificação incompleta do esqueleto e ainda maior proximidade entre os órgãos. Por isso o esqueleto da criança tem menor capacidade de absorver as forças cinéticas aplicadas durante um evento traumático, podendo permitir lesões internas significativas com lesão externa mínima. Os profissionais que trabalham com o atendimento de crianças acidentadas devem sempre ficar atentos para a possibilidade de lesão externa mínima com lesão interna grave (NASI, 2005).

O Ministério da Saúde de Cabo Verde afirma que os acidentes domésticos envolvendo crianças são passíveis de prevenção por intermédio de orientação familiar, alterações físicas do espaço domiciliar e elaboração e/ou cumprimento de leis específicas. “Na primeira infância é a mãe e a família que dominam o meio físico e que devem assegurar as condições adequadas, guiando e acompanhando a criança” (SOUSA e CARVALHO, 1990).

## 1.2. Cuidar

A Enfermagem enquanto prática é tão antiga como a existência humana. Ao reflectirmos sobre a existência humana, compreendemos que mesmo quando primitivo, o homem sentia -se necessidade de ser cuidado e de cuidar do seu semelhante, colocando-se ao dispor do outro todos os meios disponíveis para recuperar a sua condição de vida saudável. Este pensamento conduz-nos à essência dos cuidados de enfermagem, que é o cuidar. Para (BOFF, L. 1999 p:35). “Tudo o que existe e vive precisa de ser cuidado para continuar a existir e a viver: Uma planta, um animal, uma criança, um idoso, a planeta terra”

O cuidar em enfermagem fundamenta-se em conhecer e atender as necessidades do ser a ser cuidado e dar-lhe a oportunidade de cuidar-se e desenvolver o seu potencial.

Cuidar é uma arte, a arte do terapeuta que cuida é a aquele que consegue combinar elementos de conhecimento destreza de saber-se de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular (HESBEEN, W. 2000 :37).

Desde antiguidade até os nossos dias revela-se muito importante a identificação da prática de cuidados em enfermagem, pois segundo Watson (2002) “ o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos é o principal enfoque da enfermagem”.

Segundo Colhiere (1999 :235-236), Hesben (2000 : 25), Watson (2002, :55), a natureza dos cuidados de enfermagem tem algo de constante ao longo do tempo que firma a sua natureza e que constitui um valor para os mesmos.

Cuidar não é uma atitude ou um acto isolado, toda a natureza precisa de ser cuidada para garantir a continuidade, é uma necessidade inata do homem que deve ser satisfeita desde o nascimento até a morte. Resulta em si mesmo como uma atitude do homem perante o mundo, perante os outros e perante si mesmo. Esse acto aproxima-se dos fundamentos humanísticos ao caracterizar a humanidade do homem pela sua capacidade de ajudar o próximo, sendo esta a mais digna das qualidades humanas.

A prática da enfermagem inscreve-se no bem-fazer, e no bem ser, ou seja, o sentido ético e científico da profissão pretendendo sempre melhorar e desenvolver a sua prática no sentido da qualidade e respeito pelos outros e por si mesmo.

O objecto epistemológico da enfermagem é o cuidado, particularmente no que se refere às pessoas. Trata-se do modo de estar com o outro relativamente as questões especiais da vida, da promoção e recuperação da saúde, do nascimento e até da própria morte.

É uma actividade valiosa em si mesma devido a noção de dedicação, entrega e compromisso directamente a ela ligada. É universal e extremamente valioso e básico para a promoção da saúde. O cuidado surge como objectivo básico da enfermagem, com o ser humano no seu todo tendo em conta a sua individualidade, suas expectativas, necessidades e autonomia para agir e decidir.

O trabalho do profissional de enfermagem fundamenta-se no respeito humano para lidar com as pessoas. É um trabalho sensível personalizado que fortalece sentimentos e conserva a relação entre quem cuida e quem é cuidado. Cuidar exige conhecimentos, autoconhecimento, dedicação, zelo e amor. (Barbosa, 2005)

Cuidar segundo (Ferreira,2006) é estabelecido através de um relacionamento entre profissional clientes e familiares em função de uma necessidade mediado por emoções e actos profissionais. Ter a presença de alguém nos momentos de grande perturbação é muito importante e resulta em efeitos notáveis na recuperação.

Segundo (HESBEEN.W 2000: 67) “significa a atenção especial que iremos dar a uma pessoa e aos familiares, vivendo uma determinada situação, tendo em vista prestar-lhe ajuda, contribuir para o seu bem-estar, promover a sua saúde”.

A enfermagem é uma ciência humana cujo desempenho resulta no cuidar de pessoas.

O processo de cuidar indivíduos, famílias ou grupos é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas pelas transacções dinâmicas de humano para humano mas também devido aos conhecimentos que requerem empenhamento, valores, compromisso pessoal social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço. Cuidar requer envolvimento pessoal social moral e espiritual, é um compromisso para consigo próprio e para com o outro.

O cuidar, por conseguinte, não é apenas uma atitude ou um simples desejo, é o ideal moral da enfermagem que tem o objectivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, envolve valores, vontade.

Todo o processo de cuidar está relacionada com respostas humanas e conhecimentos de saúde, doença e interacções, é um autoconhecimento das capacidades do enfermeiro e suas limitações.

A interacção inerente à intervenção do enfermeiro é uma abordagem que permite aos enfermeiros compreenderem o outro considerando os significados que esse outro atribui as suas experiências e a partir daí agir.

“Quando interagimos, tornamo-nos objectos sociais uns para os outros, usando símbolos, tomando decisões, mudando de direcção, compartilhando perspectivas, deferindo realidade e assumindo o papel do outro.” (Dupas, Oliveira, Costa 1997 : 219).

No processo de interagir com as pessoas, podemos modificar as nossas acções, ou seja, o que cada um faz depende em parte daquilo que o outro está fazendo. A base do processo de enfermagem e o cuidar, no entanto existem dois conceitos utilizados na enfermagem: o cuidar e o tratar, que não representam a mesma coisa mas complementam-se.

Cuidar envolve a prestação atenciosa e contínua do cliente durante o período de doença realçando o direito e a dignidade da pessoa. Tratar é a prestação de cuidado técnico e específico colaborativo, que tem por finalidade a restauração do órgão afectado com objectivo de alcançar a cura.

Embora as definições de tratar e cuidar não devem ser confundidos, mesmo estando relacionadas uma á outra aquando do exercício da função de enfermeiro. A diferença base desses dois conceitos prende-se na forma de se ver o ser humano, ao tratar o enfermeiro centra toda a sua atenção na doença, enquanto o enfermeiro que cuida centra-se na pessoa, vendo-o como ser humano com sentimentos, crenças, ideias valorizando-o como pessoa única com vontades próprias dignificando-o e elevando-o ao seu mais alto estima. “ O respeito da dignidade da pessoa quer também dizer que devemos tratá -la «como uma pessoa» e não como uma abstracção, um objecto ou um número.” (Phaneuf, 2005 :14).

O enfermeiro deve criar condições que levem a prestação de cuidados com qualidade fazendo uso das suas competências para que interação com o cliente e familiares seja eficaz, no sentido de ganhar a confiança desses e fazê-los participar activamente nos cuidados prestados.

O espírito de equipa é fundamental na equipa de enfermagem para a concretização dos cuidados do dia-a-dia, pondo de lado os seus objectivos pessoais focando apenas o objectivo comum e final que é a prestação de cuidados com qualidade.

Para Hesbeen, W. (2004:18). “A prestação de cuidados com qualidade é essencial que o enfermeiro promova um ambiente de empatia com o cliente, isto é dando uma atenção relação com a pessoa.”

“Para a prestação de cuidados com qualidade é essencial que o enfermeiro promova um ambiente de empatia com o cliente isto é dando uma atenção particular escutando com interesse só assim pode estabelecer uma comunicação e a relação de ajuda com a pessoa.”Citado Hesbeen, W. (2000 1:25)

### **1.3. Papel da Família Junto das Crianças**

Sendo a família o porto seguro desde que nascemos, constitui o primeiro elo de ligação com o mundo que nos rodeia. No entanto no dia-a-dia constatamos com os mais diferentes tipos de família e com dinâmicas muito diferentes das que temos como referência como poderemos definir uma família

Família refira-se a dois ou mais indivíduos, que interagem, dependem um do outro dando apoio emocional, físico e económico.

Saúde: A Organização Mundial da Saúde (OMS) “ definiu Saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”

Saúde familiar: é um estado dinâmico de relativa mudança e bem-estar, que inclui os factores biológicos psicológicos, espiritual sociocultural do sistema familiar. Prender ( cit Hanson, S. 2005 p:7 ).

O efeito da hospitalização nas crianças e nas suas famílias constitui uma preocupação para os enfermeiros. No passado, pais e famílias tinham horários rígidos de visitas e os primeiros estudos sobre hospitalização de crianças mostraram, que elas sofriam falta de carinho da família durante longos períodos de isolamento.

Desse modo os cuidados centrados tem-se revelado de grande importância. A participação e colaboração das famílias junto dos profissionais de saúde na prestação dos cuidados da Saúde da criança. Contudo, o papel da família nos cuidados de saúde à criança tem sido debatido com frequência.

Basser (1977) citado por (HANSON, S. 2005:262). Diz que Dr. Armstrong, o médico que abriu o primeiro dispensário para crianças pobres em 1769, afirmou que tirar os filhos doentes aos pais, deixava as crianças mais vulneráveis.

Esses cuidados surgiram no intuito de responsabilizar à família pelos cuidados de saúde da criança sendo eles reconhecidos como “elementos constantes” na vida dos filhos. Dessa forma criar parcerias entre elas e profissionais de saúde tendo em conta o respeito a diversidade racial, ética, cultural e sócio económica das famílias, bem como as formas de coping. Os cuidados centrados na família chama atenção para a importância das famílias na prestação de cuidados de saúde, promovendo assim o bem-estar e qualidade de vida saudável.

Os autores aqui referidos (Pratt, 1987; Doherty, 1985; Doherty ; Campbell, 1988 e Gillis, 1993 cit in ( HANSON,S. 2005 :4-7) . Dizem que As famílias em risco são vulneráveis à deterioração e que os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar , as unidades familiares são afectadas quando um ou mais membros têm problemas de saúde, sendo as famílias um factor importante para estado de saúde e bem estar das pessoas, as famílias afectam a saúde dos seus membros e os acontecimentos e práticas de saúde de cada pessoa afecta todo o sistema.

“Nesse contexto a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando se dá mais ênfase à família e não apenas a pessoa em desequilíbrio, a promoção, manutenção e restauração da saúde física das famílias é importante para a sobrevivência da sociedade” (ANDERSON E TOMLINSON, 1992).

#### **1.4. Cuidar/Educar no Âmbito da Prevenção de Acidentes Doméstico na Infância**

A educação para a saúde pode ser os uma meta a ser alcançada tanto para enfermeiros como para os pais, na perspectiva de ajuda-los a compreender o diagnóstico ou tratamento médico encorajando-as a formular questões sobre o seu corpo, encaminhando as famílias para grupos profissionais ou não, relaciona-los com as questões de saúde, suprindo os clientes com literatura apropriada e provendo orientações preventivas.

É uma área na qual as enfermeiras precisam de capacitação para praticar modelos educativos envolvendo a transmissão de informações de acordo com o nível de conhecimento da criança e da família e o desejo dos mesmos pela informação. Como educadora eficiente, a enfermeira deve desenvolver competências a nível da educação de forma adequada promovendo a aprendizagem.

De acordo com Bomar, (1996); Friedman, (1998); Hanson e Boyd (1996) cit. Harson S. (2005:7),” Educador de saúde ensina sobre saúde, doença, exercendo função de professor em todas as situações formais e informais.

Pode exercer funções coordenadoras, colaborador e intermediário no planeamento de cuidados em casos de acidentes domésticos é a pessoa chave para ajudar as famílias a ceder recursos desde os cuidados em regime de internamentos, no ambulatórios, cuidados domiciliares e serviço social de reabilitação.

O mesmo processo deve servir de ponte entre as informações sobre saúde e as práticas de saúde, tendo sempre o individual como o centro de educação atendendo sempre as suas características individuais no domínio afectivo, cognitivo, cultural ou espiritual.

A qualidade de vida das pessoas depende muito da sua consciência ecológica do respeito, da solidariedade e acções partilhadas na promoção de condições e estilos de vida saudáveis em que todos nos estamos envolvidos (pais, professores, profissionais e cidadãos comuns).

O profissional de enfermagem necessita assim de desenvolver – se como pessoa, mantendo os conhecimentos actualizados e sensibilidade para as questões humanas tendo sempre atitudes positivas, sentido de visão estratégica e elevado conhecimento das grandes questões sociais e políticas.

Ao enfermeiro compete desenvolver parcerias com os clientes, identificar situações de saúde onde pretende intervir para poder ajudar as pessoas a criar estilos de vida saudáveis, ao fazer isto desenvolve competências, pedagógicas para a promoção da saúde para o empowerment dos clientes.

Promoção da saúde, compete ao enfermeiro, identificar situações de saúde da população e dos recursos do cliente /família e da comunidade de uma forma geral.

O enfermeiro tem de ser mediador e educador facilitador para que o cliente, ele também aprende a ser criador/autor motivador e transmitir os ensinamentos a outrem.

Compete ainda ao enfermeiro estabelecer uma relação interpessoal com a pessoa (doente) um grupo de pessoas (família ou comunidades).

Tem de respeitar as suas crenças desejos, entende-los abstendo-se de fazer juízo de valores.

Ao promover educação para a saúde, mais especificamente nesta área da prevenção de acidentes na infância, junto as comunidades o enfermeiro tem que usar uma linguagem simples de fácil percepção dos seus interlocutores de ser bom comunicador para que haja maior feed-back.

Para que o enfermeiro possa melhor trabalhar no que concerne a prevenção de acidentes é preciso que ela desenvolva campanhas educativas que abrangem a família e a criança. Estes devem ser fundamentais com estudos epidemiológicos sobre os acidentes



domésticos na infância, para que todos os envolvidos (pais, comunidade) e os profissionais de saúde fiquem sensibilizados.

É de salientar que os enfermeiros que trabalham em ambulatórios ou centros de saúde, encontram-se em posição mais favorável por isso devem estar comprometidos com a prevenção e se ocupar de orientação preventiva dos pais e das crianças mais velhas, a respeito do perigo existente em cada faixa etária (WONG, 1999:286-339).

É nas escolas, nas creches, comunidades com os líderes, nas associações desportivas que o enfermeiro deve envidar esforços para trabalhar em parceria para transmitir os seus conhecimentos no âmbito da prevenção de acidentes com uma linguagem simples, fácil estabelecendo empatia para que a mensagem passe e assim, capacitar os seus interlocutores para que estes o façam aos seus da forma mais correcta possível.

Para promover a saúde no sentido da prevenção de acidentes o enfermeiro deve interagir junto com professores, monitores e agentes desportivos e comunitários para criarem sinergias e trabalharem para o mesmo fim que é o de educar.

É de se salientar algum trabalho os enfermeiros dos centros de saúde tem vindo a realizar no âmbito da saúde escolar com os monitores dos infantários em São Vicente desenvolvendo parcerias no que toca a prevenção dos acidentes junto as crianças.

Nos tópicos abaixo serão abordados os tipos de acidentes domésticos infantis mais comuns, as primeiras assistências que devem ser prestadas às vítimas, as causas as consequências e as formas de prevenir tais acidentes.

## **1.5. Tipos de Acidentes**

### **1.5.1. Traumas**

O trauma é definido como lesão sofrida pelo organismo, de aparecimento súbito, não previsto e indesejável e de suficiente intensidade, produzindo lesão/ dano/ferida/alteração de vários tipos e ordens podendo provocar reacções imediatas que exigem atendimento imediato nos serviços de urgência (FREIRE, 2001).

O trauma é conhecido como a “doença do século” e é a principal causa de morte em crianças em todo mundo. Os tipos mais frequentes de acidentes causadores de lesões traumáticas são: as quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos, afogamentos e queimaduras (CARVALHO, 2006).

Os traumatismos, podem ser divididos em: traumatismo craniano, traumatismo penetrante, traumatismo intra- abdominal (ROGERS; OSBORN, POUSADS, 1992 p.28-30).

### **Traumatismo Crânio- Encefálico**

Segundo Carvalho (2006), pode ser definido como traumatismo crânio-encefálico (TCE) toda a lesão causada no sistema nervoso central que foi provocado por um trauma, afectando os ossos, crânio, couro cabeludo, cérebro, meninges, couro cabeludo decorrendo de uma força mecânica.

É considerado TCE uma agressão ao cérebro resultante de uma força física externa, provocando uma lesão anatômica do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo, que pode levar a diminuição ou alteração do estado da consciência, com comprometimento das habilidades cognitivas ou do funcionamento físico. Desse comprometimento pode resultar distúrbio de emoção, comportamento e do equilíbrio funcional, podendo ser parcial ou total. (Oliveira; Wibelinger; Luca, 2005).

Os traumatismos crânio- encefálico têm como principais causas as quedas, acidentes de trânsito e acidentes com bicicletas (CAPEEHORN, 2002).

Conforme Melo (2005), o nível de consciência da criança com TCE é avaliado baseando na escala de coma de Glasgow, que é caracterizado segundo a faixa etária da criança.

As crianças com menos de quatro anos a pontuação é de 1 a 15, e significa que quanto menor pontuação maior será a gravidade da lesão no sistema nervoso central e vice-versa. Deve-se considerar outras alterações:

**ABERTURA OCULAR:**

4 – Espontâneo

2 – A dor

1 – Ausente

**RESPOSTA MOTORA:**

6 – Obedece às ordens

5 – Reage estímulos

4 - Flexões inespecíficas

3 – Decortica

2 – Descelebra

1 – Ausente

**RESPOSTA VERBAL:**

5 – Adequada à idade, fixa e segue, sorriso

4 – Choro

3 – Irritabilidade

2 – Letargia

1 – Ausente

Para crianças maiores de quatro anos a escala de coma de Glasgow é igual à utilizada para adultos.

Conforme Knobel (2006), para clientes pediátricos pode ser classificados quanto à gravidade utilizando a classificação inicial.

- Leve: Não há perda de consciência ou amnésia. Encontra-se consciente, orientado, pode apresentar com cefaleias leve, tonturas e estar assintomático. Glasgow entre 13 e 15 pontos

- Moderado: Pode ter tipo uma perda de consciência, amnésia, convulsões pós-traumáticas, vômitos, cefaleia moderada, apatia, letargia, Glasgow entre 9 e 12 pontos.

- Grave: quando há perda de consciência, sinais neurológicos focais, lesão penetrante

É um sinal típico de quando há fratura do crânio com afundamento, Glasgow entre 3 e 8 pontos.

Para crianças com traumatismo crânio-encefálico que se encontram internadas Wong (2006), aconselha que seja realizada uma avaliação neurológica cuidadosa e com frequência, incluindo sinais vitais, repouso absoluto no leito, posicionar a cabeceira assim como o alívio a dor.

Para Schmitz et al., (2000) as crianças vítimas de traumatismo craniano leve sem perda de consciência devem ser cuidadas e observadas em casa. Para isso os enfermeiros devem ensinar aos pais a verificarem atentos e vigiarem o estado neurológico da criança a cada 2 horas.

## **Trauma Pediátrico**

O trauma é definido como lesão sofrida pelo organismo, surge de forma súbita, imprevisível e indesejável, com intensidade suficiente de tal forma que irá produzir lesões, danos, feridas ou provocar alterações de vários tipos e ordens dando origem a reações que exigem intervenções imediatas. (FREIRE, 2001).

O equilíbrio da criança traumatizada depende muito da qualidade dos cuidados prestados, nos primeiros minutos após o trauma. Deve ser uma intervenção imediata por uma equipe multidisciplinar, como por exemplo, o transporte rápido para o hospital e suporte de vida.

Conforme Nelson (2006), o atendimento imediato e continuado da criança traumatizada requer a aplicação dos princípios comuns de suporte de vida. Estas devem ser adaptadas de acordo com as características específicas de cada pessoa. É importante realçar que crianças têm maior capacidade de compensar perdas de volume mais do que os adultos.

As crianças com comprometimento dos sinais devem ser atendidas por uma equipe profissional com capacidade de atendimento ao trauma e devem ter em atenção alguns cuidados específicos:

- Dificuldade respiratória
- Sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica
- Perda de consciência
- Trauma fechado significativo no tórax e abdómen
- Fracturas de costela
- Fractura de bacia

Carvalho (2006) diz que para se obter um bom êxito no tratamento dos traumatismos que colocam em risco a vida de uma criança, depende da qualidade dos cuidados a serem prestados. E para isso torna-se necessário uma rápida observação e traçar planos de intervenção, que deverá cumprir os seguintes requisitos

A avaliação do “ABCDE”, segundo rotina do suporte avançado de vida em pediatria, da American Heart Association:

- A. Via aérea (Airway) – avaliar permeabilidade da via aérea, traumatismo Maxil- facial, estridor.
- B. Respiração (Breathing) – Avaliar esforço respiratório, frequência respiratória, ritmo, cianose, nível de consciência.
- C. Circulação (Circulation) – Avaliar pulso periférico, perfusão da pele, taquicardia, nível de consciência.
- D. Avaliação neurológica (Disability) – avaliar nível de consciência (escalade coma de Glasgow).
- E. Exposição (Exposure) – exposição e medidas de prevenção contra o frio e a hipotermia.

Segundo Carvalho, Souza e Souza (2004), depois procederá uma outra avaliação secundária que passará pelo exame físico detalhado, da cabeça pescoço, tórax, abdómen extremidades, pele.

Da anamnese pode-se empregar a regra AMPLA dirigindo as informações para: A alergia e imunização; M medicação em uso; P passado médico; L líquidos e alimentos ingeridos recentemente; A ambiente e eventos relacionado

### **1.5.2. Quedas**

No contexto mundial as quedas são consideradas como acidentes não intencionais, mas com grande incidência para o grupo etário.

As quedas são consideradas um grande perigo, para as crianças devido a sua grande vulnerabilidade em relação ao ambiente em que lhes rodeiam. Com o desenvolvimento da sua fragilidade em relação a habilidade motora (WONG, 1999 :338).

A queda pode ser conceituada como uma rápida desaceleração vertical. E pode ocorrer de altura ou do mesmo nível. A gravidade do traumatismo vai depender da região do corpo acometido e da capacidade do objecto estacionário em interromper o movimento do corpo, como por exemplo, o asfalto e calçadas desaceleram mais rápido que areia e água, causando maior dano físico (LIMA, 2008 :4-10).

As pessoas vítimas de queda também podem sofrer lesões causadas por impactos múltiplos. Factores como altura da queda, superfície sobre a qual a vítima caiu e a parte do corpo que bateu irão determinar a gravidade da lesão causada pela queda. De modo geral, vítimas que caem de altura superior a sua altura por exemplo (três vezes) são consideradas graves, porque quanto maior a velocidade da queda maior a gravidade (MCSWAIN, 2007).

#### **1.5.2.1. Medidas Preventivas**

WONG (1999: 290) adopta algumas medidas de orientação para os pais, a fim de evitar as quedas acidentais:

- Nunca deixar uma criança sem supervisão em uma superfície elevada que não possua nenhum tipo de cerca.
- Evitar deixar o bebé com irmãos mais velhos, bem como deixa-los com outras mães, pois elas olharão primeiro para o próprio filho.
- Manter as escadas iluminadas, sem obstruções; usar corrimões resistentes. Embora estes cuidados possam evitar alguns acidentes, as crianças menores de dois anos de idade não devem ter acesso as mesmas sozinhas.
- Baixar o estrado e o colchão do berço assim que o bebé estiver sentando sem apoio, não deixar travesseiros, cobertores ou objectos soltos no berço: criança pode utilizá-los como apoio para ficar em pé e cair do berço. O espaço entre grades não deve ultrapassar a seis cm, para evitar que a criança caia ou prenda a cabeça por entre elas.

Segundo SANCHES (2008:23- 25) deve-se ter cuidado com a criança e nunca deixá-lo sozinho em cima de mesas, sofás, enquanto se prepara o banho ou muda de fraldas. O ideal seria preparar tudo antes de começar o procedimento.

- Não deixar os bebes no colo de irmãos a não ser sob vigilância porque estes à podem deixá-lo cair. Os andarilhos são extremamente perigosos. As crianças deslocam-se com muita facilidade, por isso tenha muita atenção.
- Se as portas ou janelas têm acesso a varanda ou terraço proteja-as colocando redes fortes, grades, fechos de segurança, ou dispositivo adequado que não abra mais de 10 centímetros.
- Não manter móveis em baixo de janelas, os portões estes devem estar bem trancados,
- Acessos à cozinha e lavandaria devem ser restritos.
- O ambiente onde a criança se circula o chão deve estar sempre seco sem produtos que favoreçam o seu escorregamento como (ceras, plásticos, tapetes mal instalados).

- Não deixar objectos e fios soltos como o de telefone porque podem dar origem a tropeções que aumentarão a incidência das lesões.
- Não oferecer nem estimular andadores a criança porque estes são considerados como perigo a integridade da criança, pois estas podem cair das escadas, alcançar fornos, para além de dificultar o seu desenvolvimento motor.

### **1.5.3. Queimaduras**

As queimaduras são lesões causadas por agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioactivos. Estes agem no tecido de revestimentos causando destruição parcial ou total da pele e dos seus anexos, podendo atingir camadas profundas como o tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos.

A gravidade de uma queimadura é classificada principalmente pela extensão da superfície do corpo queimado e pela sua profundidade. Devem ter em conta também: O agente causador a idade, também deve-se ter em conta outros factores como situações clínicas ou cirúrgicos simultâneos e complicações que podem agravar as queimaduras. Há algumas áreas específicas a ter em atenção como a face, mãos e genitais. (KNOBEL, 2006).

A palavra queimadura significa lesão ou ferimento causado pelo fogo ou pelo calor (ROCHA, 1996), apesar dessa terminologia, Carvalho e Carvalho (2000) também incluem como etiologia causas químicas, eléctricas e irradiação.

As queimaduras mais comuns em crianças são as térmicas, geralmente causadas por líquidos ferventes, solar, chamas domésticos, fios eléctricos, tomadas, elementos de aquecimento. (WONG, 1999:291)

Segundo Sanches, M. (2008:14). No nosso contexto as queimaduras são provocadas por, líquidos quentes, (chá, água, café, óleos), micro-ondas, entre outros.



É um dos tipos de acidente que causa traumas físicos, leva a dor e o sofrimento a criança e à família, deixando sequelas e comprometimento psíquico. As queimaduras representam uma emergência médica, pois é uma das agressões mais devastadoras que nosso organismo pode suportar. A vítima sofre de forma traumática e consciente, a dor constante e intensa e para as crianças que sofrem esse tipo de traumas térmicos graves, a reabilitação é demorada, há risco de prejuízo do crescimento ósseo e perdas funcionais (MELO, 2005).

Para as pessoas, neste caso crianças que sofreram queimaduras graves, sendo o processo de reabilitação demorado, há risco de comprometimento do crescimento ósseo e perdas funcionais. A família é atingida, em função do sofrimento da criança e das sequelas. (WONG, 1999: 286).

De acordo com (Marcondes et al.; 2003) gravidade das queimaduras classificam-se pela sua profundidade, extensão da área lesionada.

As queimaduras do primeiro grau são aquelas superficiais, como as solares, que apresentam-se de forma eritemas são dolorosas, mas cicatrizam se rapidamente sem deixar marca (Marcondes et al., 2003:66-72).

As queimaduras de segundo grau: caracterizam-se pela formação de bolhas e perda das camadas superficiais da epiderme. A pele fica rósea, e edemaciada, ligeiramente elevada e húmida. As feridas causadas por esse tipo de queimadura são dolorosas e frágeis ao toque (Marcondes et al., 2003).

As de terceiro grau podem ser denominadas também de queimaduras profundas, que podem dar origem a uma necrose tecidual intensa. Resultam em uma necrose tecidual intensa. As manifestações clínicas são escaras duras, insensível, não flexível e com aspecto de couro (Marcondes et al., 2003).

### 1.5.3.1. Medidas Preventivas

Para reduzir os riscos de queimaduras, para Whaley & Wong (1999 : 339), é importante que sejam adoptadas as seguintes medidas:

- Deixe álcool líquido e outros combustíveis trancados em casa. Utilizar velas, lampiões, incensos e cigarros acessos somente em lugares altos. Guardar fósforos e isqueiros longe das crianças, evitar fogos-de-artifício.
- As tomadas eléctricas devem ser cobertas com capas plásticas protectoras para impedir que as crianças introduzam objectos como grampos dentro das tomadas. Não use fios de extensão inadequados nem os deixe ao alcance de crianças, evite aparelhos eléctricos velhos e possivelmente inseguros, pois muitos incêndios domésticos ocorrem devido à fiação, tomadas e aparelhos defeituosos.
- Bloquear o acesso da criança à cozinha, que é o lugar mais perigoso da casa, é ali que ocorre a maioria das queimaduras por escaldadura. As panelas devem sempre ficar com os cabos direccionados para a região central do fogão e as bocas de trás devem ser utilizadas preferencialmente. Quando o fogão não estiver sendo usado fechar o registo do gás. Os pais devem ser orientados a não deixar copos, xícaras ou pratos contendo líquidos quentes perto das bordas de mesas ou pias.
- Não permitir que a criança esteja por perto ao passar roupas; evitar tábuas de passar roupa que possam ser puxadas para baixo. Coloque grades protectoras em frente ou ao redor de aquecedores, lareiras ou fornalhas.
- Não deixar crianças sozinhas no banheiro, no chuveiro e na banheira, podem manipular a torneira de água quente e, conseqüentemente, ocorrer queimaduras graves. Os enfermeiros podem ajudar a prevenir tais queimaduras aconselhando os pais sobre este perigo doméstico e recomendar que eles reajustem o aquecedor de

água para uma temperatura segura, nunca deixar a criança sem supervisão no banho e sempre testar a água antes.

#### **1.5.4. Intoxicações**

As intoxicações estão incluídas numa das principais causas de morte em crianças na faixa etária inferior a cinco anos. A incidência aumenta em relação a faixa etária. Os latentes que não conseguem rastejar estes estarão seguros dos perigos de agentes tóxicos em decorrência da sua imobilidade. Numa casa comum existem mais de 500 substâncias tóxicas e cerca de 1/3 das intoxicações acontecem na cozinha (WONG,1999:291).

Segundo Marcondes et al. (2003:535), intoxicação “ [...] é um processo decorrente da exposição a um agente capaz de produzir uma resposta nociva num sistema biológico, levando à lesão da sua função ou até mesmo à morte. É um processo dinâmico que pode progredir para situações de ” extrema gravidade” que pode levar a criança a um desequilíbrio severo dos sinais vitais e falências de órgãos.

As intoxicações não intencionais representam um problema de saúde pública em virtude da elevada prevalência, principalmente em consequência da ingestão de medicamentos seguida de intoxicações por produtos de limpeza (CARVALHO; CARVALHO, 2000) corpos estranhos e pesticidas (MARCONDES et al.; 2003).

O grande número de intoxicações entre crianças pequenas deve-se à curiosidade delas em procurar descobrir o ambiente à sua volta e levar substâncias à boca.

Antes do atendimento médico à uma vítima de intoxicação, deve-se diminuir a sua exposição ao agente tóxico. Se por via inalatória, deve-se afastar a criança do ambiente contaminado e levá-lo a um local com boa ventilação. Se por via dérmica, presença de agente tóxico nas roupas das crianças aumenta a toxicidade por isso estas devem ser retiradas. Além disso, a lavagem das regiões do corpo afectadas com utilização de água e sabão, 15 minutos, é recomendada. Mas em queimaduras químicas não se deve utilizar sabão e escova (CARVALHO; CARVALHO, 2000).

Se se trata de uma intoxicação por via ocular, deve-se lavar os olhos com água corrente ou com soro fisiológico por pelo menos 15 minutos, mantendo os olhos abertos.

Via oral, promover o esvaziamento gástrico se a pessoa que está prestando atendimento conhece o agente tóxico ingerido, caso a ingestão tenha acontecido em menos de 2 horas e se este tóxico não provoca queimaduras, caso contrário provocar vômito é contra-indicado (CARVALHO;CARVALHO, 2000).

Em todos os casos de intoxicação a pessoa que atende a vítima primeiramente deve saber qual é o agente tóxico, quantidade a qual a vítima entrou em contacto e o tempo decorrido (MARCONDES et al 2003).

#### **1.5.4.1. Medidas Preventivas**

Medidas de prevenção para este tipo de acidente segundo Whaley& Wong (1999 : 339) e Gaspar 2005), Amaral e Paixão (2007 :66-72).

- Dar preferência a produtos químicos cujas embalagens disponham de tampa com segurança.
- Produtos tóxicos não devem ser colocados em prateleiras baixas, mesa ou chão;
- Tão logo seja possível, condicionar a criança a não colocar na boca nenhum produto desconhecido e possivelmente tóxico;
- Administrar medicamentos nas crianças sempre com orientação médica e reler o rótulo antes de a administrar, manter fora do alcance da mesma, os medicamentos que não estejam em uso e guarda-los em lugar seguro.
- Os frascos de medicamentos devem ser fechados com tampas de segurança logo após o uso.
- Nunca se deve dizer à criança que o medicamento é doce.
- Não guardar derivados de petróleo em casa.
- Frutas e verduras podem ser contaminadas por agro-tóxicos para isso deve ser necessário verificar a sua procedência e lavá-las em água corrente antes de servi-las as crianças.
- Fechar sempre a torneira de gás à noite ou quando se ausentar de casa;

- As substâncias tóxicas e medicamentos devem ser mantidos em suas embalagens originais e nunca passados para outras.
- Não se deve guardar produtos tóxicos em garrafas que confundem as crianças com refrigerantes, porque podem fazer associações perigosas.

### **1.5.5. Acidentes com Engasgo, Sufocação e Corpos Estranhos**

A criança de tenra idade passa grande parte do tempo a explorar o seu próprio corpo e os objectos pequenos exercem neles um grande fascínio, um dos motivos que as leva a metê-los na boca.

A aspiração de corpos estranhos pode levar à ocorrência de uma asfixia provocada por um material estranho no trato respiratório e está relacionada à sufocação mecânica. Considera-se uma das principais causas de acidente fatal em crianças menores de um ano. O objecto, tamanho e a consistência do corpo estranho são determinantes para provocar a obstrução. (WONG, 1999).

Corpos estranhos mais comuns são: sementes de frutas, grãos de arroz, feijão ou milho, moscas, formigas, espinhas de peixe, pedaços de ossos, pregos, agulhas, espinhos e outros. Podem alojar-se nos olhos, nariz, ouvido, garganta, vias respiratórias, tubo digestivo ou sob a pele. (LISSAUER; CLAYDEN, 2005).

Já os engasgos podem ocorrer por aspiração de vômitos, brinquedos e alimentos. A aspiração de alimentos ocorre com maior frequência, porque está principalmente relacionada com a imaturidade da mastigação associada à oferta de alimentos sólidos.

A aspiração de corpos estranhos pode provocar quadros respiratórios obstrutivos graves de vias aéreas superiores. Se o objecto foi aspirado para via aérea inferior pode haver um episódio inicial de sufocação. (LIMA, 2008).

Quando ocorre aspiração acidental de um corpo estranho, a manifestação clássica é a tosse persistente. Dependendo da idade da criança, do tipo de corpo estranho aspirado e da

sua localização nas vias aéreas, pode haver obstrução total ou parcial à passagem de ar. O corpo estranho pode ficar alojado na laringe, traqueia dando sintomas como tosse, roncosp, afonia, dispneia que pode evoluir para cianose. (BITTEENCOURT; CAMARGOS, 2002)

### **1.5.5.1. Medidas Preventivas**

Para reduzir os riscos de acidentes com corpo estranho, engasgos, aspirações sufocações com pequenos objectos, Schmitz et al, (2000), orientam as seguintes medidas:

- Seleccionar os brinquedos da criança, para que não apresentem partes quebráveis ou destacáveis, que possam caber na boca;
- Evitar que a criança brinque com pequenos objectos que possam ser engolidos, aspirados ou introduzidos no nariz ou nos ouvidos;
- Impedir que a criança brinque com sacos de plásticos ou com talco, para evitar asfixia ou aspiração;
- Nunca deixar no berço enfeites ou objectos que possam sufocar o bebé.
- Cuidado com fios de telefone que podem estrangular o bebé e de travesseiros muito fofos que possam provocar asfixia.
- Não colocar cordão ou correntes na chupeta.
- Não oferecer grandes pedaços de alimentos que possam sufocar o bebé.
- Manter sempre longe do alcance das crianças moedas

### **1.5.6. Mordedura Por Animais**

A mordida por animais tem como conceito como o ato de apertar, comprimir ou ferir com os dentes, pode ocorrer por cão, gato ou animal silvestre como esquilos, morcegos, guaxinins, raposas e outros (SCHMITZ *et al.*, 2000).

Segundo Whaley & Wong (1999: 286- 339) as mordidas de animais são comuns na infância, contudo, muitos pais acreditam que as crianças têm mais probabilidade de serem

mordidas por um animal estranho ou selvagem, mas na verdade as crianças são mordidas com mais frequência por animais que fazem parte da família ou vizinhos, do que pelos animais desconhecidos.

As lesões provocadas por mordidas de animais são quase sempre por cães e gatos. As crianças menores são mordidas ou arranhadas com maior frequência na cabeça, face e pescoço, enquanto as crianças escolares são mordidas mais frequentemente membros superiores e inferiores (Carvalho,2006).

A mordedura de cão e gato apresenta particularidades no atendimento de crianças nos serviços de saúde de urgência, especialmente pelo risco da transmissão da raiva. A mordedura de cão em crianças destaca-se pela gravidade das lesões, muitas vezes com sequelas, emocionais, devido ao estresse vivido por elas e físicas decorrente da cicatrização e desfiguração.

Para Howand, P . ( 2011, p.120 125). “Independentemente da fonte, as feridas por mordeduras de animais estão contaminadas; por raiva, tétano que podem levar a complicações de risco de infecção de tétano e raiva. Em relação à transmissão da raiva, dessa forma há que ter em conta os riscos que podem ser de alto e baixo.”

Quanto a classificação podem ser:

**Acidentes leves:** ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em troncos e membros e podem acontecer em decorrência de mordedura ou arranhadura causada por unhas ou dentes e lambedura de pele com lesão superficial.

**Acidentes graves:** ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e planta do pé; ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo.

### 1.5.6.1. Prevenção de Mordeduras Por Animais

De acordo com Wahey & Wong (2006), o enfermeiro deve aconselhar os pais a adotar as seguintes condutas para prevenir mordeduras por animais:

- Orientar a criança a evitar contacto com animais estranhos, selvagens, doentes ou machucados, que podem ser portadores de raiva;
- Não permitir ao seu filho a separar uma briga de animais, mesmo quando seu próprio animal de estimação estiver envolvido;
- Não permitir que as crianças maltratam ou provoquem os animais de estimação (eles morderão se maltratados, perturbados ou afugentados).
- Jamais colocar seu rosto perto de um animal, e não se aproximar de um cão estranho que se encontre confinado.
- Ensinar as crianças a não perturbar um animal que esteja se alimentando, dormindo ou cuidando de seus filhotes, como também não provocar, puxar a cauda, nem retirar a comida um osso ou um brinquedo.

### 1.5.7. Ferimentos Não Especificados

Feridas são a interrupção de função atômicas normais dos tecidos, é o termo que designa as lesões da pele provocada pela transferência de forças mecânicas externas” Howand, P. Steiman, R. (2011:120). No serviço de urgência deparamos com inúmeras feridas umas simples e claras, outras no entanto, são complexas e podem alterar o aspecto e a função da pessoa.

As feridas classificam-se em: Escoriações, lacerações, feridas perfurantes, contusões, etc. **Escoriações:** são causadas por fricção ou raspagem da pele sobre uma superfície áspera e são exemplos: queimaduras por fricção no solo tapetes, etc. **Contusões:** traumatismo não penetrante, que não altera a integridade da pele provoca contusão ou equimose. **Laceração:** ferida aberta provocada pela ruptura da camada dérmica. **Feridas perfurantes:** são causadas pela penetração de objectos afiados ou pontiagudos nos tecidos. Howand, P. (2011:120).



### **1.5.7.1. Medidas Preventivas**

Whaley & Wong (1999:339) apontam as seguintes condutas para prevenir os acidentes na categoria acima referidos:

- Ensinar as crianças que não devem caminhar com objecto afilado como por exemplo (faca ou tesoura) com as extremidades afilado perto da face.
- Os equipamentos de trabalho ou de jardinagem assim como armas de fogo devem ser guardados em armários com segurança.
- Não deixar crianças manipular cortadores eléctricos porque estes são muitos perigosos.
- Usar vidros de segurança nas portas, janelas e tampas de mesas, assim como aplicação de decalques em áreas envidraçadas, reduzindo assim a probabilidade de bater ou quebrar o vidro.
- Não permitir que crianças pulam, corram, lutem ou joguem bola próximo a estrutura de vidro.
- Manter animais domésticos adequadamente presos e imunizados contra a raiva.
- Ensinar a criança o seu nome, nº de telefone e endereço e como pedir ajuda à pessoas apropriadas (guarda de segurança, polícia) quando se perder.
- A criança deve saber dizer “não” quando é confrontado com situações desconfortáveis e a dizer aos pais se alguém fez algo que lhe perturbe.

### **1.6. Intervenções de Enfermagem Junto à Família**

O cliente pediátrico e a família devem ser o foco de cuidados de saúde como um todo e não apenas à criança. É através da comunicação e relação de ajuda que é possível a mobilização das capacidades da família para o cuidado à criança vítima de acidentes domésticos. Deste modo a intervenção de enfermagem implica uma abordagem holística privilegiando a relação empática. PRICE, (1993) cit in WONG, (1999:10).

Afirma que os enfermeiros que trabalham na pediatria devem estar bem relacionadas com as crianças as famílias mas deve saber separar suficientemente em relação aos seus sentimentos e necessidades, proporcionando assim um relacionamento terapêutico

atencioso, os limites devem ser bem definidos em relação a enfermeira e a criança e da família. Esses limites são positivos e profissionais estimulando o controle da família dando-o algum para participação e prestação de cuidados.

O estabelecimento de um relacionamento terapêutico é fundamental e essencial para promoção de um cuidado de enfermagem de qualidade. É importante que o enfermeiro tenha conhecimento das causas dos acidentes em cada faixa etária, actuando junto dos pais e da criança controlar os sentimentos principalmente não julgar os pais porque nem sempre lesão significa negligência.

Desse modo torna-se necessário a atenção integral à família que deve ser orientada pelos enfermeiros pelo qual deve implementar políticas e programas de educação

Demonstrando-os a sua responsabilidade na promoção da saúde física e mental da criança, por isso se faz necessário conhecê-la na sua totalidade. Há que ter em conta outras considerações estão inter-relacionadas com as várias mudanças de paradigma que se têm observado no atendimento hospitalar, onde se destaca a educação continuada em saúde, devendo aproveitar as altas hospitalares como processos de transição, visando a qualidade de vida da população atendida

Nós enfermeiros de pediatria vivemos vários momentos de ansiedade como prestadores de cuidados às pessoas neste caso específico as crianças, sendo eles vulneráveis e dependentes nesse âmbito cabe a nós enfermeiros estar atentos à situações de perigo que põe em risco a sua segurança.

## **CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE ACOLHEDORA E DOS DADOS RECOLHIDOS**

### **1.1 Hospital Batista Sousa**

O Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) é uma pessoa colectiva de direito público, de tipo institucional dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa nos termos do decreto-lei nº 83\2005 de 15 de Dezembro. Com sede no largo do Tarrafal, São Vicente cabo verde, inaugurado em 1899, é um hospital central (HC) de referência e um estabelecimento do instituto público de regime especial, dotados de órgãos, serviços e patrimónios próprio e de autonomia administrativa e financeira. O capital humano do HBS é constituído por 433 Funcionários, entre os quais 56 médicos, 101 Enfermeiros, 18 Técnicos superiores, 42 outros técnicos (técnico adjunto, técnico manutenção laboratório, radiologia etc.), 48 Administradores e 167 Ajudantes serviços gerais. O HBS possui actualmente 272 camas, sendo 233 de internamento e 39 de observação.

O HBS atende à comunidade regional e a população do Barlavento com programas de extensão e de atendimento às necessidades de saúde nas áreas ambulatorias, hospitalar e de serviços complementares de diagnóstico e terapia.

Os recursos financeiros recebidos pelo hospital são provenientes do serviço do sistema nacional de saúde (SNS), e são calculados a partir de duodécimos, em função do orçamento que é afectado a esta instituição anualmente. Ainda em termos de recursos financeiros, o HBS possui a vertente privada na qual as cobranças são feitas de acordo com a tabela de cuidado de saúde vigente.

### **Missão**

O Hospital Dr. Baptista de Sousa tem por missão, atender e tratar em tempo útil, com eficácia, eficiência, efectividade, equidade e qualidade, a custos socialmente comportáveis, os doentes necessitados de cuidados hospitalares de diagnóstico, tratamento e reabilitação, oriundo de qualquer ponto do território nacional.

## **Visão**

A visão do HBS é ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional.

## **Objectivos**

O HBS tem por objectivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o ensino e a investigação nos termos que vierem a ser convencionados.

## **Valores**

No desenvolvimento da sua actividade, o HBS assume os seguintes valores em relação aos seus doentes:

- O empenho dos seus profissionais numa busca contínua de aperfeiçoamento;
- A equidade no acolhimento dos doentes e seus familiares;
- A atenção permanente às necessidades dos seus doentes;
- O total respeito pela dignidade e direitos da pessoa humana;
- A confidencialidade dos cuidados e serviços prestados;

E em relação aos seus profissionais e colaboradores são os seguintes valores:

- Informação quanto aos objectivos da instituição;
- Respeito pela autonomia técnica;
- Responsabilização Profissional num contexto de equidade tendo em conta os recursos e limites da instituição;
- Valorização, reconhecimento e desenvolvimento do seu sentido de pertença que promova a auto-estima profissional, a dedicação e a autoconfiança.

### **1.1.1. Recursos Financeiros**

O Hospital Baptista Sousa dispõe de duas fontes de receitas, um derivado do estado ou seja o orçamento de estado que é uma verba destinada para o Hospital anualmente, através da duodécima, a outra fonte de receita são as receitas próprias arrecadadas pelo Hospital, na qual as cobranças são feitas de acordo com a tabela de cuidados de saúde vigente. (Decreto-lei nº 10/2007 – BO nº 11 – 1ª série de 20 de Março e decreto-lei nº 47 / 2007 – O nº 45 – 1ª série de 10 de Dezembro).

### **1.1.2. Admissão da Criança no Serviço de Pediatria**

Na Enfermaria de Pediatria, com lotação de 34 camas, são admitidas crianças do foro médico e cirúrgico, provenientes da urgência pediátrica, da consulta externa e do exterior:

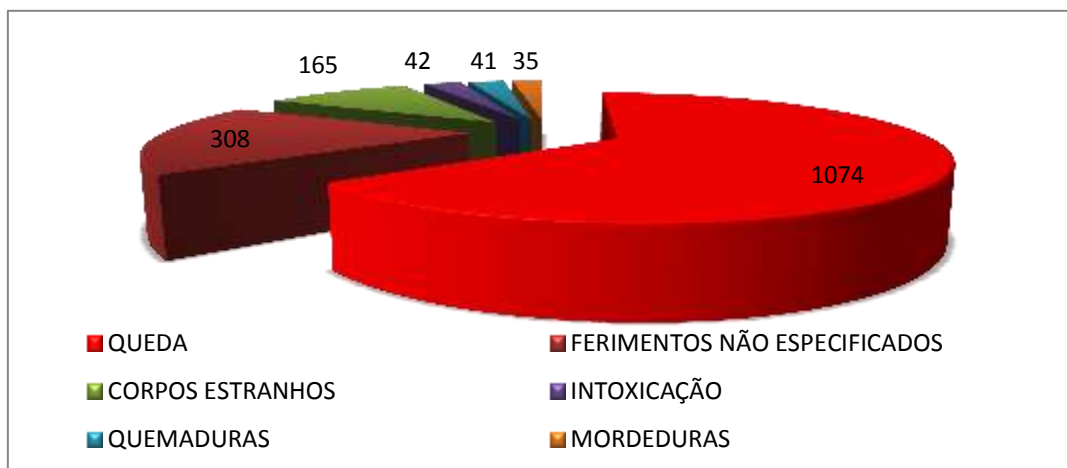
1. A criança é admitida primeiro pelo Administrativo para preenchimento dos dados de identificação, caso a situação a sim permitir;
2. Segue para triagem de Enfermagem;
3. Observação Pediátrica, dependendo da situação, avalia e solicita a avaliação do especialista,
4. Dependendo da avaliação, pode continuar na observação com tratamentos preventivos, ou internamento no sector de cirurgia, ortopedia, conforme for o caso;
5. Autorizado o internamento, o processo volta a triagem para solicitar a vaga através do serviço de admissão de pacientes, para transferência;

## 1.2. Apresentação e Discussão Dos Dados Recolhidos

A discussão dos resultados será apresentada a seguir através de gráficos representando os tipos de acidentes contemplando o sexo.

Para análise dos dados foi utilizada estatística simples para tanto, utilizou-se o programa do Microsoft Excel 2007, para a elaboração dos gráficos. A análise dos dados foi complementada, fundamentada e validada, utilizando-se referencial teórico e confrontando-a com a realidade encontrada nos atendimentos prestados na emergência do HBS.

Como referido anteriormente realizamos uma pesquisa no Banco de Urgências do Hospital Dr. Baptista de Sousa (H.B.S) onde atende-se crianças dos 0 aos 9 anos de idade, com um dos objectivos de identificar os tipos e o número de acidentes ocorridos no HBS de Janeiro a Outubro de 2012.

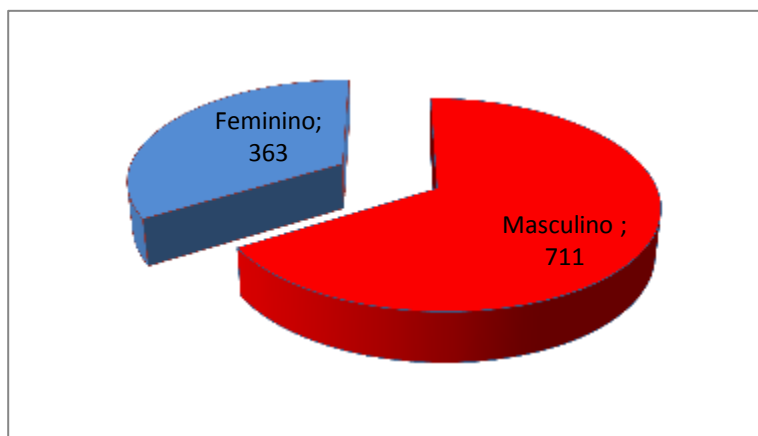


**Gráfico 1** – Acidentes atendidos no HBS de Janeiro a Outubro de 2012

Feita uma análise do gráfico pode-se ver que de Janeiro a Outubro de 2012, foi atendido no HBS, 1.665 casos de acidentes domésticos, dos quais 1074 foram quedas, 308 ferimentos não especificados, 165 corpos estranhos, 42 intoxicação, 41 queimaduras e 35 casos de mordeduras.

As quedas são consideradas uma das principais causas de atendimentos nas urgências mas são classificadas como acidentes não fatais. Alguns delas são motivos de

internamentos quando tem como consequências os traumatismos crânio-encefálico e pode acontecer em todas as faixas etárias. As quedas são geralmente ocorridas dentro de casa. (CARVALHO, 2006).



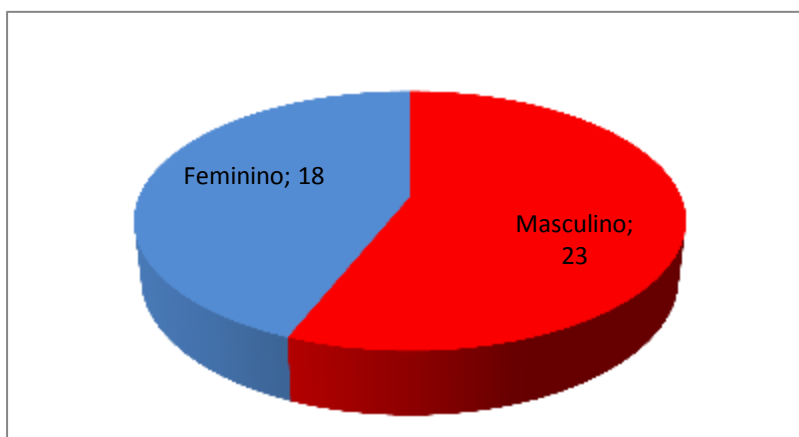
**Gráfico 2** – Quedas distribuído por sexo

Dos dados recolhidos, a maioria dos casos de acidente ocorridos são as quedas cerca de 1074 casos. E como podem ver no gráfico a maioria representa o sexo masculino, confirmando assim os dados bibliográficos do autor (LIMA et al., 2008, PAES; GASPAR, 2005), quando afirma que a maior prevalência de acidentes às crianças se dá naquelas do sexo masculino.

Das quedas ocorridas, registaram-se 95 casos de TCE (Ver anexo). Julgamos ser de grande importância realçar esses dados, visto constituírem uma das nossas preocupações porque desses casos 17 dessas crianças foram internadas.

Segundo Lima (2008), a cada ano, 300 mil crianças com menos de doze anos se queimam, 18 mil ficam com sequelas graves e cerca de 600 morrem. A maior parte de queimaduras ocorre no próprio domicílio, sendo as lesões produzidas por líquidos quentes as mais comuns, especialmente em menores de cinco anos, enquanto a maioria dos acidentes fatais é determinada pela chama.

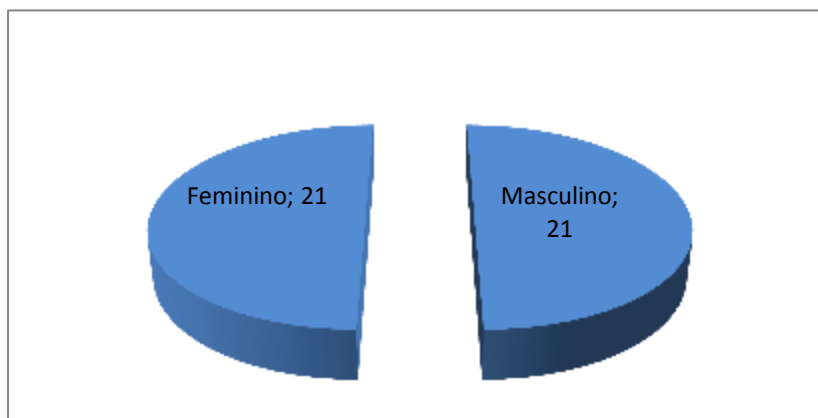
A queimadura é uma importante causa de morbidade e mortalidade na faixa etária pediátrica. Nos serviços de emergências do HBS identificamos cerca 41 casos de queimaduras sendo 23 do sexo masculino e 18 do sexo feminino (gráfico 3).



**Gráfico 3** – Nº de casos de queimaduras distribuído por sexo

As intoxicações exógenas representam a 4ª causa de mortalidade infantil, sendo mais frequente em menores de cinco anos. Até a adolescência não ocorre predominância de sexo, mas em adolescentes ocorre predominantemente no sexo feminino e em 95% dos casos ocorrem acidentalmente, sendo 50% por produtos domésticos e 23% por medicamentos (CARVALHO; SOUZA; SOUZA, 2004).

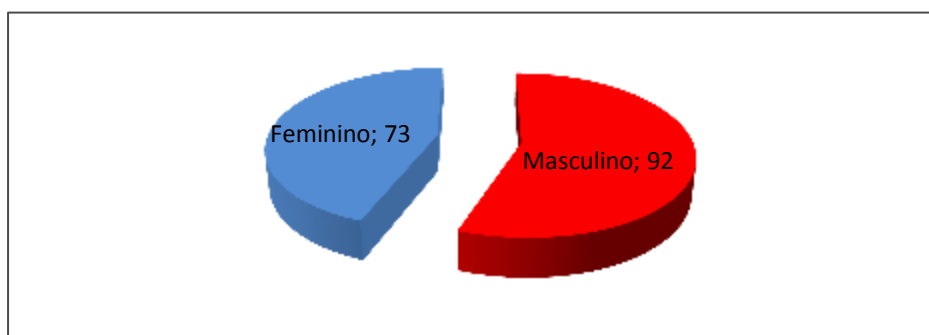




**Gráfico 4** – Nº de intoxicações ocorridos no HBS

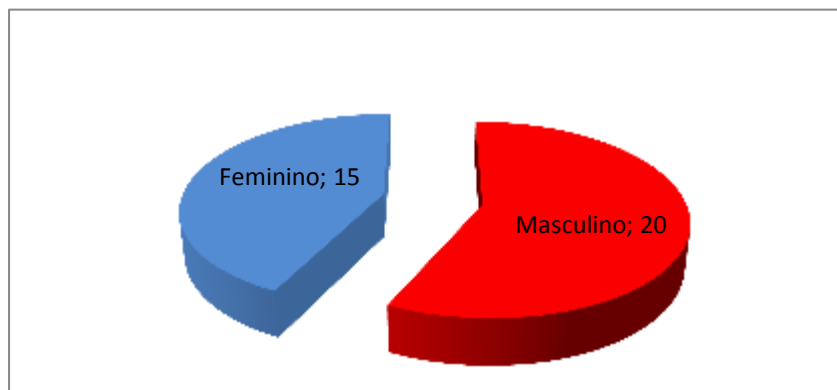
Pode-se ver através do gráfico que durante os meses de Janeiro a Outubro de 2012, foi assistido no HBS 42 casos de intoxicação, sendo 21 do sexo masculino e 21 do sexo feminino, confirmando assim a literatura de Carvalho que não ocorre predominância de sexo quando se trata de intoxicações.

A maioria das vítimas de aspiração de corpo estranho são os lactentes e crianças nos primeiros anos de vida; crianças menores de cinco anos representam 84% dos casos e 73% concentram-se nos três primeiros anos de vida. O sexo masculino prevalece sobre o sexo feminino, com uma relação de 2:1 (LOPEZ, 2007). (Gráfico 5)

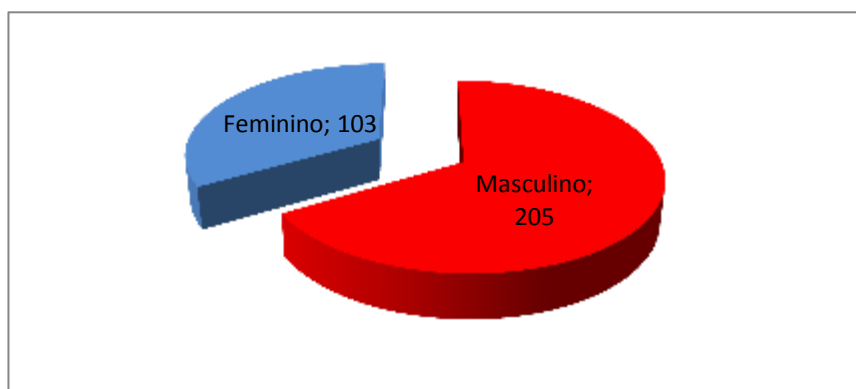


**Gráfico 5** – Nº de corpos estranhos ocorridos no HBS distribuído por sexo.

Os dados recolhidos no HBS mostra que dos 1665 casos de acidente atendidos no período de Janeiro a Outubro de 2012, 35 dos casos foram mordeduras, sendo 20 casos do sexo masculino e 15 casos do sexo Feminino. (Gráfico 6)



**Gráfico 6** – Nº de casos de mordeduras atendidos no HBS.



**Gráfico 7-** Ferimentos

Durante o período em estudo pode-se ver no gráfico 7 que foi atendido no HBS 308 casos de ferimentos não especificado, sendo 205 do sexo masculino, e 103 feminino.

Com base nos dados apresentados anteriormente pode-se descrever o perfil da amostra da seguinte forma: predominância do sexo masculino (64%), predominância da queda (64,5%). As literaturas mostram igualdade em seus resultados quanto ao predomínio do sexo masculino. Estes dados também são confirmados no estudo realizado no Hospital Agostinho Neto, dos casos estudados o sexo masculino é o que apresenta maior percentagem de casos, incluindo quedas (70%).

Na infância, a predominância do sexo masculino entre as vítimas de acidente justifica-se, provavelmente, pelos diferentes comportamentos de cada sexo e por factores culturais, que determinam maior vigilância sobre as meninas e maior liberdade para os meninos, isso tendo em conta a nossa realidade.

A alta percentagem de quedas com crianças, explica-se provavelmente porque elas são activas e não têm noção do perigo, sua curiosidade as impulsiona a investigar e a imitar o comportamento dos outros e por estar em fase de descobertas do meio ambiente, favorecendo a ocorrência deste evento na população infantil.

## **CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

A investigação apresentada ao longo deste trabalho, intitulado Acidentes Doméstico na Infância ocorrido no HBS, foi realizada com o principal objectivo de identificar as causas, consequências desses acidentes e averiguar a atitude dos pais e encarregados de educação e a intervenção do enfermeiro perante esses acidentes.

Durante o estudo foram observados vários tipos de atendimentos por acidente no Hospital Baptista de Sousa, chamou-nos atenção o elevado número de crianças com predisposição à queda, sendo esta predominante em todas as faixas etárias. Consideramos que estes dados são importantes e poderão subsidiar o planeamento e implantação de medidas preventivas com o intuito de reduzir o impacto desse agravo na saúde da população infantil.

As crianças que se encontram na faixa etária de 1 a 9 anos necessitam de maior protecção e vigilância por parte das pessoas responsáveis, porque a noção de perigo ainda não está concretizada. Mesmo com os recém-nascidos deve-se ter muito cuidado. Os pais devem estar sempre atentos, acompanhando os seus filhos desde o nascimento. Ensiná-los desde cedo a conhecer o perigo. E devem conversar com eles nas linguagens que são próprias à idade. Devem ter sempre em mente a noção de perigo e conservar a criança longe de tudo aquilo que constitui uma ameaça.

Acreditamos que a educação, a mobilização de profissionais das instituições governamentais e não-governamentais, as famílias como também da população em geral quanto à prevenção de acidentes na infância é o melhor método para a diminuição desses acidentes, mas isso demanda esforços e campanhas públicas, de mudanças de hábitos, costumes aspectos que reconhecemos difíceis de serem modificados mas não impossíveis.

Portanto achamos que a redução desses tipos de acidentes poderá ser atingida através do desenvolvimento de programas de prevenção específicas, centrando-se na educação a qual requer o envolvimento de vários segmentos da população com o intuito de assegurar as famílias, pais, encarregados de educação e educadores o fornecimento de informações e tratamentos necessários que minimizem essa problemática, sendo que a maioria dos acidentes ocorrem em casa e na presença dos pais/acompanhantes.

O mesmo estudo serviu-nos para uma reflexão, por causa do elevado número de acidentes ocorridos, bem como nas sequelas e no impacto económico que os mesmos significam para a economia dos países de uma forma geral.

A nós, enfermeiros cabe-nos o papel de educador mas, para que tal aconteça é necessário adquirir competências para que fiquemos aptos para executar a nossa intervenção junto a comunidade envolvendo-a numa parceira para que a mensagem chegue a todos de forma correcta. O enfermeiro como educador está apto para a realização desses programas educativos envolvendo todos responsáveis pela educação das crianças com a finalidade de consciencializá-los da necessidade da prevenção de acidentes.

Acreditamos que os lugares mais apropriado para implementação desse tipo de programa são jardins da infância, escolas, centro de saúde, não excluindo a possibilidade e necessidade de inserir no ambiente hospitalar usando como estratégia o horário de visitas das crianças fazendo ensinamentos em relação com os tipos de acidentes realçando as principais noções de segurança e a necessidade de uma supervisão mais activa.

Entende-se que o tema escolhido foi de muita importância pois ajudou-nos a compreender as causas, consequências e qual a participação de cada um de nós na prevenção e promoção da saúde das crianças, que são nosso futuro e que encontram-se em plena fase de crescimento e desenvolvimento. Pode-se dizer que conseguimos atingir os objectivos delineados para o estudo.

Sugerimos que para trabalhos futuros sejam realizados estudos de caso, pois julgamos que através destes pode fazer um exame detalhado dos ambientes onde decorrem os acidentes proporcionando certa vivência com a realidade tendo por base a discussão, a análise e a busca de solução de um determinado problema extraído da vida real.

Propomos que seja incluído no Caderno de Atenção a Saúde da Criança de Cabo Verde, algumas normas preventivas sobre os Acidentes Domésticos na Infância.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Bibliografia Principal

- AMARAL, J. F.; PAIXÃO, A. C. D. (2007) Estratégias de Prevenção de Acidentes na Criança e adolescente. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro: v. 8, n.2, p.66-72, Jul./ dez.
- BARBOSA, M.C. de G (2005) – **Enfermagem e Cuidar** CEST; Jornal Pequeno, Dezembro de 2012; [www.jornalpequeno.com.br](http://www.jornalpequeno.com.br);
- BITTENCOURT, P.F.S., CAMARGOS, P.A.M. (2002) Aspiração de corpo estranhos, Jornal de pediatria Rio de Janeiro. V.78, n.1, p.9-18;
- BOOF, L. (1999) Saber Cuidar Ética do Humano/ compaixão pela terra 7 ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 1999 ISBN 85.326.2162-7
- CARVALHO, W. B. De. (2006) Terapia Intensiva pediatria. 3 ed. São Paulo: Ed. Atheneu.
- CARVALHO, W. B., SOUZA, N. De, SOUZA, R. L. (2004) de. Emergência e terapia intensiva pediátrica. 2ed, São Paulo: Ed. Atheneu.
- CARVALHO, E. S.; CARVALHO, W.B. (2000) Terapêutica e prática pediátrica. 2 ed. São Paulo. Atheneu.
- COLHIÈRE Marie, Françoise (1999) – **Promover a vida**, Lidel Edições Técnica 2ª triagem
- COMITÊ DO PHTLS DA NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. (2007) Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado: Básico e Avançado do PHTLS 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier,
- DUPAS, G.; Oliveira, I.; Costa, T.N.A. (1997) **A Importância do Interacionismo simbólico na prática da Enf.** Revista da Escola de Enf. Da USP, v.31 p.219

- FILÓCOMO, F. R. F., HARADA, M. J. C. S., SILVA, C. V., PEDREIRA, M. L.  
G.(2002)

**Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico.** Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7770.pdf>> Acesso em: novembro 2012

- FERREIRA, J. P. (2006) *Pediatria diagnóstico e tratamento*. 6ed. Porto Alegre: Ed

- FREIRE, E. (2001) **TRAUMA**: a doença do Século: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Ed. Atheneu.

- GOLDSWORDTHY, L. (2002) *Manual de acidente e emergências em pediatria*. São Paulo: Livraria e editora Santos.

- HESBEEN Walter (2000) **Cuidar no Hospital**: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa (perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000. . ISBN 972-8383-11-8.

- HESBEEN, Walter (2001)- **Qualidade em Enfermagem: Pensamento em acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 2001 ISBN 972-8383-20-7.**

- HESBEEN, Walter (2004)- **Cuidar neste mundo**: Contribuir para um universo mais cuidador Loures: Lusociência,2004, ISBN972-8383-71-1

- HOWAND, Patrícia Kunz (2011) **Enfermagem de Urgência de teoria à prática**; 6ª edição Lusociência- Edições Técnicas e científicas Lda.

- KNOBEL, E. (2006) *Terapia intensiva. Enfermagem*. São Paulo: Atheneu.3 Liberal-Sapo. CV/noticia-aps?idEdicao=64&id= 20440...524

JONES, N. E. (1993) *Childhood residential injuries*. HCN am J. Hatn Child Nurse, V. 18, n, 3, p. 168-172, May-June

- LAZURE, Helene (1994) – **Viver a relação de ajuda**, Lisboa Lusodidacta, Edição/reimpressão 1994;

- LIMA, E. J.da F., (2008) *Pediatria ambulatorial*. Rio de Janeiro: MED BOOK- Editora Científico.

- Liberal. Sapo, CV/noticia-asp? edEdicao= 64&id = 20440...524

- LOPEZ, F. A.; DIOCLECIO, C. J. (2007) *Tratado de Pediatria*. São Paulo: Ed. Manolo.

- MARCONDES, E. et al. (2003) *Pediatria Básica*. 9 ed. São Paulo: Ed. Servier,
- MELLO, M. do C. (2005) *Manual de Atenção às Urgências e emergências em Pediatria*. Minas Gerais: Ed Copyright.
- Ministério da Saúde Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) **PICTÓRICO;ACIDENTES DOMÉSTICOS INFANTIS** – Evitemos as Situações de Risco;
- NELSON, W. E. Et al. (2006) *Princípios de Pediatria*. 5ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Organização Mundial da Saúde- **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão (CID-10) Centro Colaborador da OMS para classificação de Doenças em Português 8 ed. 10ª Revisão
- OLIVEIRA, S. G.; WIBELINGER, L. M.; LUCA, R. D. (2005) *Traumatismo Cranioencefálico: uma revisão Bibliográfica*. Disponível em: <http://www.gote.com.br conteudo/m.htmtraumacranio.htm>. Acesso em Janeiro 2013.
- PAES,C. E. N.; GASPAR, V. L. V. (2005) *As Injúrias não intencionais no âmbito domiciliar: a casa segura*. J Pediat (RioJ). V. 81.n5, supl. Disponível em: [www. Scielo.br/pdf/jped V81 n.5 S204. pdf](http://www.Scielo.br/pdf/jped V81 n.5 S204. pdf). Acesso em Novembro 2012.
- PHANEUF, Margot, Ph. D (2005) *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusociência-Edições Técnicas e científicas,Lda. 2670-427 Loures ISBN: 972-8383.84-4
- Quivy, Raymond; Luc Van Campenhoudt (2003) - **MANUAL DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**- Gradiva- Publicações Lda 1399-041 Lisboa 3ª ed
- **Rev. Latino-Am. Enfermagem v.10 n.1 Ribeirão Preto jan. 2002**
- SOUZA, L. J. X. RODRIGUES, A. K.C.; BARROSO, M. G. T.(2000) *A Família vivenciando acidente doméstico: Relato de uma experiencia*; Rev Latino-Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, V.8, n.1 ,janeiro. Disponível: em [htt:// www. Scielo. br/Scielo. php? Pid= S0104-11692000000100012&script=scia\\_ arttext](http://www.Scielo.br/Scielo.php?Pid=S0104-11692000000100012&script=scia_arttext). Acesso em novembro 2012.



- SANCHES, Maria Isabel (2008) **Crescer em Segurança**. Edição e patrocínio: Ministério da Saúde/ CNDS
- SCHARSTSMAN, S. (1997) Acidentes na infância. in: CARVALHO, O. Manual de pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- SCHMITZ, E. M. R. Et al.(2000) A enfermagem em pediatria e pericultura. São Paulo, Rio Janeiro, Belo Horizonte: Ed. Atheneu.
- HANSON, S. M. H. RN, PMHNP, PhD, FAAN, CFLE, LMFT- (2005) Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família-**Teoria, Prática e Investigação**. Lusociência-Edições técnicas e científicas, Lda Loures: ISBN:972-8383-83-5
- SANTOS, H.O (1988). **Crianças acidentadas**. Campinas:Papirus.
- SCHVARTSMAN, S. (1987) **Acidentes na infância**. São Paulo: ALMED.
- WHALEY, L. F.; WONG, D. L. (1999) **Enfermagem pediátrica** – elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan: CEP 20040-0401999.

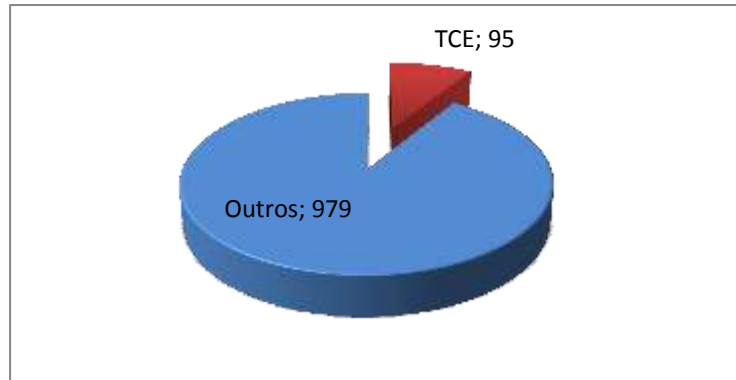
### **Bibliografia Complementar**

- Vale a Pena Crescer em Segurança- APSI- Associação para a promoção da Segurança Infantil edição especial para o Alto Comissariado da Saúde- Portugal; [www.apsi.org.pt](http://www.apsi.org.pt);
- UNIVERSIDADE DO MINDELO (2012) – Normas Para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Académicos e Científicos- Mindelo;
- ROGERS, J. H.; OSBORN, H. H.; POUSADS, L. (1992). Enfermagem de emergência um manual prático. Porto Alegre Artes Médicas.

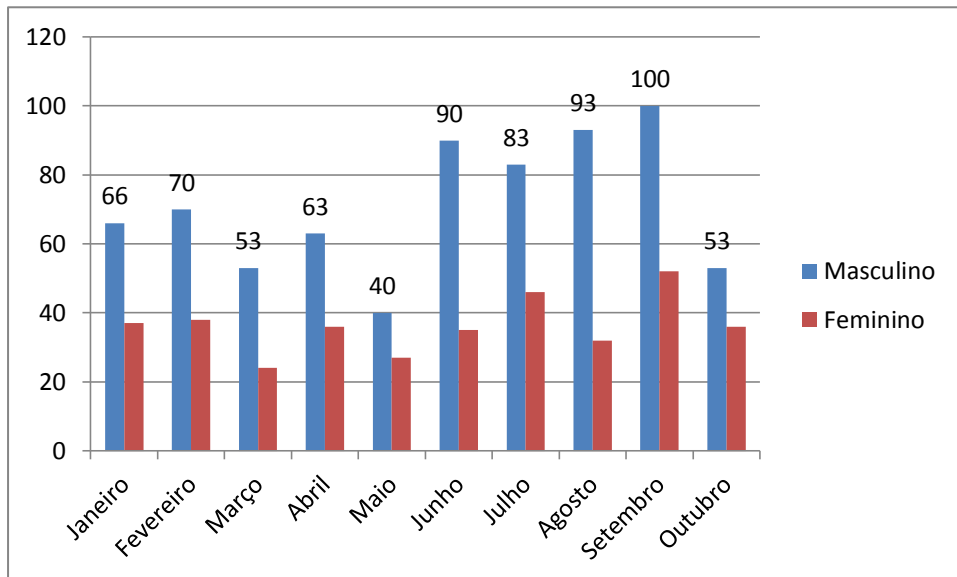
## **Páginas da Internet**

- <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000100007>
- [http:// liberal-Sapo- CV/ INDEX. ASP? IdEdicao = 20440&id Secção = 523& Actio= noticia.](http://liberal-Sapo-CV/INDEX.ASP?IdEdicao=20440&idSecção=523&Actio=noticia)
- [www.fmrp.usp.br/rpp/downloads/...ano/prevencao-de-acidentes.pdf](http://www.fmrp.usp.br/rpp/downloads/...ano/prevencao-de-acidentes.pdf)
- [www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00465.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00465.pdf)
- [www.uems.br/portal/biblioteca/repositorio/2011-08-31\\_14-51-21.pdf](http://www.uems.br/portal/biblioteca/repositorio/2011-08-31_14-51-21.pdf)
- [repositorio.ul.pt/bitstream/10451/952/1/5552\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/952/1/5552_Tese.pdf)
- [www.minsaude.gov.cv/](http://www.minsaude.gov.cv/)
- [www.ine.cv](http://www.ine.cv)
- [liberal.sapo.cv/index.asp?idEdicao=64&id=20440...523...](http://liberal.sapo.cv/index.asp?idEdicao=64&id=20440...523...)

# **ANEXOS**



**Gráfico 8-** Causa das quedas



**Gráfico 9** – Quedas: distribuído por sexo e meses