

Prevenção de Acidentes na Infância: Análise de um Problema de Saúde Pública

Injury Prevention in Childhood: Analysis of a Public Health Problem

Prevención de Accidentes en la Infancia: Análisis de un Problema de Salud Pública

Recebido: 26/06/2022 | Revisado: 15/07/2022 | Aceito: 17/07/2022 | Publicado: 25/07/2022

Anne Caroline Arcanjo Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3682-7240>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: annearcanjo222@hotmail.com

Bárbara Soany Lima Silveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6534-3958>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: barbara.soany@souunit.com.br

Larissa Rebeca da Silva Tavares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2018-804X>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: larissa.rebeca@souunit.com.br

Magna Calazans dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3207-8729>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: magna.calazans@gmail.com

Mattheus Anthony Machado dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8209-3671>
Hospital e Maternidade Santa Isabel, Brasil
E-mail: matheus9.machado@gmail.com

Izailza Matos Dantas Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9752-5628>
Hospital e Maternidade Santa Isabel, Brasil
E-mail: izailzamatmos@gmail.com

Resumo

Objetivo: Este trabalho almeja discorrer sobre a prevenção de acidentes na infância. *Metodologia:* As informações foram coletadas a partir de artigos científicos publicados na última década, pesquisados na base de dados SciELO, além de documentos e publicações atualizadas. *Resultados:* A segurança se caracteriza por ser um direito da criança. Apesar disso, ela é a todo momento violada. Os acidentes na faixa etária pediátrica configuram-se como um problema de saúde pública por serem a principal causa de morbimortalidade infantil e terem repercussão sobre a criança, a família e a sociedade. Como os acidentes consistem em uma condição previsível e prevenível, é essencial dissertar sobre os fatores de risco associados e exemplificar medidas preventivas para a redução da incidência desses agravos. *Conclusão:* Percebe-se que a prevenção de acidentes na infância deve englobar um conjunto de estratégias, entrepondo-se sobre os três níveis de abrangência - primária, secundária e terciária -, de forma ativa e passiva, e envolver educação antecipada dos cuidadores, supervisão adequada e legislação pertinente ao contexto social, surtindo mais efeito para garantir ambientes cada vez mais seguros para as crianças.

Palavras-chave: Prevenção de acidentes; Crianças; Infância.

Abstract

Objective: This article aims to discuss the injury prevention in childhood. *Methods:* Information was collected from scientific articles published in the last decade, searched in the SciELO database, in addition to updated documents and publications. *Results:* Safety is characterized as a child's right. Despite this, it's constantly violated. Injuries in the pediatric age group are configured as a public health problem because they're the main cause of child morbidity and mortality and have repercussions in kids, their family and in the society. As injuries are a predictable and preventable condition, it's essential to discuss the associated risk factors and exemplify preventive measures to reduce the incidence of these injuries. *Conclusion:* It's perceived that the injury prevention in childhood should encompass a set of strategies, covering the three levels of coverage - primary, secondary and tertiary -, in an active and passive way, and involving early education of caregivers, supervision and legislation relevant to the social context, having more effect to ensure increasingly safer places for children.

Keywords: Injury prevention; Children; Childhood.

Resumen

Objetivo: Éste trabajo tiene como meta discutir la prevención de accidentes infantiles. **Metodología:** La información se recolectó de artículos científicos publicados en la última década, buscados en la base de datos SciELO, además de documentos y publicaciones actualizadas. **Resultados:** La seguridad es un derecho del niño. A pesar de esto, ella es violada constantemente. Los accidentes en la edad pediátrica constituyen un problema de salud pública por ser la principal causa de morbilidad infantil y reverberar en el niño, la familia y la sociedad. Cómo los accidentes son una condición predecible y prevenible, es fundamental discutir los factores de riesgo asociados y ejemplificar medidas preventivas para reducir la incidencia de estas enfermedades. **Conclusión:** Se advierte que la prevención de accidentes en la infancia debe abarcar un conjunto de estrategias, interponiéndose en los tres niveles de cobertura - primaria, secundaria y terciaria -, de forma activa y pasiva, e involucrando la educación temprana de los cuidadores, supervisión y legislación importante para el contexto social, teniendo más efecto para garantizar entornos cada vez más seguros para los niños.

Palabras clave: Prevención de accidentes; Niños; Infancia.

1. Introdução

A segurança é um direito da criança e uma preocupação parental (Silva, et al., 2017). Apesar da sua importância para a família e a sociedade, ela é a todo momento violada (Silva *et al.*, 2017). Os acidentes envolvendo crianças são altamente incidentes em nosso meio, caracterizando-se como um problema de saúde pública em razão de representarem a principal causa de morbimortalidade infantil e poderem resultar em anos de vida perdidos (Barcelos *et al.*, 2017; Barcelos, et al., 2018; Luiz, et al., 2019). Além do mais, têm relação com elevados custos emocionais, econômicos e sociais, repercutindo na criança, no adolescente, na família e na sociedade, que têm de lidar com as potenciais incapacidades temporárias ou sequelas permanentes decorrentes das injúrias (Barcelos *et al.*, 2018; Silva, et al., 2010). É oportuno ressaltar que os acidentes apresentam caráter previsível e prevenível (Filócomo, et al., 2017; Ramos, et al., 2013).

Este artigo aborda uma dimensão da promoção da segurança, que é a chamada prevenção de acidentes (Waksman & Blank, 2014). Embora esta seja uma expressão consagrada na pediatria, é pertinente reforçar que tende a ser menos adotada por alguns autores nos trabalhos acadêmicos, pois o termo acidente tem caído em desuso - em vista de suas noções errôneas de acaso, imprevisibilidade, imprevenibilidade -, e, principalmente, porque se reporta apenas às lesões não intencionais, em detrimento de todo o componente da violência, que existe em todas as idades, mas é preponderante sobretudo na adolescência e entre adultos jovens (Waksman & Blank, 2014). Independentemente da terminologia empregada, é competência crucial do pediatra desempenhar seu papel promotor da segurança infantil junto às famílias e comunidades no controle dos acidentes, com estratégias sustentadas em evidências científicas (Waksman & Blank, 2014). Perante o exposto, este artigo almeja referir os fatores de risco e as medidas preventivas dos acidentes na infância em prol de difundir informações sobre o tema e restringir seu impacto social (Waksman & Blank, 2014).

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para a realização desta revisão foi seguida a determinada ordem: definiu-se o objetivo da pesquisa a partir das seguintes questões norteadoras (ou problemas): “Na infância, quais são os acidentes mais importantes epidemiologicamente? O que faz com que estas lesões não intencionais sejam um problema de saúde pública? Quais são seus fatores de risco e como preveni-los? ”; estabeleceu-se os critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); realizou-se a investigação na literatura, análise e categorização dos estudos; implementou-se a apresentação e discussão dos resultados.

A busca das publicações realizou-se na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO.br). Foram utilizados os descritores “prevenção de acidentes” e “crianças”. Ademais, houve também busca manual de citações que constam na referência bibliográfica e de publicações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

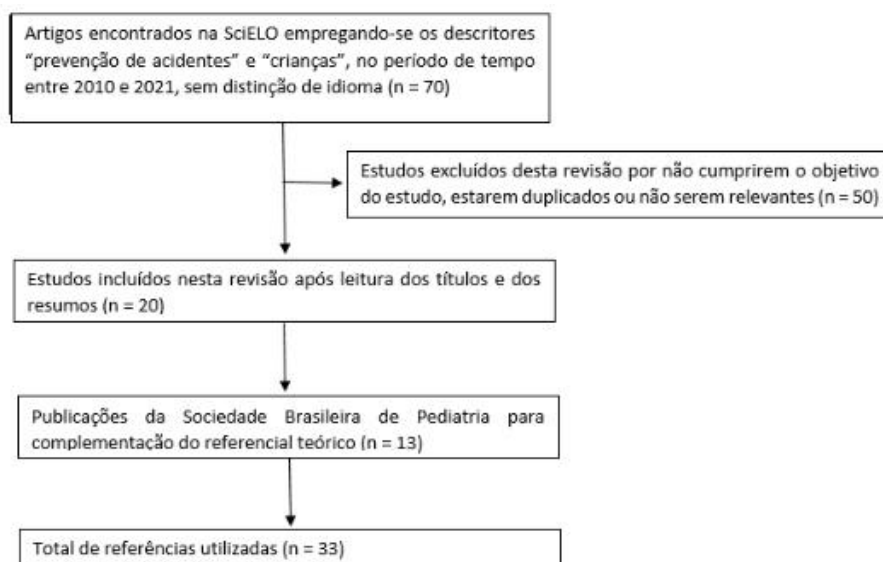
Como este trabalho aborda somente dados de domínio público, a apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) não foi necessária. Contudo, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A fim de evitar a prática criminosa do plágio, os pesquisadores deram o devido crédito aos autores utilizados no estudo.

A pré-seleção do conteúdo baseou-se na análise do título, do resumo e da data de publicação, que atendessem aos objetivos desta pesquisa. Além disso, foram incluídos artigos publicados entre 2010 e 2021 e disponíveis em qualquer idioma. Foram excluídos trabalhos duplicados, não relevantes e aqueles que não cumpriram o objetivo do presente estudo.

3. Resultados

Foi efetuada pesquisa na base de dados SciELO com as palavras-chave “prevenção de acidentes” e “crianças”, limitando-se a artigos publicados entre 2010 e 2021, sem distinção de idioma. A partir disso, foram encontrados 70 artigos, sendo 20 deles escolhidos para estudo após a leitura dos títulos e dos resumos. Ademais, 13 referências foram pesquisadas manualmente, sendo estas publicações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) referentes ao tema.

Fluxograma 1 - Critérios de inclusão e exclusão das referências utilizadas no artigo.



Fonte: autores (2022).

4. Discussão

4.1 Epidemiologia e fatores de risco

A infância consiste na fase da vida em que a curiosidade natural das crianças representa o impulso para as descobertas do ambiente que as rodeia (Ramos *et al.*, 2013). Toda esta curiosidade é benéfica e saudável, no entanto quando está acompanhada de fatores inerentes ao fato de ser criança e outros relativos aos seus cuidadores e ao ambiente que as envolve, parece ter impacto na ocorrência de acidentes (Ramos *et al.*, 2013).

Em relação aos fatores de risco inerentes à criança para a ocorrência de acidentes, é relevante citar a inexperiência, a incapacidade para prever e evitar situações perigosas, a motivação em cumprir com atividades domésticas e a tendência a imitar e repetir comportamentos dos adultos (Malta *et al.*, 2012). É consenso que a capacidade de autoproteção só é adquirida a partir dos 5 anos (Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP], 2014). Antes desta idade as crianças tipicamente apresentam uma percepção egocêntrica e têm uma lógica própria de interpretação do ambiente (Gonçalves *et al.*, 2019). Após os 5 anos, embora

as crianças já apresentem algumas noções de segurança, os comportamentos de risco os quais elas se expõem sofrem influência de outros indivíduos, somado a isso, elas possuem mais liberdade e tendem a ficar menos tempo sob a supervisão total de um adulto (Gonçalves *et al.*, 2019). Também é relevante mencionar as particularidades anatômicas, com maior relevância quanto menor for a idade da criança, como a desproporção entre a cabeça e o restante do corpo, a falta de coordenação motora e as pequenas dimensões das vias aéreas superiores (Gonçalves *et al.*, 2019; Tavares, et al., 2013).

As crianças do sexo masculino sofrem mais acidentes do que as do sexo feminino (Ramos *et al.*, 2013). Isso pode ser culturalmente justificado, pois, ademais de os meninos comumente serem educados de uma forma menos contida do que as meninas, eles têm comportamentos marcados por impulsividade, incorrem em mais riscos e se expõem mais à força, ao impacto corporal e à velocidade (Filócomo *et al.*, 2017; Gonçalves *et al.*, 2019; Ramos *et al.*, 2013).

O fato de a criança apresentar alguma doença se associa a um maior risco de acidentes, como é o caso de maior risco de afogamento por parte das crianças com epilepsia e de maior risco de lesões não intencionais nas crianças com transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade (Ramos *et al.*, 2013).

Qualquer criança está exposta ao risco de acidentes, independentemente de sua classe social (Ramos *et al.*, 2013). Porém, as crianças de classes sociais mais desfavorecidas economicamente, principalmente aquelas que de forma concomitante têm famílias numerosas, vivem em residências com pequeno número de cômodos e possuem cuidadores com baixo nível educacional, desempregados, que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas e/ou tem transtornos psiquiátricos, correm mais riscos (Ramos *et al.*, 2013; Waksman & Blank, 2014).

A idade do principal cuidador da criança influencia consideravelmente no risco de acidentes (Silva, et al., 2014). De maneira geral, o principal cuidador é a própria mãe da criança (Silva *et al.*, 2014). Nesse caso, a idade materna ao nascimento do bebê, por si só, já se configura como um fator de risco para a ocorrência de acidentes infantis (Silva *et al.*, 2014). Para comprovar este dado, diversos estudos estabelecem que os filhos de mães adolescentes são mais suscetíveis e, portanto, têm maiores riscos (Barcelos *et al.*, 2017; Ramos & Nunes, 2014; Silva *et al.*, 2014). E estes são acrescidos em residências com infraestrutura precária onde vivem famílias numerosas e com outras crianças, em que muitas vezes o principal cuidador não é capaz de dar conta de todas as suas atribuições sozinho e delega a responsabilidade de supervisionar a criança para um menor de idade, mesmo que por curto espaço de tempo (Ramos *et al.*, 2013). Existe também um aumento do risco quando a mãe da criança trabalha fora de casa (Silva *et al.*, 2014).

O nível de escolaridade dos cuidadores da criança interfere na taxa de ocorrência de acidentes domésticos na infância (Ramos *et al.*, 2013). Os mais instruídos não apenas terão maior chance de prevenir os acidentes no ambiente domiciliar, mas também serão capazes de oferecer uma primeira assistência melhor às crianças que inevitavelmente sofreram lesões (Ramos *et al.*, 2013).

Os acidentes domésticos são aqueles que acontecem nas residências ou em seu entorno (Luiz *et al.*, 2019; SBP, 2014). Estes ambientes constituem o principal local para a ocorrência de acidentes infantis, porque de modo geral é onde as crianças entre 0 e 5 anos de idade passam a maior parte do dia (Luiz *et al.*, 2019). Há uma série de situações de risco para a ocorrência de acidentes no domicílio e, por ordem decrescente, os cômodos do domicílio em que mais ocorrem estes eventos são, respectivamente, cozinha, banheiro, escada, área de serviço, corredor, quartos e sala (Nascimento, et al., 2019; SBP, 2014). Para cada um desses cômodos, dadas as suas peculiaridades, ocorrem alguns tipos de injúrias com maior frequência (SBP, 2014). Por conseguinte, se torna necessário explorar, do ponto de vista da segurança infantil, todos os cômodos em separado do ambiente doméstico (SBP, 2014).

É de suma importância relatar quais tipos de acidentes podem ocorrer no ambiente doméstico ou no seu entorno (SBP, 2014, 2020). Dentre eles, é válido reportar-se a quedas, queimaduras, intoxicações exógenas, aspiração de corpo estranho e

acidentes envolvendo brinquedos, andadores, animais domésticos, por submersão e de trânsito (SBP, 2014, 2020). Vale ressaltar que a prevalência de cada um desses tipos de injúrias varia conforme a idade da criança (SBP, 2014, 2020).

O problema é que a relevância da prevenção de acidentes infantis é frequentemente subestimada, posto que os serviços de saúde recebem poucos casos de baixa complexidade e gravidade para atendimento em comparação ao total de agravos que são manejados no domicílio pelos cuidadores das crianças (Filócomo *et al.*, 2017; Luiz *et al.*, 2019; Malta *et al.*, 2016). Isso dificulta o conhecimento da real amplitude do problema (Luiz *et al.*, 2019; Malta *et al.*, 2016).

4.2 Quedas

As quedas apresentam alta prevalência na infância, sendo a principal causa de visita à unidade de urgência/emergência pediátrica por lesões não intencionais (SBP, 2014). A maioria das quedas se dão no próprio domicílio, estando associadas a diversos fatores de risco, como berços e camas sem proteção adequada, redes de descanso, sofás, trocadores, pisos escorregadios ou molhados, tapetes, brinquedos espalhados, objetos obstruindo corredores ou saídas de cômodos do domicílio, móveis que podem ser escalados, janelas sem proteção apropriada e escadas (Malta *et al.*, 2012; SBP, 2014). Até 1 ano de idade, é mais comum queda de berço ou cama (Brito *et al.*, 2017; Malta *et al.*, 2012). Após 1 ano, é mais frequente a queda da própria altura, seguida por quedas de outros níveis (Brito *et al.*, 2017; Malta *et al.*, 2012). Dependendo do nível e da gravidade da queda, elas podem desencadear lesões em membros superiores e inferiores, como escoriações, cortes e fraturas, e até mesmo lesões extremamente graves em órgãos internos e traumatismo craniano (SBP, 2014).

Com a supervisão de adultos, relacionada a modificações do ambiente e informações claras em produtos de uso infantil, o risco e as lesões resultantes de quedas podem ter uma redução significativa (SBP, 2014). É essencial nunca deixar bebês sozinhos em qualquer local da casa, particularmente em camas, redes de descanso, sofás e trocadores, mesmo na eventualidade de que a criança ainda não tenha adquirido a capacidade de rolar e/ou engatinhar (SBP, 2014). No berço, é fundamental checar se a altura da base é o bastante para evitar que o bebê caia por cima da grade de proteção (SBP, 2014). Se o limite superior desta grade for menor que $\frac{3}{4}$ da estatura do bebê, o berço não pode mais ser usado (SBP, 2014). Essas orientações devem ser seguidas a partir do momento em que o lactente seja capaz de ficar em pé com apoio (SBP, 2014). Nunca se deve colocar brinquedos ou travesseiros dentro do berço, uma vez que estes objetos podem cair para fora e a criança tentando alcançá-los, pode sofrer uma queda (SBP, 2014). Quando a criança passar a dormir na cama, deve-se instalar grades protetoras dos dois lados (SBP, 2014). Também deve-se ter cautela na escolha de cadeiras para oferecer a alimentação à criança, devendo estes objetos ter base alargada, trava e cinto e sendo imprescindível supervisionar a criança mesmo que ela esteja contida pelos dispositivos de segurança (SBP, 2014). Convém dispor os móveis do domicílio de modo que a supervisão da criança possa ser constante e direta, assim como faz-se necessário trancar portas e bloquear o acesso às áreas perigosas da casa, como cozinha, lavanderia, escada e área externa, por meio do uso de grades protetoras, manter o chão sem objetos que possam provocar deslizos, tropeços ou quedas, remover tapetes ou preferir tapetes antiderrapantes - sendo estes recomendados em banheiros -, e manter móveis afastados de janelas, as quais devem ter trincos de segurança, além de grades ou telas de proteção no caso de casas do tipo sobrado ou apartamentos (Malta *et al.*, 2012; SBP, 2014).

4.3 Queimaduras

As queimaduras em crianças lideram na maioria dos estudos epidemiológicos da literatura mundial sobre queimados (Fernandes *et al.*, 2012). Isso ocorre por causa das próprias características ativas das crianças, do desconhecimento dos fatores de risco e, em alguns casos, da inobservância dos cuidadores, que, juntos, originam esses agravos na população pediátrica (Fernandes *et al.*, 2012). Por serem uma das principais causas de morbimortalidade infantil, quando não levam à morte, a depender da extensão da superfície corpórea queimada, da profundidade das lesões e das complicações associadas, elas

produzem diversas limitações funcionais, psicológicas e sociais (Fernandes *et al.*, 2012). Observa-se que a ocorrência das queimaduras se relaciona a escaldaduras - ou queimaduras por líquidos quentes -, contato com fogo e objetos quentes, queimaduras por substâncias químicas, exposição à eletricidade ou exposição excessiva ao sol (SBP, 2014).

As escaldaduras se caracterizam por serem a principal causa de queimaduras em menores de 5 anos, e, de modo geral, acontecem na cozinha do domicílio e na presença de um adulto, estando relacionadas à deficiência das medidas preventivas empregadas, às más condições dos utensílios domésticos e à própria aglomeração de crianças na cozinha junto aos cuidadores durante a preparação das refeições com líquidos aquecidos (Fernandes *et al.*, 2012; SBP, 2014). Esta última condição, também chamada de “síndrome da chaleira quente”, acontece, na maioria das vezes, a partir da atitude da criança em deslocar do fogão a panela que se encontra com água fervendo (Fernandes *et al.*, 2012). Assim sendo, constata-se que a cozinha não é lugar de criança, por ser o cômodo do domicílio de maior risco para queimaduras (SBP, 2014). Deve-se colocar uma barreira física como grade de proteção na porta da cozinha (SBP, 2014). As panelas devem ficar nas bocas de trás do fogão, sempre com os cabos voltados para dentro e para trás, evitando-se o uso das bocas da frente para fervura de líquidos e frituras (SBP, 2014). Deve-se ter cuidado com a tampa do forno, pois as crianças podem usá-la como degrau, virando o fogão e as panelas em cima delas (SBP, 2014). Líquidos e alimentos quentes não devem ser manuseados com a criança no colo e devem ser mantidos longe da borda de balcões, mesas e pias (SBP, 2014). Além disso, todo cuidado é pouco ao transportar panelas com líquidos quentes, tendo em vista que o adulto pode tropeçar e derrubar o recipiente com líquido aquecido sobre a criança (SBP, 2014).

As escaldaduras podem advir durante a alimentação da criança, havendo risco de queimaduras graves na cavidade oral e na orofaringe (SBP, 2014). Dessa forma, os líquidos aquecidos devem ser dados à criança quando estiverem à temperatura ambiente (SBP, 2014).

As escaldaduras também podem se dar durante o banho (SBP, 2014). A temperatura ideal da água para o banho do bebê com conforto e segurança é de 37° C (SBP, 2014). Deve-se acrescentar primeiro a água fria na banheira e, em seguida, colocar a água quente (SBP, 2014). Deve-se testar a temperatura da água com a mão, movendo-a por toda a banheira para ter a certeza de que é seguro colocar o bebê no recipiente (SBP, 2014). No caso de crianças mais velhas, não se deve autorizar que elas regulem a temperatura do chuveiro elétrico sozinhas (SBP, 2014).

As queimaduras pelo contato com fogo e objetos quentes se dão pelo uso de líquidos inflamáveis, como acetona, álcool e querosene, fósforos, isqueiros, ferro de passar roupas, churrasqueiras e fogos de artifício (SBP, 2014). Brincar com fogo é a maior causa de incêndio envolvendo menores de 5 anos (Valenzuela, *et al.*, 2011). Dessa maneira, deve-se colocar estes objetos fora do alcance dos pequenos (SBP, 2014). As crianças devem ser ensinadas na escola e pela própria família sobre os perigos das queimaduras e dos incêndios e os pais podem, além de vigiá-las rigorosamente, ensiná-las sobre a rota de fuga da casa em caso de incêndio (Fernandes *et al.*, 2012; Reis *et al.*, 2021; SBP, 2014; Valenzuela *et al.*, 2011).

As queimaduras por substâncias químicas, como amônia, pilhas, baterias e soda cáustica, são, por via de regra, preocupantes (SBP, 2014). Esses produtos também devem ser guardados fora do alcance dos pequenos (SBP, 2014). Deve-se dar preferência a produtos que não estejam em embalagens atrativas e que sejam de difícil manipulação pela criança (SBP, 2014).

As queimaduras por exposição à eletricidade, com tomadas desprotegidas, fios desencapados e aparelhos elétricos, acometem mais as crianças menores de 5 anos (SBP, 2014). Ao empinar ou retirar pipas da rede elétrica, crianças maiores e adolescentes podem ter contato com redes de alta tensão e terem lesões sérias, mutilantes ou até mesmo fatais (SBP, 2014). As tomadas elétricas devem estar protegidas por tampas e os fios presos e recolhidos (SBP, 2014). Deve-se evitar usar a mesma tomada para dois ou mais aparelhos elétricos (SBP, 2014).

As queimaduras por exposição excessiva ao sol podem ser prevenidas se a criança tomar sol antes das 10 horas ou depois das 16 horas (SBP, 2014). Exposição ao sol durante grandes períodos, ou fora destes horários, produz queimaduras e

propicia o risco de câncer de pele (SBP, 2014). Vale ressaltar que até os 6 meses de vida não é recomendado o uso de protetor solar e o risco de queimaduras se torna maior (SBP, 2014).

4.4 Intoxicações exógenas

As intoxicações exógenas são um conjunto de sinais e sintomas tóxicos ou somente bioquímicos ocasionados pela interação de um agente químico com o sistema biológico, ou seja, que ocorre por um desequilíbrio orgânico ou estado patológico resultante da exposição a substâncias químicas encontradas no ambiente, como plantas, animais peçonhentos, produtos saneantes e medicamentos (Tavares *et al.*, 2013). A maioria delas acontece em casa e em casa de parentes, onde as crianças estão expostas a substâncias tóxicas armazenadas inadequadamente, de forma geral medicamentos ou produtos saneantes (Silva *et al.*, 2014).

A presença de medicamentos em locais de fácil acesso no domicílio e sua administração diante das crianças são fatores que contribuem para a intoxicação medicamentosa (Luiz *et al.*, 2019). Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os produtos saneantes são preparações ou substâncias a serem aplicadas em ambientes, superfícies inanimadas e tecidos, com a finalidade de desinfecção, desinfestação, sanitização, desodorização e odorização, e incluem produtos de higiene pessoal e limpeza, por exemplo (Silva *et al.*, 2014). O armazenamento dos produtos saneantes em local inapropriado, assim como sua forma de utilização, tem sido apontado como possível fator de risco para que esses acidentes ocorram (Silva *et al.*, 2014).

Apesar da subnotificação, há relatos, no Brasil e no mundo, de casos de intoxicação humana e lesões graves por produtos saneantes (Silva *et al.*, 2014). Dentre estes produtos, merecem destaque os que contêm substâncias cáusticas, por desencadarem lesões graves no trato gastrointestinal, podendo levar a um risco aumentado para o desenvolvimento de estenose esofágica grave, refratária ao tratamento e com risco de recorrência e até mesmo câncer esofágico (Silva *et al.*, 2014).

É válido referir que de 0 a 6 meses, os lactentes se comunicam com o mundo por meio do choro, e a intoxicação exógena ocorre pelo erro na administração de medicamentos e/ou outros produtos pelos seus cuidadores (Tavares *et al.*, 2013). De 6 meses a 1 ano, os lactentes ainda são muito dependentes dos adultos, porém alguns já engatinham ou caminham e conhecem o mundo levando tudo à boca (Tavares *et al.*, 2013). De 1 a 2 anos, têm capacidade de esvaziar armários, principalmente os baixos e abertos, e levam à boca a maioria das substâncias que encontram sem nenhuma reação ou choro (Tavares *et al.*, 2013). De 2 a 3 anos, as crianças são aventureiras e podem ter acesso a qualquer móvel da casa que esteja destrancado (Tavares *et al.*, 2013). No final do 3º ao 4º ano de vida, a ocorrência de ingestão acidental de produtos começa a diminuir, apesar do aumento da habilidade motora, pois tendem a ser mais seletivas quanto ao que ingerem, preferindo substâncias de sabor agradável (Tavares *et al.*, 2013). Bem como é válido relatar que a criança de 1 a 2 anos, pelo grau de desenvolvimento cognitivo e neuropsicomotor, age em uma área restrita do domicílio, como cozinha, banheiro e área de serviço, encontrando produtos de forma indiscriminada, e a criança mais velha interage mais com o seu meio e procura produtos que chamem à sua atenção de maneira meticulosa em prateleiras, potes e vidros fechados nos diferentes cômodos do domicílio (Tavares *et al.*, 2013). Felizmente, evidenciou-se que a ocorrência de intoxicações exógenas anteriores da criança deixou os pais mais alertas em relação à sua proteção, colocando os agentes tóxicos em locais altos, trancados e inacessíveis às crianças, diminuindo os riscos de uma futura intoxicação (Tavares *et al.*, 2013).

Não obstante, devido à subnotificação e ao risco iminente de lesões associadas à elevada morbimortalidade, é imprescindível o empenho do governo em implantar e fiscalizar medidas como a disponibilização de doses fracionadas para extinguir as “farmácias caseiras” e a utilização de embalagem especial de proteção à criança, com tampa inviolável, para reduzir acidentes com medicamentos e produtos saneantes, dessa maneira, fazendo-se necessário manter os produtos em sua embalagem original (Tavares *et al.*, 2013). Tal como podem ser divulgadas na mídia orientações sobre acondicionamento de

agentes tóxicos e como recorrer ao Centro de Controle de Intoxicações, posto que este é um centro médico de consulta telefônica na área da toxicologia que provê informações necessárias em tempo hábil a profissionais de saúde e à população geral em caso de intoxicações exógenas, visando uma abordagem eficaz às vítimas deste tipo de agravo (Ribeiro *et al.*, 2019; Tavares *et al.*, 2013; Valenzuela *et al.*, 2011).

4.5 Aspiração de corpo estranho

Um corpo estranho é qualquer objeto, material ou substância que inadvertidamente penetra o corpo ou suas cavidades, podendo ser ingerido ou colocado pela criança mais comumente na boca, nas narinas ou no conduto auditivo, tendo um risco maior quando é aspirado e chega até as vias aéreas inferiores (SBP, 2014). Qualquer material pode se tornar um corpo estranho no sistema respiratório, e a maior suspeita de que o acidente ocorreu é a situação de engasgo (SBP, 2014).

A aspiração de corpo estranho é um agravo frequente na infância e predomina entre 1 e 3 anos de idade, com mais de 50% das aspirações ocorrendo em menores de 4 anos e mais de 94% antes dos 7 anos (SBP, 2014). É na idade até 3 anos que a criança não controla a mastigação e a deglutição de alimentos, pois não possui os dentes molares, os quais têm como função triturar alimentos sólidos (SBP, 2014). A oferta de alguns tipos de alimentos a crianças até a faixa etária pré-escolar, como amendoim, balas duras, castanha, chiclete, feijão, milho, nozes, pedaços de carne e queijo, pipoca e uva inteira ou cortada na horizontal, apresenta risco de aspiração, já que as crianças vão deglutir esses alimentos sem mastigar direito, e qualquer brincadeira, distração, risada ou susto pode precipitar o acidente (SBP, 2014). Da mesma forma, a criança nesta faixa etária conta com o hábito de levar objetos à boca, como brinquedos com peças pequenas, em geral de irmãos mais velhos, botões ou moedas (SBP, 2014).

Logo após a aspiração de algum alimento ou objeto, ocorre acesso de tosse, seguida de engasgo, que pode ou não ser valorizado pelos cuidadores (SBP, 2014). Quando a criança é levada ao serviço de pronto atendimento, a aspiração deve ser cogitada quando ocorre o primeiro quadro súbito de chiado no peito em pacientes sem histórico pessoal ou familiar de atopia (SBP, 2014). Ademais, tosse persistente, rouquidão, chiado no peito, dispneia súbita e cianose são sinais sugestivos de que pode ter ocorrido a aspiração de corpo estranho e o quadro deve ser manejado pela equipe de saúde (SBP, 2014).

No que concerne às medidas preventivas, é orientado evitar alimentar as crianças enquanto andam, correm, brincam, estão rindo e não as deixar deitar com alimentos na boca, insistir para que as crianças comam à mesa, sentadas, não oferecer alimentos sem amassar, cortar em pedaços bem finos e/ou desfiar as fibras a menores de 4 anos, assim como não deixar pedaços de alimentos no prato, principalmente os arredondados (SBP, 2014). Deve-se supervisionar sempre a alimentação de crianças menores e ficar atento às crianças maiores, já que muitos acidentes ocorrem quando irmãos mais velhos oferecem alimentos ou objetos potencialmente perigosos para os mais novos (SBP, 2014).

4.6 Acidentes com brinquedos

Apesar de auxiliarem consideravelmente no desenvolvimento infantil, os brinquedos podem ser perigosos (SBP, 2014). No Brasil, o Instituto Nacional de Metrologia (Inmetro) faz uma série de testes para garantir a qualidade e a segurança dos brinquedos, no entanto muitas crianças ainda são atendidas nos serviços de pronto atendimento com lesões relacionadas ao uso desses objetos, como quedas, engasgamentos, sufocação e queimaduras (SBP, 2014). Em relação a isso, quedas e engasgamentos são os principais responsáveis pelas lesões e mortes relacionadas com brinquedos (SBP, 2014).

No que diz respeito às medidas preventivas, os brinquedos devem ser apropriados à idade, ao interesse e ao nível de habilidade da criança (SBP, 2014). Deve-se seguir a recomendação da embalagem dos brinquedos, com relação à idade ideal para sua aquisição (SBP, 2014). Os materiais usados na fabricação dos brinquedos devem ser resistentes, não tóxicos e não inflamáveis (SBP, 2014). Ao presentear a criança com bicicletas, patinetes, patins e *skates* aproveite para ensiná-la sobre

segurança na diversão e compre também os equipamentos de proteção individual (EPI's): capacete, cotoveleiras, luvas, joelheiras e buzina (SBP, 2014). Brinquedos de locomoção, principalmente bicicletas, estão associados a mais acidentes que qualquer outro grupo de brinquedos (Malta *et al.*, 2012; SBP, 2014). Deve-se evitar brinquedos com bordas afiadas, vidros, cordas, correntes e tiras com mais de 15 cm ou que incitem à violência, como pistolas com projéteis, espadas, dardos e flechas (SBP, 2014). Balões de látex, bolinhas de gude, peças e objetos pequenos geram risco de engasgamento e sufocação em crianças menores de 3 anos (SBP, 2014). Brinquedos que produzem ruídos acima de 100 decibéis podem prejudicar a audição (SBP, 2014). Brinquedos ligados em tomadas, com elementos de aquecimentos, com pilhas e baterias, não são recomendados para menores de 8 anos (SBP, 2014). Deve-se ensinar as crianças a guardarem seus brinquedos após a brincadeira para prevenir quedas e outros tipos de acidentes (SBP, 2014). Brinquedos para crianças maiores podem ser perigosos para menores e devem ser guardados separadamente (SBP, 2014). É essencial inspecionar brinquedos novos e velhos regularmente, consertando ou descartando aqueles que representem riscos (SBP, 2014). Além dessas medidas, é fundamental assegurar-se de que as crianças brinquem em ambientes seguros (SBP, 2014). A melhor maneira é supervisionar as brincadeiras e até mesmo participar delas (SBP, 2014). Aproveite este momento para interagir com as crianças e ensiná-las a dividir e a respeitar regras (SBP, 2014).

4.7 Acidentes envolvendo andadores

Aproximadamente 60 a 90% dos lactentes de 6 a 15 meses contam com a utilização de andadores no processo de aprender a caminhar, contra as recomendações usuais dos pediatras (SBP, 2014). Comumente, os pais alegam que o “brinquedo” confere mais independência à criança pela maior mobilidade e velocidade, dá mais segurança, evitando quedas, deixa o bebê mais faceiro e, principalmente, mais fácil de cuidar, além de promover o desenvolvimento infantil, propiciando o treinamento da marcha (SBP, 2014). Dizer que o andador torna uma criança mais fácil de cuidar revela desinteresse, falta de disponibilidade e/ou preguiça do cuidador (SBP, 2014). A menos que o cuidador realmente não possa ficar o tempo todo ao lado da criança, é mais seguro colocá-la em um cercado com brinquedos do que num andador (SBP, 2014). É válido discorrer que lactentes que usaram andadores engatinham menos, levam mais tempo para ficar em pé e caminhar sem apoio (SBP, 2014). É válido discorrer também que colocar uma criança de menos de 1 ano em um verdadeiro veículo que pode chegar a uma velocidade de até 1 m/s equivale a entregar a chave do carro a uma outra criança de 10 anos (SBP, 2014). Crianças até a idade escolar exigem total proteção (SBP, 2014). Diversos estudos já demonstraram que cerca de 70% das crianças que sofreram traumatismos com andadores estavam sob a supervisão de um adulto (SBP, 2014). Nem todo mundo reage a tempo de deter um “brinquedo” que dispara pela casa a 1 m/s (SBP, 2014). O andador é o responsável por em torno de 10 atendimentos nos serviços de pronto atendimento para cada 1.000 crianças com menos de 1 ano (SBP, 2014). Isto equivale a pelo menos 1 caso de traumatismo para cada 2 a 3 crianças que utilizam o andador (SBP, 2014). Um terço dessas lesões são graves, como fraturas ou traumatismos cranianos, necessitando de hospitalização (SBP, 2014). Na maioria das vezes, as lesões relacionadas aos andadores são quedas, sendo 80% quedas de escadas (SBP, 2014). No restante dos casos, as lesões se referem a queimaduras, intoxicações exógenas e afogamentos, por exemplo (SBP, 2014). No que tange às medidas preventivas, deve-se desencorajar o uso do andador e fornecer estímulos mais seguros e lúdicos à criança (SBP, 2014).

4.8 Acidentes com animais domésticos

Os acidentes com animais domésticos - como arranhaduras ou mordeduras - de modo geral são causados por animais da própria família ou de vizinhos, sendo as crianças mais comumente agredidas do que os adultos (SBP, 2014). Em crianças menores, os ataques costumam ser mais graves e, diante disso, é maior o risco de injúrias na cabeça (face) ou no pescoço (SBP, 2014). Já em crianças maiores, as lesões habitualmente ocorrem nos membros superiores (antebraços) ou inferiores (pernas)

(SBP, 2014). Pelo fato de cães e gatos serem os animais domésticos mais populares, são também os principais agressores, porém a maioria dos animais domésticos podem ser responsáveis por arranhaduras ou mordeduras (SBP, 2014). Vale ressaltar que há também o risco de infecções, hidrofobia (ou raiva) e até mesmo morte de modo sobreposto às lesões (SBP, 2014).

No tocante às medidas preventivas, deve-se respeitar as atitudes agressivas do animal por defesa ou medo (alimento, cria, dono, território), orientar a criança sobre como lidar com o animal, não permitindo que a criança agrida ou desafie, compartilhe alimentos, durma ou pegue brinquedos do animal, supervisionar quaisquer situação em que a criança esteja próxima ao seu “bicho de estimação”, mesmo que aparentemente a raça seja mansa ou ele seja filhote, além de não se aproximar de animais desconhecidos e não tocar em animais sem a permissão do proprietário (Filócomo *et al.*, 2017; SBP, 2014).

4.9 Acidentes por submersão

Os acidentes por submersão - ou afogamentos -, dentre as lesões não intencionais, são um dos principais responsáveis por óbitos em menores de 4 anos no país, sendo 75% deles fatais (SBP, 2014). Foi identificado também que, para cada criança que morre por afogamento, outras 20 quase se afogam (Valenzuela *et al.*, 2011). Em crianças de até 4 anos, a maioria dos acidentes por submersão ocorre no domicílio, e, na medida em que a criança cresce, o local de ocorrência passa a ser fora do domicílio (SBP, 2014). Ao contrário do que se pensa, o acidente por submersão sobrevém de forma rápida e silenciosa (SBP, 2014). A cena da vítima debatendo-se na água e gritando por socorro é pouco descrita por testemunhas de afogamentos (SBP, 2014). Dentre os sobreviventes, por cada criança que morre afogada, pelo menos 2 são afetadas por sequelas neurológicas graves e irreversíveis (SBP, 2014).

A presença de um adulto responsável no local sempre será necessária para prevenir os acidentes por submersão (SBP, 2014). Crianças menores de 4 anos devem ser afastadas de qualquer reservatório de líquidos (bacias, baldes, banheiras, piscinas, tanques e vaso sanitário), que deverão ser esvaziados, quando possível, ou tampados após o uso (SBP, 2014). No banho de bebês deve-se ter tudo em mãos (toalha, sabonete e roupa), para não se ausentar do local e nunca deixar a criança solta na banheira (SBP, 2014). Antes que o cuidador consiga reagir, lactentes podem se afogar em 2,5 a 5 cm de água (SBP, 2014, 2016). Ainda que não se comprove a eficácia de aulas de natação em evitar acidentes por submersão, todo esporte é saudável e merece ser incentivado (SBP, 2014). As crianças podem aprender as regras de natação e serem educadas a evitar brincadeiras agressivas à beira de piscinas, nunca devendo desafiar seus próprios limites, além de fazerem o uso de boias (SBP, 2014). Piscinas e similares devem ser adequadamente cercadas com 1,5 m de altura e espaço entre grades menor ou igual a 12 cm, cobertas com lonas e de preferência com portão e tranca ao redor (SBP, 2014). No caso de piscinas residenciais, por terem como objetivo o lazer, a compra de piscinas muito profundas deve ser desencorajada (SBP, 2014). A presença de brinquedos dentro de piscinas é atrativa que deve ser evitada (SBP, 2014). As crianças também devem ler e respeitar avisos de segurança em locais públicos como parques aquáticos e praias, tentando ficar em locais onde tenham salva-vidas por perto (SBP, 2014). Em lagoas, represas e rios, geralmente se desconhece sua profundidade e eventuais buracos, desse modo, orienta-se não mergulhar em águas turvas nem nadar próximo de cais, embarcações, rochas e correntezas (SBP, 2014). Em passeios de barcos e afins deve-se usar sempre o colete salva vidas que é mais seguro que flutuadores (boias de braço, câmara de pneu e prancha) (SBP, 2014).

4.10 Acidentes de trânsito

Os acidentes de trânsito destacam-se nos atendimentos de urgência/emergência pediátrica e levam à uma das principais causas de morbimortalidade infantil em nosso país (Malta *et al.*, 2012). Dentre esses acidentes, citam-se

atropelamentos, colisões com crianças dentro de veículos ou eventos envolvendo brincadeiras com bicicletas, patins, patinetes, *skates* e triciclos (Malta *et al.*, 2012).

Os atropelamentos decorrem da dificuldade das crianças em calcular a localização dos sons, o tempo/velocidade do veículo e de tomar decisões rápidas, além de sua baixa estatura, visão periférica parcial e comportamento com tendência a distrações (Filócomo *et al.*, 2017). Essas características aliadas a brincadeiras com outras crianças em áreas de trânsito urbano os deixam mais expostos a estas ocorrências (Filócomo *et al.*, 2017).

Quanto às colisões com crianças ocupando veículos, desde 2010, vigora no Brasil a Resolução 277/08 do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) (Gorios *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2012). Tal resolução representa um grande avanço legal no país, uma vez que a partir dela regulamentou-se a utilização obrigatória de assentos de segurança infantil (ASI's) em crianças de até 7 anos, estabelecendo critérios de utilização em função da idade da criança (Oliveira *et al.*, 2012). Bebê-conforto ou cadeirinha de costas para o painel do veículo é indicado para crianças de até 11 meses; cadeirinha de frente para o painel do veículo é preconizada de 12 a 17 meses; assentos de elevação, de 48 a 90 meses (Gorios *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2012). Quando a criança tem mais de 7 e menos de 10 anos, ela deve ser transportada obrigatoriamente no banco de trás do veículo utilizando o cinto de segurança (Oliveira *et al.*, 2012).

O bebê conforto e a cadeirinha de frente para o painel do veículo possuem alças de contenção para reter a criança, sendo chamados de ASI's retentores (Oliveira *et al.*, 2012). Já os assentos de elevação não têm alças de contenção e utilizam o cinto de segurança do veículo para reter o ocupante do veículo, sendo denominados de ASI's não retentores (Oliveira *et al.*, 2012). Se forem adequadamente utilizados, os ASI's reduzem em 71% as mortes resultantes de acidentes de trânsito (Oliveira *et al.*, 2012).

Os erros de utilização de ASI's podem ser erros de contenção ou de escolha (Gorios *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2012). Os erros de contenção consistem na utilização inadequada (alças frouxas) ou na não utilização de ASI's e/ou do cinto de segurança, fazendo com que haja nulidade da função do assento de coibir a movimentação voluntária da criança no interior do veículo e, principalmente, de conter a criança durante frenagens, curvas, colisões e capotamentos (Gorios *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2012). Os erros de escolha correspondem à utilização de ASI inadequado para a idade da criança (Gorios *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2012). Vale citar que existem também os erros de instalação do ASI no veículo, com particularidades que não serão abordadas neste artigo (Gorios *et al.*, 2014). Dados do *National Highway Traffic Safety Administration* estimam que 80% dos ASI's apresentam erros de utilização (Oliveira *et al.*, 2012). A presença de 2 ou mais crianças no veículo aumenta em 5 vezes as chances de erros de utilização de ASI (Gorios *et al.*, 2014). Quanto maior a criança, maior a negligência na utilização dos ASI (Gorios *et al.*, 2014).

Os eventos envolvendo brinquedos de locomoção em geral ocorrem nas proximidades do domicílio enquanto a criança se diverte com seus amigos em áreas de trânsito urbano, muitas vezes sob a supervisão de um adulto (SBP, 2014). Vale citar que o risco de lesão nesses eventos é acrescido consideravelmente quando a criança não usa EPI's (SBP, 2014).

Para prevenir esses acidentes, as regras de trânsito devem ser ensinadas às crianças pelos pais e nas escolas (Malta *et al.*, 2012; Reis *et al.*, 2021). Os pais devem instruir seus filhos sobre a importância da utilização de EPI's como capacetes, cotoveleiras, luvas, joelheiras e buzina em atividades com brinquedos de locomoção e sempre supervisioná-los nesses momentos de diversão, que devem ocorrer em áreas sem passagem de veículos nas adjacências (SBP, 2014). Além disso, a mídia pode divulgar amplamente algumas informações importantes para a segurança no trânsito: a necessidade do uso por crianças dos ASI's e/ou do cinto de segurança em veículos e do capacete em motocicletas; o impedimento do transporte de crianças menores de 10 anos ou que sejam incapazes de cuidar da própria segurança em motocicletas; bem como o transporte de crianças menores de 10 anos somente nos bancos traseiros de automóveis (Gorios *et al.*, 2014; Malta *et al.*, 2012; Oliveira *et*

al., 2012; Ribeiro *et al.*, 2019). Outrossim, os órgãos municipais responsáveis pelo transporte e trânsito devem manter rigorosa vigilância da circulação de veículos e punição de infratores (Malta *et al.*, 2012).

5. Considerações Finais

Assim sendo, percebe-se que medidas são necessárias para a redução da incidência de acidentes envolvendo crianças no domicílio e no seu entorno (Barcelos *et al.*, 2018; Luiz *et al.*, 2019). Sabe-se que a prevenção de acidentes se mostra mais efetiva quando permeia seus três níveis de abrangência, isto é, prevenção primária, a fim de evitar a ocorrência das injúrias removendo os fatores de risco associados; prevenção secundária, com a finalidade de minimizar a gravidade das lesões, já que o evento traumático não pôde ser evitado; e prevenção terciária com reabilitação, provendo apoio às vítimas para que voltem ao seu potencial máximo anterior ao evento traumático, com o mínimo de incapacidades e sequelas possível (Barcelos *et al.*, 2018; Luiz *et al.*, 2019).

As estratégias adotadas para prevenir acidentes podem ser classificadas em ativas ou passivas (Silva *et al.*, 2017; Waksman & Blank, 2014). Elas são caracterizadas como ativas quando requerem o envolvimento direto do cuidador (Silva *et al.*, 2017; Waksman & Blank, 2014). Desta forma, são menos adotadas em domicílios com maior risco de acidentes (Silva *et al.*, 2017; Waksman & Blank, 2014). Para serem efetivas, dependem da adequação dos ambientes à idade e ao estágio do desenvolvimento cognitivo e neuropsicomotor da criança e mudança de hábitos, o que dificulta sua implementação (Costa, *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2017; Waksman & Blank, 2014). Há embasamento científico para que a orientação para a segurança infantil seja um componente essencial da puericultura e obrigatório da consulta pediátrica (Waksman & Blank, 2014). Alguns autores recomendam que ações de prevenção de acidentes sejam realizadas na própria sala de espera da urgência/emergência pediátrica, com orientação dos profissionais de saúde, distribuição de panfletos e exibição de vídeos informativos que possam alertar os responsáveis pela criança sobre os riscos presentes no domicílio e como proceder para minimizá-los (Luiz *et al.*, 2019). Com o conhecimento dos cuidadores sobre a prevenção de acidentes, as modificações do ambiente onde a criança vive, brinca e estuda se tornam mais efetivas (Silva *et al.*, 2017; Waksman & Blank, 2014). Já as estratégias categorizadas como passivas incluem campanhas e políticas públicas direcionadas à segurança infantil e ao empoderamento dos cuidadores, com treinamento em primeiros socorros (SBP, 2016; Silva *et al.*, 2017; Waksman & Blank, 2014). Elas são bastante efetivas, pois impactam toda a sociedade para que a infância - fase tão vulnerável do desenvolvimento do ser humano - seja mais saudável e livre de agravos decorrentes de riscos ambientais (Costa *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2017; Waksman & Blank, 2014).

As medidas preventivas que englobam um conjunto de estratégias, sobretudo quando estas envolvem educação antecipada dos cuidadores, supervisão adequada e legislação pertinente ao contexto social, surtem mais efeito para garantir ambientes cada vez mais seguros para as crianças (Luiz *et al.*, 2019).

Como perspectivas futuras no tocante à prevenção de acidentes, sugere-se a elaboração de novos estudos com populações maiores e por maior período de tempo, a fim de que o perfil epidemiológico vigente e os fatores de risco relacionados a estes agravos sejam melhor especificados (Luiz *et al.*, 2019).

Referências

- Barcelos, R. S., Del-Ponte, B., & Santos, I. S. (2018). Intervenções para redução de acidentes na infância: revisão sistemática. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, 94 (4), 351-367.
- Barcelos, R. S., Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J. D., Barros, F. C., França, G. C. A. & Silva, V. L. S. da (2017). Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Caderno de Saúde Pública*, 33 (2), e00139115.
- Brito, M. A., Melo, A. M. N., Veras, I. de C., Oliveira, C. M. S. de, Bezerra, M. A. R., & Rocha, S. S. da (2017). Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (3), e2017-0001.
- Costa, A. M., Sá, A., Fraga, J., Dias, F., & Serafino, M. J. (2011). Prevenção de Acidentes: o que sabem os pais. *Nascer e Crescer*, 20 (4), 244-247.

- Fernandes, F. M. F. de A., Torquato, I. M. B., Dantas, M. S. de A., Pontes, F. de A. C. Jr., Ferreira, J. de A., & Collet, N. (2012). Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33 (4), 133-141.
- Filócomo, F. R. F., Harada, M. de J. C. S., Mantovani, R., & Ohara, C. V. da S. (2017). Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em um hospital público. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30 (3), 287-294.
- Gonçalves, A. C., Araújo, M. P. B. de, Paiva, K. V. de, Menezes, C. de S. A., Silva, A. E. M. C. da, Santana, G. de O. & Lourenção, P. L. T. de A. (2019). Acidentes na infância: casuística de um serviço terciário em uma cidade de médio porte do Brasil. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46 (2), e2104.
- Gorios, C., Souza, R. M. de., Gerolla, V., Maso, B., Rodrigues, C. L., & Armond, J. D. E. (2014). Acidentes de transporte de crianças e adolescentes em serviço de emergência de hospital de ensino, Zona Sul da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 49 (4), 391-395.
- Luiz, A., Braz, A. B., Fachini, J. S., Dias, G. Jr., & Rodrigues, F. M. (2019). Perfil dos atendimentos de eventos domiciliares não intencionais em um pronto-socorro pediátrico da Região Sul do Brasil. *Revista Residência Pediátrica*, 9 (2), 119-124.
- Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Bernal, R. T. I., Viegas, A. P. B., Sá, N. N. B. de, & Silva, J. B. da Jr. (2012). Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (9), 2247-2258.
- Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Silva, M. M. A. da, Carvalho, M. G. O. de, Barufaldi, L. A., Avanci, J. Q. ... Bernal, R. T. I. (2016). A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (12), 3729-3744.
- Nascimento, E. N., Gimenez-Paschoal, S. R., & Sebastião L. T. (2019). Intervenção educativa sobre prevenção de acidentes infantis domésticos realizada por estagiários de Fonoaudiologia na Unidade de Saúde da Família. *Revista CEFAC*, 21 (5), e17018.
- Oliveira, S. R. L. de, Leone, C., Carvalho, M. D. de B., Santana, R. G., Lüders, L. E., & Oliveira, F. C. (2012). Erros de utilização de assentos de segurança infantil por menores de 4 anos. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, 88 (4), 297-302.
- Ramos, A. L. C., & Nunes, L. R. M. (2014). Criança em ambiente doméstico/ familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional. *Revista de Enfermagem Referência, série IV* (1), 45-54.
- Ramos, A. L. C., Nunes, L. R. M., & Nogueira, P. J. (2013). Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. *Revista de Enfermagem Referência, série III* (11), 113-123.
- Reis, T. da S., Oliveira, I. dos S., Santos, J. M. de J., Farre, A. G. M. da C., Rodrigues, I. D. C. V., Leite, A. M., & Freitas, C. K. A. C. (2021). Conhecimentos e atitudes de crianças escolares sobre prevenção de acidentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (3), 1077-1084.
- Ribeiro, A., Barros, M., Pereira, I. A., Lírio, C., Pais, I. P., & Couto, M. L. (2019). Conhecimentos e práticas parentais sobre medidas preventivas de acidentes domésticos e de viagem. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 35 (3), 186-195.
- SBP (2014). *Acidentes domésticos*. <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/acidentes-domesticos/>
- SBP (2014). *Acidentes por submersão (afogamentos)*. <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/acidentes-por-submersao-afogamentos/>
- SBP (2014). *Andador: perigoso e desnecessário*. <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/andador-perigoso-e-desnecessario/>
- SBP (2014). *Animais domésticos*. <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/animais-domesticos/>
- SBP (2014). *Aspiração de corpo estranho*. <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aspiracao-de-corpo-estranho/>
- SBP (2014). *Os perigos dos brinquedos*. <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/os-perigos-dos-brinquedos/>
- SBP (2014). *Quedas*. <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/quedas/>
- SBP (2014). *Queimaduras*. <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/queimaduras/>
- SBP (2016, 14 de setembro). Perigo ronda as crianças. *Correio Brasiliense*, p. 23. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/09/Correio-Braziliense_dra.-Luciana-Silva.jpg
- SBP (2020). *Os acidentes são evitáveis e na maioria das vezes, o perigo está dentro de casa!* https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22337c-ManOrient_-_Os_Acidentes_Sao_Evitaveis__1_.pdf
- Silva, A. A. R. da, Passos, R. S., Simeoni, L. A., Neves, F. de A. R., & Carvalho, E. de (2014). Uso de produtos saneantes: práticas de segurança e situações de risco. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, 90 (2), 149-154.
- Silva, M. A. I., Pan, R., Melo, L., Bortoli, P. S. de, & Nascimento, L. C. (2010). Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (2), 351-358.
- Silva, S. P., Sampaio, J., Silva, C. T. da, & Braga, R. (2017). Segurança infantil dos 1 aos 5 anos: o que sabem os cuidadores? *Nascer e Crescer*, 26 (4), 221-226.
- Tavares, E. O., Buriola, A. A., Santos, J. A. T., Ballani, T. da S. L., & Oliveira, M. L. F. de (2013). Fatores associados à intoxicação infantil. *Escola Anna Nery*, 17 (1), 31-37.
- Valenzuela, P. M., Matus, M. S., Araya, G. I., & Paris, E. (2011). Pediatria ambiental: um tema emergente. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, 87 (2), 89-99.
- Waksman, R. D., & Blank, D. (2014). Prevenção de acidentes: um componente essencial da consulta pediátrica. *Revista Residência Pediátrica*, 4 (3) (supl. 1), 36-44.