

Teresa Maria Cruz Fernandes Ramos

**Prevenção de acidentes domésticos na criança:
comportamento parental**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Viseu, fevereiro de 2017

Teresa Maria Cruz Fernandes Ramos

**Prevenção de acidentes domésticos na criança:
comportamento parental**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Isabel Bica

Co-orientação

Professor Doutor João Carvalho Duarte



Viseu

“Não sei se gosto mais do dia. Não sei que gosto mais da noite De dia posso brincar. De noite, eu posso sonhar. Não sei se gosto mais do dia. Não sei se gosto mais da noite. De dia, eu posso balançar. Vou alto, bem alto, no meu balanço. Mas, de noite, eu posso sonhar. De dia, eu posso ler, mas de noite, ah! De noite eu posso sonhar”.

Mary França

Agradecimentos

Muitas foram as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, para elas tenho unicamente uma palavra: obrigada.

À Professora Doutora Isabel Bica, pelo profissionalismo, pelo crédito à minha capacidade de trabalho, pela disponibilidade, sinceridade, orientação e palavras amigas, sem as quais esta dissertação não seria realidade.

Não poderia deixar de agradecer ao Professor Doutor João Duarte, pelos sua prestimosa ajuda no tratamento estatístico, sem o qual não teria sido possível levar a bom porto este trabalho.

Agradeço à minha família, por todo o apoio nos momentos de maior ansiedade e desânimo.

À minha amiga Célia, que esteve comigo desde o início desta etapa e que me apoiou nos bons momentos e me ajudou a ultrapassar os dias menos bons a todos os níveis, um muito obrigada por ter sido ela própria.

Agradeço aos pais que preencheram os inquéritos, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

A todos muito obrigada.

Resumo

Enquadramento: Os comportamentos dos pais cada vez mais interferem na prevenção de acidentes domésticos e de lazer nas crianças, pois são eles que passam a maior parte do tempo com as crianças. Isso implica especial atenção sobretudo para as que se encontram na faixa etária dos zero aos seis anos, cujo desenvolvimento é rápido e sempre influenciado pelo ambiente que as rodeia.

Objetivos: Identificar os comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança; determinar as variáveis sociodemográficas que têm repercussões nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança; analisar a influência das variáveis contextuais à criança e contextuais de acidentes domésticos e de lazer persecutórias dos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 120 pais de crianças que recorreram ao serviço de pediatria, consulta externa de pediatria e urgência pediátrica num hospital da zona norte do país. Recorreu-se a um questionário de autopreenchimento, elaborado para o efeito (*ad hoc*), que comporta questões de caracterização sociodemográfica, questões relativas à criança, aos acidentes domésticos ou de lazer e referentes ao comportamento dos pais face à prevenção de acidentes na criança.

Resultados: Os pais têm em média 35,6 anos de idade e as mães 33,3 anos, a maioria coabita com companheiro(a) (74,2%), em meio urbano (56,7%). Maioritariamente as mães (40,8%) possuem o Ensino Superior e os pais (44,9%) Ensino Básico. As crianças na sua maioria (44,2%) tem idade igual ou superior a 3 anos, 91,7% vivem com os pais, 54,2% têm irmãos e 55% residem em meio urbano com condições sanitárias adequadas. Todas as crianças fazem vigilância de saúde, na sua maioria saudáveis (72,3%) e com número de horas de sono adequado (87%). Das crianças (14,2%) que sofreram acidentes, o tipo mais comum foi as quedas, seguindo-se os cortes e as queimaduras, em casa, na presença dos pais. As mães com idade ≥ 41 anos relatam comportamentos pouco adequados na prevenção de acidentes domésticos ($p=0.045$). Os pais que coabitam com companheiro revelam melhores comportamentos na prevenção de acidentes ($p=0.031$) e os pais cujos filhos sofreram um acidente revelaram um comportamento preventivo pouco adequado ($p=0.033$) com relevância estatística.

Conclusão: Os resultados apontam para a necessidade de continuar a preparar os pais para desenvolverem estratégias e medidas de prevenção adequadas para que as crianças, desde que nascem estejam seguras no ambiente domiciliar.

Palavras-chave: Acidentes domésticos; crianças; comportamento parental.

Abstract

Background: Parents' behaviors increasingly interfere with the prevention of domestic and leisure accidents in children, as they are the ones who spend most time with children. This implies special attention, mostly to the ones between in the age range from zero to six years old, whose development is fast and always influenced by the surrounding environment.

Objectives: To identify parents' behavior regarding the prevention of domestic accidents in children; To determine which sociodemographic variables have repercussions in parent's behavior towards prevention of domestic accidents in children; To analyze the influence of contextual variables on children and contextual domestic and leisure accidents in pursuit of parents' behaviors to the prevention of domestic accidents in children.

Methodology: A quantitative, transversal, descriptive and correlational study, in a non - probabilistic sample for convenience, consisting in 120 parents of children who used the pediatrics service, external pediatric consultation and pediatric urgency at a hospital in the northern part of the country. It was used a self-completion questionnaire, which was built for this work (ad hoc), which includes questions related to socio-demographic characterization, children, domestic or leisure accidents, and related to parents' behavior towards prevention in children accidents.

Results: Parents' age vary from a mean age of 35.6 years old for fathers and 33.3 years old for mothers, and the majority lives with a partner (74.2%) in an urban environment (56.7%). Mostly mothers (40.8%) have Higher Education degrees whereas fathers (44.9%) only the Basic Education. Most children (44.2%) are aged 3 years old or more, 91.7% live with their parents, 54.2% have siblings and 55% live in urban areas with adequate sanitary conditions. All children undergo health surveillance, mostly healthy (72.3%) and with adequate hours of sleep (87%). Of the children (14.2%) who suffered accidents, the most common type was falls, followed by cuts and burns, at home, in the presence of parents. Mothers, aged ≥ 41 years, reported poor behavior in the prevention of domestic accidents ($p = 0.045$). Parents who live with their partners show better behavior in the prevention of accidents ($p = 0.031$) and parents whose children suffered an accident revealed a poor preventive behavior ($p = 0.033$) with statistical relevance.

Conclusion: Results point to the need to continuously prepare parents for appropriate development of strategies and prevention measures so that children, from the time they are born, are safe in their home environment.

Keywords: Domestic accidents; Children; Parenting behavior.

Índice

Introdução.....	19
PARTE I –.....	23
Enquadramento teórico.....	23
1. Acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos.....	25
1.1. Acidentes em casa.....	31
1.2. Acidentes fora de casa.....	33
1.3. Prevenção de acidentes domésticos.....	34
2. Comportamento dos pais na prevenção de acidentes domésticos na criança.....	37
3. Papel do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos na criança.....	39
PARTE II –.....	41
Estudo empírico.....	41
1. Metodologia.....	43
1.1. Métodos.....	43
1.2. Participantes.....	46
1.2.1. Caracterização da amostra.....	46
1.3. Instrumento de colheita de dados.....	49
1.3.1. Operacionalização das variáveis.....	51
1.4. Procedimentos formais e éticos.....	52
1.5. Análise dos dados.....	53
2. Resultados.....	57
2.1. Análise descritiva.....	57
2.1.1. Resultados referentes às variáveis contextuais da criança.....	57
2.1.2. Acidentes domésticos ou de lazer.....	60
2.1.3. Medidas de prevenção de acidentes domésticos ou de lazer com o filho.....	62
2.1.4. Precauções utilizadas na proteção.....	63
2.1.5. Hábitos/Rotinas na prevenção de acidentes.....	66
2.1.6. Informação sobre a prevenção de acidentes na criança.....	68
2.2. Análise inferencial.....	78
3. Discussão.....	89
Conclusão.....	97
Referências bibliográficas.....	101
ANEXOS.....	105
Anexo I – Questionário	
Anexo II – Consentimento informado	

Anexo III – Declaração

Anexo IV – Pedido de autorização para recolha de dados

Índice de figuras

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica	48
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas dos pais	51
Quadro 2 – Operacionalização das variáveis contextuais da criança.....	52
Quadro 3 – Operacionalização das variáveis contextuais dos acidentes	52

Índice de tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos pais.....	47
Tabela 2 – Estado civil dos pais	47
Tabela 3 – Habilitações literárias dos pais	47
Tabela 4 – Zona de residência dos pais	48
Tabela 5 – Rendimento mensal do agregado familiar e situação profissional dos pais	48
Tabela 6 – Valores de referência do coeficiente de variação	54
Tabela 7 – Idade da criança.....	57
Tabela 8 – Caracterização da criança em função do sexo.....	58
Tabela 9 – Condições habitacionais	58
Tabela 10 – Local onde a criança vai às consultas de vigilância de saúde	59
Tabela 11 – Como consideram os pais o seu filho em termos de saúde e sono da criança .	59
Tabela 12 – Acidente doméstico ou de lazer	60
Tabela 13 – Tipo de acidente doméstico sofrido pela criança	60
Tabela 14 – Com quem estava a criança quando teve um acidente doméstico ou de lazer .	61
Tabela 15 – Local onde ocorreu o acidente doméstico ou de lazer.....	61
Tabela 16 – Medidas de prevenção de acidentes domésticos ou de lazer.....	63
Tabela 17 – Precauções utilizadas na proteção.....	65
Tabela 18 – Hábitos/Rotinas na prevenção de acidentes	67
Tabela 19 – Informação sobre a prevenção de acidentes na criança.....	69
Tabela 20 – Aquisição de informação sobre a prevenção de acidentes domésticos através de outras fontes.....	70
Tabela 21 - Estatísticas relativas aos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes	71
Tabela 22 - Comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes	71
Tabela 23 – Comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das variáveis sociodemográficas	73
Tabela 24 – Comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das variáveis contextuais da criança	75
Tabela 25 – Comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das variáveis contextuais dos acidentes	77
Tabela 26 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da idade dos pais	79
Tabela 27– Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função do estado civil.....	79

Tabela 28 – Teste ANOVA entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos e a escolaridade dos pais	80
Tabela 29 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função da zona de residência	81
Tabela 30– Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da situação profissional	81
Tabela 31 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função do rendimento familiar mensal.....	82
Tabela 32 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função do sexo da criança	83
Tabela 33 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da idade da criança	83
Tabela 34 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função da zona de residência da criança	84
Tabela 35 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função da fratria	84
Tabela 36 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da coabitação	85
Tabela 37 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função das condições habitacionais	85
Tabela 38 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função do estado de saúde do filho.....	86
Tabela 39 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função das horas de sono	86
Tabela 40 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da criança ter sofrido um acidente	86
Tabela 41 – Teste ANOVA entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos e a informação	87

Introdução

Os acidentes são a primeira causa de morte nas crianças e adolescentes cerca de 700 por ano correspondendo a aproximadamente à perda de 67.000 anos potenciais de vida, segundo a Escola Nacional de Saúde Pública.

Os acidentes domésticos na infância têm-se revelado como uma das principais causas dos atendimentos, internamentos, incapacidades temporárias, anos de vida potenciais perdidos e óbitos em crianças, nos vários países do mundo, e tem contribuído, de forma considerável, para manter uma elevada taxa de morbi-mortalidade infantil (Costa et al., 2011). Os traumatismos e as lesões continuam a ser responsáveis por mais de 25% do total de mortes em crianças dos 0-9 anos. Não se pode esquecer que as mortes são a “ponta do iceberg” e que um número muito significativo de crianças são hospitalizadas na sequência de acidentes domésticos que, muitas vezes, deixam sequelas para toda a vida (Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2014). São, conseqüentemente, um dos problemas com mais elevados custos socioeconómicos.

O nível socioeconómico e a baixa escolaridade dos pais têm sido identificados como fatores de risco para os acidentes domésticos, predispondo as crianças a uma maior probabilidade de estarem expostas a mais riscos, seja pelas condições precárias da habitação ou por ambientes familiares problemáticos (Costa et al., 2011).

Assim, encarar os acidentes como um grave problema e assumir a sua resolução como uma prioridade de toda a sociedade. O excedente de vidas que se tem obtido em Portugal, pela melhoria sensível da mortalidade perinatal, infantil e, de forma geral, dos outros grupos etários pediátricos, é segado, mais tarde, pelos traumatismos, ferimentos e lesões acidentais, sendo que a grande percentagem destes é evitável.

A prevenção de acidentes domésticos na criança é uma prioridade e continua a ser uma preocupação para os pais e para os profissionais de saúde. É da responsabilidade dos cuidadores a vigilância e adoção de medidas e condutas seguras de forma a evitar acidentes sérios. Contudo, não nos podemos esquecer que a criança se desenvolve explorando o mundo que a rodeia, usando para isso os cinco sentidos. Assim, as medidas de prevenção de acidentes devem, dentro do possível, permitir a liberdade necessária para esse desenvolvimento (Costa, Sá, Fraga, Dias e Serafino, 2011).

Em Portugal existem programas que visam a promoção da segurança infantil e a prevenção de acidentes, o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016, cujo alicerce é a abordagem da saúde pública dirigida para a promoção da segurança e para prevenção de acidentes, em que o envolvimento ativo da comunidade se assume como primordial para a melhoria dos indicadores de saúde (DGS, 2010); o Programa Nacional de

Saúde Infantil e Juvenil que tem como um dos objetivos fomentar comportamentos saudáveis, preconizando a adoção de medidas de segurança reduzindo o risco, e a prevenção de acidentes e intoxicações (DGS, 2013); e o Programa Nacional de Saúde Escolar que nos seus eixos estratégicos uma das áreas de intervenção é a prevenção dos acidentes e primeiros socorros (DGS, 2015).

É função do enfermeiro especialista de saúde infantil e de pediatria a promoção da saúde da criança e adolescente, pelo que foi neste âmbito que surgiu a problemática em estudo, que teve como fundamento as reflexões quotidianas, realizadas no âmbito do exercício profissional, e a análise de vários indicadores de saúde a este respeito. Desta feita, os acidentes constituem uma importante causa de mortalidade, morbidade e incapacidade temporária ou definitiva, resultando em elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, o que leva as evidências a considerá-los um grave problema de saúde pública (Gonçalves, 2011). Por outro lado, vários indicadores nacionais e internacionais relacionados com os acidentes (rodoviários, domésticos e lazer) expõem que estes ocupam o primeiro lugar nas causas de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens (Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2010; Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2010; UNICEF, 2010; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012).

Com base nestas motivações, orientou-se este estudo, formulando-se a seguinte questão de investigação (i) “Quais os comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?” Para além desta questão considerada fulcral do nosso estudo ainda nos questionamos: (ii) “Que variáveis sociodemográficas têm repercussões nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?” (iii) “Qual a influência das variáveis contextuais à criança nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?” (iv) “Que variáveis contextuais de acidentes domésticos e de lazer são persecutórias dos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?”

Às questões formuladas procurar-se-á dar resposta ao longo do estudo empírico. Para o efeito delineou-se um conjunto de objetivos: (i) Identificar os comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade; (ii) Determinar as variáveis sociodemográficas que têm repercussões nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade; (iii) Analisar a influência das variáveis contextuais à criança nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade; (iv) Identificar as variáveis contextuais de acidentes domésticos e de lazer persecutórias dos

comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade

Este estudo encontra-se dividido em duas partes de modo a facilitar a sua leitura e organização. A primeira parte integra a fundamentação teórica, construída com base em contributos investigativos que suportem o estudo empírico. A segunda parte constitui o estudo empírico que se encontra subdividida em capítulos, sendo o primeiro relativo à metodologia, onde se explanam os métodos, participantes, instrumento de recolha de dados, procedimentos éticos e estatísticos. Segue-se a apresentação dos resultados, de modo a poder responder-se às questões de investigação que orientaram o estudo. Tem lugar de seguida a discussão de resultados, na qual se confrontam os resultados obtidos no presente estudo com os constructos teóricos e achados científicos de outras investigações sobre a temática. Segue-se a conclusão, onde se salientam os resultados considerados mais pertinentes, sugerindo estudos futuros sobre a problemática.

**PARTE I –
ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

1. Acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos

A infância abarca etapas sucessivas de desenvolvimento, cada uma com as suas peculiaridades. O desenvolvimento é um processo contínuo, cada etapa prepara a criança para a etapa seguinte, e global, na medida em que a criança cresce e se desenvolve intelectual, social e afetivamente. O crescimento e o desenvolvimento da criança começam desde a concepção e são particularmente céleres nesse momento e nos primeiros anos de vida (Stefane, 2005). A faixa etária dos 1 aos 6 anos varia desde que a criança começa andar de forma independente, até quando já consegue andar e correr com facilidade, sendo esta fase muito propensa a acidentes, ou seja, a agilidade e curiosidade da criança favorecem a ocorrência dos acidentes (Baylor, 2006).

A criança, no decorrer do seu desenvolvimento (lactente, toddler, até à idade escolar), passa por várias etapas e sua curiosidade inata leva-a a investigar o meio envolvente, bem como a imitar o comportamento dos outros, resultando em descobertas e riscos (Wong, 2009). O desenvolvimento das funções de todo corpo e as suas partes implica o desenvolvimento psicomotor. A criança através do movimento e da ação exploratória usa o seu corpo e, deste modo, adquire o conhecimento das coisas e cresce intelectualmente.

Segundo Gallaheu e Ozmun (2003), é através do comportamento motor observável que se torna possível visualizar o processo de desenvolvimento motor da criança, o qual se agrupa em três categorias: movimentos estabilizadores, movimentos locomotores e manipulativos ou combinações dos três. Assim, ainda, em conformidade com os mesmos autores, o movimento serve de janela para o processo de desenvolvimento motor e pode ser estudado através de fases e estágios desenvolvimentistas que são as fases motora reflexiva, fase de movimentos rudimentares.

Deste modo, faz-se uma síntese dos aspetos essenciais do desenvolvimento afetivo, cognitivo e motor da criança dos 0 a 6 anos, tendo em conta Gallaheu e Ozmun (2003) e a escala de Mary Sheridan modificada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013):

Durante o primeiro mês de vida, maior parte do comportamento de um bebé é reflexivo, o que significa que seus movimentos/reações são automáticos (ex. a sucção, a preensão, a busca, etc.). No final do primeiro mês, o bebé já “tenta” levantar a cabeça quando está em decúbito ventral, olha para objetos e rostos que estejam 20 cm de distância, preferindo o rosto humano sobre outras coisas e mostra uma resposta comportamental ao ouvir barulhos (ex. piscar os olhos, assustar-se, movimentar os braços e as pernas rapidamente);

Entre os 1-3 meses, o bebê começa a deixar de ser um recém-nascido totalmente dependente para se tornar num bebê ativo e recetivo. Muitos dos reflexos que apresentava ao nascimento desaparecem nesta fase. Neste período o bebê, em decúbito ventral, já consegue segurar a cabeça e parte do corpo, apoiando-se nos antebraços, mantém as mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas, segura brevemente os objetos e move-os em direção à face, tenta alcançá-los quando estão pendurados e segue-os em movimento;

Aos 4-7 meses de idade, o bebê aprende a coordenar as suas novas habilidades perceptivas (visão, tato e audição) e motoras. Já é capaz de rolar (de decúbito ventral para decúbito dorsal e vice-versa), senta-se, primeiro com apoio das mãos e depois mantém-se sentado sem apoio; suporta o seu peso quando está na posição vertical (com apoio), tem preensão palmar, transfere objetos de uma mão para a outra, explorando-os com a boca e as mãos;

Dos 8 aos 12 meses, o bebê já consegue colocar-se e sair da posição de sentado, sem ajuda. Põe-se na posição de pé, andando agarrado à mobília, usa o movimento de pinça para agarrar objetos (polegar e indicador) e começa também a realizar atividades mais funcionais, como segurar numa colher e virar as páginas de um livro. Será aos 18 meses, que a criança já é capaz de andar sozinha e com alguma velocidade, chuta uma bola grande, faz rabiscos, segura num copo e bebe deste, aponta para objetos ou situações. Aos 2 anos, a criança começa a subir e a descer escadas com ajuda, a andar para trás, a dançar ao som da música, a inclinar-se para apanhar um brinquedo sem cair e é capaz de desmontar e montar um brinquedo simples. Por volta dos 3 anos, a criança é capaz de andar para a frente, para trás e para os lados agarrado a brinquedos grandes, com confiança e sem dificuldade e de andar em bicos de pé. Gosta de guiar triciclos usando pedais e faz curvas, trepa a mobília baixa com agilidade, agarra na bola com os dois braços, representa a figura humana (com cabeça e membros), come com garfo e colher e despe e veste as calças. Nesta idade a criança já tem preferência pelo uso de uma das mãos. Na fase dos 4 aos 6 anos, a criança mostra um alto nível de capacidade de equilíbrio ao realizar certos movimentos como: correr, saltar, pular, escalar. Imita sequências de movimentos e salta por cima de obstáculos a correr. É capaz de atar os cordões dos sapatos sozinha e colocar água num copo sem verter. Por volta dos 5 anos, a criança já é capaz de escrever e usar a tesoura, já que as suas capacidades motoras finas já estão bem desenvolvidas.

Perceber o desenvolvimento da criança dos 0 aos 6 anos é importante quando se estuda a ocorrência de acidentes domésticos e de lazer, cuja definição concetual do termo “acidente”, de acordo com a OMS (2008) refere-se a qualquer acontecimento independente da vontade do homem, caracterizado pela libertação súbita de uma força externa, que pode

manifestar-se por lesões corporais. O termo “acidente” despoleta mecanismos psicológicos adaptativos propensos a integrar o conceito por ele veiculado, na medida em que se associa ao fatalismo, ao determinismo, a um facto que ocorreu “porque tinha de ocorrer”, um acontecimento que existe resultante de uma ação incontornável e incontornável, de uma forma mais simplista, algo que “aconteceu por acidente” (Cordeiro, 2012).

Os acidentes, de acordo com a OMS (2008), tendo como base a Classificação Internacional de Doenças (CID) - 10ª Edição, designada por CID-10, têm a designação de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Segundo as causas, os acidentes subdividem-se em “acidentes”, que correspondem aos de viação, afogamentos, quedas, asfixia, intoxicação, queimaduras, entre outros (códigos V01-X59), sendo também vulgarmente conhecidos por “acidentes não intencionais”. “Lesões auto provocadas intencionalmente” (códigos X60-X84); “Agressões” (códigos X85-Y09) e “Eventos cuja intenção é indeterminada e outros” (códigos Y10-Y98) que pertencem ao grupo de acidentes também designados por “acidentes intencionais”.

Todos os anos morre 1 milhão de crianças vítimas de acidentes, 90% dos quais resultantes de lesões não intencionais. Mais de 10 milhões precisam de tratamento hospitalar por acidentes não-fatais e muitas delas ficam com incapacidade física ou danos cerebrais (UNICEF, 2010). De acordo com o mesmo organismo, os acidentes afetam as crianças em todos os grupos etários, no entanto, são as crianças com idades inferiores aos 5 anos que constituem o grupo de maior risco. Os acidentes mais vulgares nas crianças são os acidentes de viação, os “quase-afogamentos”, as queimaduras, as quedas e os envenenamentos.

Os dados emanados pela OMS (2008) demonstram que a percentagem de acidentes varia muito com o nível de desenvolvimento global de cada país, ou seja, 95% dos acidentes acontecem em países de baixo e médio rendimento. Porém, cerca de 40% do total das mortes, em crianças em todo o mundo, tem lugar nos países mais desenvolvidos. Quanto aos países europeus, o Relatório Europeu sobre Prevenção dos Acidentes nas Crianças (OMS, 2008) indica que, todos os anos, cerca de 42.000 crianças e jovens morrem vítimas de acidentes não intencionais, sendo os valores percentuais distribuídos sobretudo por: acidentes de viação (39%), afogamentos (14%), intoxicações (7%), quedas e queimaduras (4%). A maior parte das mortes ocorre em países de baixo ou médio rendimento e, principalmente, nas crianças de grupos populacionais mais desfavorecidos. Assim, a probabilidade de uma criança morrer num país de baixos rendimentos é 3,2 maior do que num país rico (OMS, 2008).

No espaço europeu, todos os anos morrem 1500 crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos na sequência de uma queda, a maioria delas de acidentes domésticos e de lazer. Ainda que não seja a maior causa de morte nestas faixas etárias, é uma causa frequente de incapacidade, com um risco significativo de sequelas a longo prazo, sendo este o acidente com maior número de hospitalizações e impacte nas atividades quotidianas das famílias (APSI, 2014). Em Portugal, as quedas ocorridas em acidentes domésticos e de lazer são a maior causa de idas às urgências (ADÉLIA, 2008-2010) e de internamentos, representando 4% das mortes acidentais com crianças e jovens (APSI, 2014).

Entre 2002 e 2012, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013), das 74 crianças que morreram por quedas: 77% eram do sexo masculino e 23% do sexo feminino; 34% tinham idades entre os 15 e 19 anos; 31% entre os 0 e os 4 anos e 19% entre os 5 e os 9 anos e 16% entre os 10 e os 14 anos; 46% foram devido a uma queda de altura elevada. Dessas crianças, 22 (13 do sexo masculino e 9 do sexo feminino) morreram por uma queda de/ou para fora de edifícios ou outras estruturas; 9 ocorreram em crianças na faixa etária dos 0-4 anos, 7 em crianças entre os 5 e os 9 anos e 3 crianças com idades compreendidas entre os 10 e 14 anos e entre os 15 e 19 anos; 12 crianças morreram por outras quedas de altura elevada. Nesta categoria encontram-se as mortes por queda de leito, queda de árvore, queda de penhasco, mergulho ou salto para a água causando outro traumatismo que não o afogamento ou submersão e “outras quedas de altura elevada”. Em casa e nas áreas de serviço e comércio, respetivamente 58% e 62%, as quedas ocorreram em maior percentagem nas crianças com idades entre os 0 e os 4 anos. Nos locais de educação/ensino, nas áreas desportivas e ao ar livre, respetivamente 51%, 46% e 34%, as quedas ocorreram em crianças entre os 10 e os 14 anos. ”. Em casa e nas áreas de serviço e comércio, respetivamente 58% e 62%, as quedas ocorreram em maior percentagem nas crianças com idades entre os 0 e os 4 anos.

Quanto à definição de acidentes domésticos e de lazer, o Observatório Nacional de Saúde (2010) refere-se a todos os acidentes registados nas urgências do Sistema Nacional de Saúde, cuja causa não seja doença, acidente de viação, acidente de trabalho ou violência. O Relatório ADELIA 2014 – Acidentes Domésticos e de Lazer, com o apoio do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e com o Observatório Nacional de Saúde, referente aos acidentes domésticos e de lazer ocorridos em 2010-2014, concluiu que os valores mais elevados se registaram nos grupos etários dos 0-4 anos (76,4%); no grupo etário 10-14 anos, o local de maior ocorrência foi a “Escola/Instituições” (56,5%); o mecanismo de lesão mais frequente foi a “Queda” (65%) para todas as idades. Os tipos de lesão mais frequentes em resultado dos acidentes domésticos e de lazer foram: as contusões/hematomas, os quais constituíram mais de metade de todas as lesões registadas

durante o período considerado, seguindo-se a ferida aberta, sendo que este padrão se reflete em todos os grupos etários. Assinale-se que um acidente poderá dar origem a mais do que uma lesão, apesar de, nas crianças dos 0 aos 4 anos, a parte mais atingida tenha sido a cabeça; a percentagem de internamentos constituiu 4,2% dos acidentes domésticos e de lazer, com uma percentagem significativa no grupo etário dos 0-9 anos; a lesão cuja demora média de internamento foi superior foi a “Queimadura/escaldamento térmico” (9,1 dias), seguido de “concussão, contusão, hematoma” (7,5 dias), da “asfixia” e da “amputação”, ambos com uma média de internamento de 7,0 dias. A proporção de acidentes ocorridos em “Casa” manteve valores acima dos 50% nos anos analisados nos grupos etários 0-4. Os acidentes ocorridos na “Escola/Instituição” apresentam uma percentagem mais elevada nos grupos etários que englobam as idades dos 5 aos 19 anos, mantendo-se acima dos 50% no grupo etário dos 10-14 anos. Ao fazer-se a comparação da distribuição entre os sexos, observou-se que os acidentes ocorridos em “Casa”, apesar de serem os mais frequentes em ambos os sexos, foram mais frequentes nas meninas, independentemente da idade.

Os acidentes domésticos e de lazer atingem os indivíduos ao longo de toda a sua vida, com particular destaque para as crianças e idosos (Gielen, McDonald & Shields, 2015). A título exemplificativo, no período entre 2008-2010, ocorreram na União Europeia 233 000 mortes por acidente, das quais 42% (98 891) foram por acidentes domésticos e de lazer, tendo os mesmos sido causa de 22 865 000 hospitalizações (*European Association for Injury Prevention and Safety Promotion*, 2013).

Apesar dos sistemas de vigilância existentes não serem exaustivos na recolha de informação acerca deste problema, o projeto europeu JAMIE – *Joint Action on Monitoring Injuries in Europe* (2012) e o projeto nacional EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (2014), que participa no sistema europeu, fornecem informações regulares com base na recolha de dados em amostras de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. O sistema EVITA, fundado em 2000 na continuação do sistema ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer - Informação Adequada e gerido pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), objetiva contribuir para a vigilância dos acidentes domésticos e de lazer por meio: i) da determinação das frequências e tendências respetivas e das características das vítimas, das situações e dos agentes envolvidos; ii) da identificação de situações de risco e de produtos perigosos que possam estar envolvidos, a fim de suportar criteriosamente o desenvolvimento de políticas e medidas de prevenção adequadas. Apresentamos em seguida alguns resultados dos dados apurados a partir deste sistema para a situação nacional no período 2010-2014.

Os tipos de acidentes na infância relacionam-se diretamente com a faixa etária de idade e com as fases do desenvolvimento (Mateos Baruque, Vián González, Gil et al., 2012). Na perspectiva dos mesmos autores, o domicílio pode ser uma verdadeira armadilha, quando não se dá a devida atenção a determinados detalhes. Importa referir que, na ótica do autor citado, as crianças aprendem através da imitação e são suscetíveis de aprender coisas perigosas da mesma maneira que aprendem o que é útil. Nos primeiros anos de vida não fazem distinção entre uma coisa e outra. Este facto assume-se como uma boa justificativa para que os adultos evitem fazer, na presença de crianças, atividades que não devem ser imitadas, como, por exemplo, tomar medicamentos, fumar, entre outros (Gielen, McDonald & Shields, 2015).

Os acidentes domésticos têm um grande impacto negativo na sociedade, quer em termos de mortalidade e morbidade, quer por resultarem em custos multifatoriais, seja ao nível de recursos humanos e materiais, seja ao nível da saúde, bem como têm fortes repercussões ao nível psicológico e emocional das vítimas e seus familiares (Gonçalves, 2011).

Uma pesquisa realizada no departamento de pediatria de um hospital do Norte de Portugal revelou que as fraturas, as queimaduras, os traumas e as intoxicações ocorridas dentro de casa ou na escola só perdem em número de internamentos para as doenças das vias aéreas superiores e inferiores que, juntas, correspondem a 24% dos casos. Os acidentes domésticos correspondem a 6% dos internamentos, constituindo-se como a quinta maior ocorrência (Durães, Toritama & Maia, 2012). De acordo com os mesmos autores, a falta de cuidados dos responsáveis pela proteção e segurança da criança coopera significativamente para o acréscimo das causas dos acidentes. Deste modo, é frequente, após o acidente, surgir um desajuste na estrutura familiar, com uma transferência de responsabilidade dos cuidados e educação dos filhos entre os familiares. Estas situações poderão também levar a criança a experienciar um atraso significativo no seu desenvolvimento e acarretar sequelas causadas pelos diferentes tipos de acidentes (Gielen, McDonald & Shields, 2015).

De acordo com a literatura, os acidentes mais frequentes são causados por quedas, afogamento, engasgamento, queimaduras, envenenamentos, asfixia e falta de segurança nos transportes. Os locais de maior ocorrência de acidentes são o domicílio (Gonçalves, 2011; Gielen, McDonald & Shields, 2015). Em conformidade com os mesmos autores, os acidentes domésticos estão relacionados diretamente com a idade da criança, a etapa de desenvolvimento psicomotor, os fatores ambientais, educacionais, socioeconómicos e culturais, os quais, por sua vez, se encontram relacionados com o comportamento e estilo de vida.

O estudo de Xavier-Gomes, Andrade-Barbosa, Rocha e Silva (2013), cujo objetivo foi identificar e descrever os acidentes domésticos com crianças, tendo como participantes 50 pais ou responsáveis pelas crianças, revela um registo de 104 acidentes domésticos. Do total de crianças, 19 (38,0%) eram do sexo masculino e 31 (62%) do sexo feminino; 6 (12,0%) acidentes ocorreram com crianças de 3-8 meses, 15 acidentes (30,0%) aconteceram com crianças de 8 meses até aos 4 anos, 11 acidentes (22,0%) com crianças de 4 anos a menor de 8 anos e 18 acidentes (36,0%) ocorreram com crianças dos 8 aos 12 anos. O estudo indica que a presença dos pais não evita que os acidentes ocorram, já que em 93,3% de acidentes as crianças estavam acompanhadas pelos pais. Os tipos de acidentes que ocorreram foram: choque elétrico, colisão, cortes; escorregar, intoxicação, obstrução das vias aéreas, queda e queimadura, com o predomínio das quedas. Os autores concluíram que as crianças são muito vulneráveis aos acidentes e que o ambiente doméstico pode acarretar riscos.

Siqueira, Brandão, Lima, Garcia et al. (2008) realizaram um estudo que teve como finalidade descrever o perfil das intoxicações exógenas agudas, entre crianças de 0 a 12 anos de idade, observadas num hospital especializado materno-infantil. Os resultados demonstraram que 51,2% dos casos corresponderam a intoxicações em crianças do sexo masculino, sendo que em 80,2% o acidente ocorreu no domicílio. A faixa etária mais frequente correspondeu a crianças entre 1 e 3 anos, (64,4%). A via de intoxicação mais frequente foi a oral, sendo exclusiva em 95,7% dos casos. O agente causal mais prevalente foi o medicamento (34%), seguido dos raticidas (14%) e produtos químicos de uso domiciliar (13%). Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental, atuando como educador junto dos pais e crianças, com o fim de reduzir índices de mortalidade e minimizando aspetos relativos à morbidade deste tipo de acidente doméstico infantil.

1.1. Acidentes em casa

Os acidentes domésticos são muito comuns. Mesmo com todo o cuidado, há objetos e situações que podem provocar acidentes, particularmente, para as crianças mais novas, para quem todas as divisões da casa, o quintal e o espaço envolvente podem representar um risco. Neste âmbito, surgem as queimaduras, as intoxicações, a asfixia e engasgamentos, as quedas e outros.

Sendo as queimaduras mais comuns em crianças as térmicas, geralmente causadas por líquidos ferventes, solar, chamas domésticas, fios elétricos, tomadas, elementos de aquecimento (Wong, 1999). De acordo com Sanches (2008), as queimaduras

são provocadas por, líquidos quentes (chá, água, café, óleos), micro-ondas, fogão, entre outros. É um dos tipos de acidente que causa traumas físicos, resultando na dor e o sofrimento à criança e à família, deixando sequelas e comprometimento psíquico. A criança sofre, de forma traumática e consciente, a dor constante e intensa e para as que sofrem esse tipo de traumas térmicos graves, a reabilitação é demorada, há risco de prejuízo do crescimento ósseo e perdas funcionais (Melo, 2005).

As intoxicações estão incluídas numa das principais causas de morte em crianças na faixa etária inferior a cinco anos. A incidência aumenta em relação à faixa etária. Os latentes que não conseguem rastejar estarão seguros dos perigos de agentes tóxicos em decorrência da sua imobilidade. Numa casa comum existem mais muitas substâncias tóxicas e cerca de 1/3 das intoxicações acontecem na cozinha (Wong,1999). As intoxicações não intencionais representam um problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência, sobretudo em consequência da ingestão de medicamentos, seguida de intoxicações por produtos de limpeza, corpos estranhos e pesticidas. O grande número de intoxicações entre crianças até aos 5 anos deve-se à curiosidade delas em procurar descobrir o ambiente à sua volta e levar substâncias à boca (Amaral & Paixão,2007).

As crianças mais novas passam grande parte do tempo a explorar o seu próprio corpo e os objetos pequenos exercem um grande fascínio, um dos motivos que as leva a coloca-los na boca. A aspiração de corpos estranhos pode levar à ocorrência de asfixia provocada por um material estranho no trato respiratório e está relacionada com a asfixia mecânica. Considera-se uma das principais causas de acidente fatal em crianças menores de um ano. O objeto, tamanho e a consistência do corpo estranho são determinantes para provocar a obstrução (Whaley & Wong, 2014). Corpos estranhos mais comuns são: sementes de frutas, grãos de arroz, feijão ou milho, espinhas de peixe, pedaços de ossos, pregos, agulhas, moedas, entre outros. Podem alojar-se nos olhos, nariz, ouvido, garganta, vias respiratórias, tubo digestivo ou sob a pele (Amaral & Paixão,2007). Já o engasgamento pode ocorrer por aspiração de vômitos, brinquedos e alimentos. A aspiração de alimentos ocorre com maior frequência, porque está sobretudo relacionada com a imaturidade da mastigação associada à oferta de alimentos sólidos (Whaley & Wong 2014).

As quedas são consideradas como acidentes não intencionais com grande incidência em crianças com idade até aos 5/6 anos. Estas são consideradas um grande perigo para as crianças, devido à sua grande vulnerabilidade em relação ao ambiente que as rodeiam. Com o desenvolvimento da sua fragilidade em relação a habilidade motora (Wong, 1999). As quedas, de acordo com Sanches (2008), ocorrem quando se deixa a criança sozinha em cima de mesas, sofás, enquanto se prepara o banho ou muda de fraldas; bebês no colo de irmãos ainda novos sem vigilância de um adulto; portas ou janelas

de acesso a varanda ou terraço, sem redes de proteção, grades, fechos de segurança, ou dispositivo adequado que não abra mais de 10 centímetros; o chão onde a criança circula nem sempre está seco e tem produtos que favorecem o seu escorregamento como (ceras, plásticos, tapetes mal instalados).

O *National Institute for Health and Clinical Excellence* – NIVE – (2010) refere que nas crianças com menos de 10 anos a maior parte das quedas estão relacionadas com as condições do ambiente: berço, organização do espaço e mobiliário, zonas de jogos, assim como os comportamentos de risco dos cuidadores que deixam as crianças sem vigilância.

Ainda no contexto doméstico, há a referir a ocorrência de ferimentos não especificados, que se podem classificar, segundo Howand (2011), em: escoriações, lacerações, feridas perfurantes, contusões, etc. As escoriações são causadas por fricção ou raspagem da pele sobre uma superfície áspera, sendo exemplos: as queimaduras por fricção no solo e em tapetes. As contusões são um traumatismo não penetrante, que não altera a integridade da pele, provoca contusão ou equimose. A laceração refere-se à ferida aberta provocada pela rutura da camada dérmica. As feridas perfurantes são causadas pela penetração de objetos afiados ou pontiagudos nos tecidos.

O ambiente doméstico pode ser particularmente hostil às crianças, na medida em que contem: instrumentos cortantes, móveis, janelas, panelas contendo alimentos fumegantes, fósforos, garrafas de detergentes e produtos tóxicos deixados ao alcance da criança e que se constituem atrativos especiais para as mesmas, contribuindo de modo efetivo para aumentar o número de crianças lesionadas (Pereira & Garcia, 2009). Para grande parte das pessoas, a casa é o lugar mais seguro do mundo, entendida como uma barreira protetora das ameaças externas e um garante da intimidade na vida diária (Neto & Rodrigues, 2015). Os mesmos autores referem que, todavia, essa percepção de segurança não invalida que estes espaços não sejam palco de acidentes, por vezes graves, resultando inclusive em morte.

Importa referir que os acidentes com crianças dos 0 aos 6 anos os acidentes não ocorrem apenas em contexto domiciliar, mas também ao contexto circundante à casa e na escola, como a seguir se apresenta.

1.2. Acidentes fora de casa

Por mais atento que se esteja às brincadeiras e traquinices das crianças, é impossível estar em todos os lugares ao mesmo tempo. Quando menos se espera o acidente pode acontecer. Muitas vezes, ocorrem acidentes com crianças nos espaços

circundantes à casa e na escola, sem proteção nas escadas, piscinas, sem barreiras de proteção, bem como na saída da escola por atropelamento (Carvalho, 2016).

Neste âmbito, faz-se referência ao estudo de Venâncio (2014), que teve por base a análise da “Ficha de registo de acidentes escolares e peri-escolares”, em arquivo na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Dão-Lafões, de 2009 a 2012, bem como a aplicação de um inquérito por questionário, com 19 questões, a 12 participantes. A autora verificou que, no total dos 3 anos letivos em estudo, foram registados pelas escolas do concelho de Viseu 1890 acidentes. Numa análise da sinistralidade por alunos matriculados e ano letivo, observou-se que no ano letivo 2009/2010 a sinistralidade é de 3,91%, sendo de 4,49% nos anos letivos seguintes, sendo a queda e o acidente na aula de educação física o tipo e local mais frequente.

Segundo o Relatório Datasus (2014), os acidentes de trânsito, em crianças menores de 1 ano, representa 13% de mortes; na faixa etária dos 1 aos 4 anos, o afogamento representa 34% e os acidentes de trânsito representam 32% das mortes. Já na faixa etária de 5 aos 9 anos, os acidentes de trânsito representam quase a metade dos óbitos (49%), sobretudo para a criança como pedestre. O afogamento ainda prevalece com 26% das mortes. Os traumatismos, os ferimentos e lesões resultantes de acidentes de viação são a principal causa de mortalidade e morbidade infantil.

A criança pequena depende do adulto para a proteger dos perigos. A supervisão da criança pode ser prejudicada por várias razões, quando existem outras crianças ou os pais fazem ao mesmo tempo outras tarefas. Daí, segundo McWilliams (2011), a importância da supervisão direta e sem lapsos.

1.3. Prevenção de acidentes domésticos

Segundo a Associação para a Promoção de Segurança Infantil (2011), todos os dias existem cerca de 700 acidentes com crianças em Portugal, o que revela que esta problemática merece a atenção de todos, em particular os pais. Por sua vez, os profissionais de saúde devem sensibilizar para a espontaneidade dos comportamentos das crianças, bem como para medidas preventivas de acidentes. Os tipos de acidentes estão diretamente relacionados com as fases de desenvolvimento da criança. Aos 4/6 anos a criança foge ao estreito controlo familiar. O seu mundo começa a ampliar e tem uma perceção egocêntrica e irreal do seu ambiente. Tem muita energia, curiosidade, movimentação rápida e escassa capacidade de previsão de riscos. É que o pensamento mágico que acompanha esta faixa

etária faz a criança considerar que pode cair sem se magoar, como nos desenhos animados (Hockenberry & Winkelstein 2014).

Quando menos se espera o acidente acontece, o que se deve essencialmente à morfologia das crianças, às motivações, curiosidade, exploração e descoberta do que a rodeia e o facto de não possuírem a noção do perigo. Deste modo, é importante que se lhes ensine que existem vários tipos de perigo em casa e fora dela que podem ser evitados, bem como que se explique a noção dos limites, a arrumar os brinquedos, não correr pelas escadas nem trepar, utilização do equipamento de proteção individual (Administração Regional de Saúde do Centro, 2015).

Na cozinha, não se deve utilizar toalhas na mesa que as crianças possam puxar, ter o balde do lixo sempre fechado, quando se estiver a cozinhar, devem manter-se os cabos das panelas e frigideiras virados para o interior do fogão. Na casa de banho, quando as crianças tomam banho deve colocar-se um tapete antiderrapante. O piso do chão deve estar sempre seco (Administração Regional de Saúde do Centro, 2015).

O mesmo organismo sugere que em todos os compartimentos da casa onde haja janelas, como, por exemplo, o quarto, a cama deve estar longe da janela e de fontes de calor, evitando-se cadeiras, bancos e caixas. Os brinquedos devem estar arrumados num baú sem tampa e à noite deixar acesa uma luz de presença. De modo a prevenirem-se choques elétricos, sugere-se que se mantenha a instalação elétrica dentro das normas de segurança, evitando extensões e fichas triplas, bem como se devem proteger as tomadas elétricas. Com o intuito de se prevenirem intoxicações, tem de se guardar sempre os produtos tóxicos em locais altos e fechados, não armazenar em casa pesticidas, produtos de uso agrícola ou industrial, líquidos inflamáveis, nem plantas venenosas. Outra medida de prevenção passa por manter fora do alcance das crianças, ensinando-lhes que não devem brincar com: facas, facas elétricas, tesoura, saca-rolhas, armas de fogo. Não permitir que a criança ande com copos de vidro, chávenas ou talheres na mão, nem com objetos na boca. Deve manter-se fora do alcance das crianças fósforos, isqueiros, objetos ou líquidos quentes e pequenos eletrodomésticos, como o ferro elétrico guardar os utensílios em armários altos e fechados à chave. Evitar que as crianças permaneçam na cozinha (Administração Regional de Saúde do Centro, 2015).

Em relação à prevenção de afogamentos, nunca se deve deixar a criança sozinha perto da piscina, lagos e tanques, tapar os poços com uma tampa sólida e vedar as piscinas e os tanques (Administração Regional de Saúde do Centro, 2015). Todos os medicamentos devem ser guardados fora do alcance das crianças, em lugares altos e, de preferência, em armários ou caixas bem fechadas. Os pais ou o adulto responsável pela criança não deve

tomar, nem dar medicamentos sem prescrição ou orientação médica, bem como não deixar os medicamentos ao alcance das crianças e, de preferência, não os tome à frente delas, na medida que é próprio das crianças imitarem os adultos (Administração Regional de Saúde do Centro, 2015).

As crianças pequenas não têm a capacidade para avaliar o perigo, pelo que qualquer objeto que encontram em casa pode transformar-se num brinquedo muito interessante. Botões, tampas e rolhas de garrafas, moedas, pregos pequenos, parafusos e até brinquedos com peças demasiado pequenas são uma atração irresistível para crianças até aos cinco anos de idade, que gostam de levar tudo à boca. Mas consistem um grande perigo, pois as crianças podem engasgar-se e até sufocar. Como tal, os pais ou o adulto responsável pela criança não se devem limitar a proibir as crianças de fazerem determinada coisa, procurando ensiná-las e alertá-las para os riscos que certos atos envolvem, para que possam desenvolver a noção do que é o perigo e do que são comportamentos perigosos. Mesmo quando as crianças são pequenas e a explicação requer muita paciência, sobretudo, devem dar o exemplo, pois as crianças imitam os adultos. Sempre que necessário, deve explicar-se à criança porque é que as suas ações são permitidas aos adultos e a ela não, apontando razões de idade, capacidade, responsabilidade, segurança, entre outros fatores (Associação para a Promoção de Segurança Infantil, 2011).

2. Comportamento dos pais na prevenção de acidentes domésticos na criança

A falta de vigilância, proteção e segurança da criança em contexto domiciliar contribui para acentuar as causas dos acidentes. Tais situações podem resultar num atraso significativo do desenvolvimento da criança, bem como acarretar sequelas para toda a vida (Gielen et al., 2015).

Caso os pais ou cuidadores entenderem que a casa pode não ser um local seguro, os mesmos devem adotar medidas de segurança domiciliar, evitando descuidos e negligências no cuidado à criança. A insegurança domiciliar pode ser intensificada pela curiosidade da criança, particularmente quando atraída por cores, aromas e formatos (Pereira & Garcia, 2009). As mesmas autoras sustentam que a criança torna-se mais vulnerável ao acidente doméstico quando não recebe a atenção necessária ou quando os familiares desconhecem ou negligenciam a segurança no domicílio, de acordo com as características de cada fase de crescimento e desenvolvimento.

O pressuposto de que as crianças são pequenos adultos foi desde há muito abandonado, na medida em que se passou a reconhecer que as crianças têm particularidades que as tornam mais vulneráveis à lesão traumática acidental. As suas capacidades físicas e cognitivas, grau de dependência, tipo de atividades e comportamentos de risco alteram-se ao longo do seu crescimento e nem sempre se correlacionam com a sua capacidade de reconhecer, evitar ou enfrentar o perigo (Dias, Costa & Martins, 2013). Com base nestes pressupostos, os mesmos autores realizaram um estudo a fim de analisar a utilização de medidas de prevenção de acidentes domésticos pelos pais e apurar a frequência com que informação sobre este tema é veiculada nas consultas de saúde infantil (CSI's) pelos profissionais de saúde. Os resultados revelaram que 95.0% dos pais com crianças com idade média de 40 meses (6-75 meses) consideraram este tema muito importante. As medidas de segurança mais utilizadas em casa relatadas pelos mesmos foram: a colocação de objetos perigosos em locais inacessíveis, a utilização de brinquedos recomendados para a idade da criança (93% cada) e berços com grades para a cama (79%); 37.0% referiram utilizar ou ter intenção de utilizar capacete nas atividades desportivas. O mesmo estudo revela que os pais com menores habilitações afirmam que esse tema é abordado nas consultas sempre ou quase sempre (25% e 44%, respetivamente), enquanto 30% com maior nível de escolaridade referem que esse assunto raramente é abordado nas CSI's.

Ainda segundo Dias, Costa e Martins (2013), as intoxicações e o engasgamento/asfixia, embora não sejam o mecanismo acidental que provoca mais mortes, parecem estar no topo da prioridade dos pais inquiridos, atendendo ao facto de que 93.4%

admitiram verificar a idade recomendada dos brinquedos que a criança utiliza e 92.7% afirmaram ter o cuidado de guardar substâncias perigosas (detergentes, medicamentos e outros tóxicos) em locais inacessíveis. O oposto também pode ocorrer, ou seja, talvez este tipo de acidentes seja menos frequente devido à consciência dos pais sobre este tipo de acidentes e as medidas de prevenção de acidentes utilizadas.

Durães, Toritama e Maia (2012) realizaram um estudo que objetivou avaliar o conhecimento dos pais sobre como proceder face aos acidentes domésticos, tendo em conta a necessidade de ações preventivas junto da criança, família e comunidade, com a finalidade de alertar para os riscos, tendo subjacente também a necessidade de adotar comportamentos seguros em relação ao ambiente doméstico, atendendo à fase de desenvolvimento da criança. O referido estudo avaliou o conhecimento de 50 pais acerca dos acidentes domésticos, com prevalência do género feminino (82%). A idade variou entre 18 e 56 anos, 42% dos pais possuíam o ensino superior. Ao ajudar uma criança com acidente, 58% dos pais referiram que a sua primeira ação é pedir socorro. Para 76% dos pais, a falta de cuidados/vigilância é o fator que mais resulta em acidentes domésticos; 84% dos participantes responderam que não permitir que a criança brinque na cozinha faz parte dos cuidados que se deve ter para evitar acidentes, apenas 2% relataram que realizam atividades na cozinha com a criança no colo. Deste modo, Durães, Toritama e Maia (2012) referem que os acidentes domésticos em crianças são potencializados pela inobservância, ausência de comportamento preventivo por parte das famílias e falha em termo de vigilância do adulto responsável, o que justifica uma ação educativa centrada na prevenção, envolvendo os pais e/ou outros responsáveis nesse processo. Os dados apurados no mesmo estudo revelam que os pais possuem conhecimento em relação à prevenção dos acidentes domésticos, todavia, requer mais informação e adoção de outras estratégias para a sua efetiva prevenção.

3. Papel do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos na criança

Começa-se por referir que os enfermeiros desempenham um importante papel no processo de educação para a saúde, o que passa por determinadas intervenções, nomeadamente: identificar as necessidades de aprendizagem, os indivíduos pretendem saber e aprender, diagnosticar a motivação das pessoas e a sua aptidão para a aprendizagem, incentivar a sua participação no processo de aprendizagem e auxiliá-las no estabelecimento de prioridades das aprendizagens (Gonçalves, 2011).

Em conformidade com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010), ao enfermeiro em educação para a saúde não compete simplesmente informar, mas educar, que é um processo de transmissão de conhecimentos sobre saúde, o que requer a transmissão de informação sistematizada, isto é, instruir, integrando-a no contexto, o que, por sua vez, implica saber explicar, tornando as informações compreensíveis e claras. Ainda segundo a mesma fonte, o enfermeiro tem de saber aconselhar, capacitando a pessoa de modo a que a mesma possa tomar a sua própria decisão, com recurso ao diálogo. É importante igualmente que o enfermeiro saiba orientar, um processo que significa levar a pessoa à tomada de decisão, para que possam alcançar bons resultados, ao nível da saúde. Neste sentido, o enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria tem de se assumir como promotor da saúde e bem-estar de cada família, sendo necessária a capacitação da família em relação ao ambiente doméstico e à criança, tendo em conta cada etapa do desenvolvimento.

Os acidentes domésticos e de lazer, na maioria das vezes, são originados por fatores reversíveis e suscetíveis de prevenção. Como tal, o papel do enfermeiro no que diz respeito aos acidentes domésticos infantis consiste em trabalhar com programas educacionais que envolvam pais e crianças através da sensibilização sobre a necessidade de prevenir acidentes e também acerca dos primeiros cuidados a serem prestados quando esses acidentes ocorrem (Novais, Guimarães, Fagundes, Ferreira & Macedo, 2012). Neste sentido, os mesmos autores desenvolveram uma atividade de educação para a saúde de modo a orientar os pais e/ou cuidadores de crianças acerca das atitudes protetoras de acidentes domésticos na infância e também os cuidados a serem prestados à criança vítima de um acidente doméstico. O referido estudo consiste num relato de experiência acerca da ação de educação para a saúde realizada por enfermeiros aos pais, responsáveis e/ou cuidadores de crianças que aguardavam com seus filhos na sala de espera para a consulta pediátrica. A amostra era constituída por 20 pais, responsáveis e/ou cuidadores de crianças na faixa etária dos 0 aos 02 anos de idade. Os conteúdos abordados relacionavam-se com a prevenção de acidentes domésticos, como as quedas, o envenenamento, a asfixia, os

choques elétricos e as queimaduras, bem como incidam nos primeiros socorros que devem ser prestados nas referidas situações. Novais et al. (2012) consideram que os resultados foram satisfatórios, na medida em que os participantes revelaram grande interesse pelos temas abordados, tendo, inclusive, levantado algumas questões e relatado experiências vivenciadas. Deste modo, infere-se que a necessidade de atuação dos enfermeiros na área, através de atividades que envolvam a prevenção de acidentes domésticos e de primeiros socorros a serem prestados em situação de acidente com a criança. Para haver uma educação de qualidade, centrada no processo de educação para a saúde, é necessária igualmente a formação dos enfermeiros, assegurando e instrumentalizando uma efetiva colaboração, como agentes centrais do processo de ensino e aprendizagem.

Importa referir que, segundo o Regulamento n.º 123/2011, de 18 de fevereiro de 2011, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, deve sempre pautar-se por um modelo concetual centrado na criança e na família, vendo esta idade como beneficiária dos seus cuidados. Deste modo, é importante a sua intervenção na prevenção de acidentes domésticos e de lazer nas crianças entre os 0 e os 6 anos, prestando esclarecimentos aos pais e transmitindo-lhes informações necessárias de modo a atuar-se ao nível da prevenção. Reforça-se ainda com o pressuposto preconizado pelo mesmo dispositivo legal, quando refere que se constituem como áreas de atuação específica “a avaliação e a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança”, “com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco” (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de fevereiro de 2011, Preâmbulo, p. 8653), no caso específico os acidentes domésticos e de lazer.

**PARTE II –
ESTUDO EMPÍRICO**

1. Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos no qual se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados. Esta abordagem vai ser realizada a fim de desenvolver a problemática em estudo - Comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança.

1.1. Métodos

O reconhecimento da necessidade de intervir nos acidentes domésticos está expresso nas Recomendações e Resoluções aprovadas em várias Assembleias Mundiais da Saúde, Assembleias-Gerais das Nações Unidas e no Parlamento Europeu. Em todas as decisões se apela aos países para priorizarem nas suas políticas nacionais programas de promoção da saúde e prevenção dos acidentes, efetivos e sustentáveis. As baixas condições socioeconómicas são fatores de risco comuns a todo o tipo de acidentes domésticos, sendo, neste contexto, as crianças, as principais vítimas. Esta situação é cada vez mais inadmissível, uma vez que a evidência científica tem vindo a demonstrar que muitos acidentes domésticos com crianças podem ser prevenidos e muitas mortes podem ser evitadas (DGS, 2010).

Os acidentes domésticos com crianças são muito comuns. Mesmo com todo o cuidado, há objetos e situações que podem fomentar acidentes, particularmente, para as crianças, para quem todas as divisões da casa, o quintal e o espaço envolvente podem representar um risco (Gielen et al., 2015).

Os acidentes domésticos na criança é uma problemática que preocupa os profissionais de saúde. Os enfermeiros nos diversos contextos de atuação, cuidados de saúde primários e no hospital alertam os pais para a prevenção de acidentes domésticos na criança em conversas informais ou na consulta. Nunca é demais alertar para a proteção da criança dos perigos que existem no ambiente doméstico. Durante o estágio no Centro de Saúde, considerou-se muito pertinente a visita domiciliária que se realiza nos primeiros dias de vida da criança, após a alta da maternidade, onde se pode alertar a família para alguns perigos e ajudar a tomar medidas de prevenção de acidentes relacionadas com as condições da casa e conhecimentos dos pais e familiares com quem vive a criança. Quando a criança está internada no hospital é uma oportunidade para reforçar a ideia de que o seu

filho é frágil e necessita de toda a sua atenção para prevenir acidentes nas várias etapas de desenvolvimento da criança, pois à medida que esta cresce no seu processo de desenvolvimento/aprendizagem e nas brincadeiras espreitam muitos perigos, a supervisão não pode ser descurada

Quando se enveredou por este tema teve-se em conta a experiência pessoal e profissional. Como mãe e educadora, teve-se sempre em consideração a prevenção de acidentes dentro e fora de casa, utilizando medidas de proteção e de supervisão. Enquanto enfermeira em contexto hospitalar foi sempre prioridade, ao identificar as dificuldades e falta de conhecimentos dos pais, transmitir-lhes habilidades e algum conhecimento para que estes apostem na promoção da saúde da criança indo ao encontro sempre da prevenção de acidentes domésticos. Alertar os pais para a necessidade de conhecerem os perigos existentes no ambiente doméstico (dentro e fora de casa) e tomarem as medidas de proteção necessárias para prevenir acidentes nas fases de desenvolvimento da criança.

Em termos científicos, este estudo vai ao encontro das preocupações que emergiram, alguns acidentes domésticos podem ser evitados. Os profissionais de saúde devem apostar na capacitação dos pais e cuidadores de crianças, principalmente até aos 6 anos de idade. Dos 0 aos seis anos de idade as crianças passam muito tempo em casa e ainda não têm a noção do perigo bem desenvolvido. Em cada fase do desenvolvimento, a criança nas suas brincadeiras necessita de usar a sua curiosidade, capacidade de explorar o ambiente que a rodeia, assim como a sua aptidão para desafiar por vezes as regras que os pais tentam instituir. É neste contexto que a família e o ambiente que a rodeia podem proporcionar à criança uma dualidade de potencial de riscos e potencial de desenvolvimento que se definem como comportamentos dos pais na prevenção de acidentes domésticos e competências parentais.

Tendo por base o exposto delinear-se as seguintes questões que norteiam esta investigação: (i) Quais os comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?" Para além desta questão considerada fulcral do nosso estudo ainda nos questionamos (ii) Que variáveis sociodemográficas têm repercussões nos comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade? iii) Qual a influência das variáveis contextuais à criança nos comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade? iv) Que variáveis contextuais de acidentes domésticos e de laser são persecutórias dos comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?

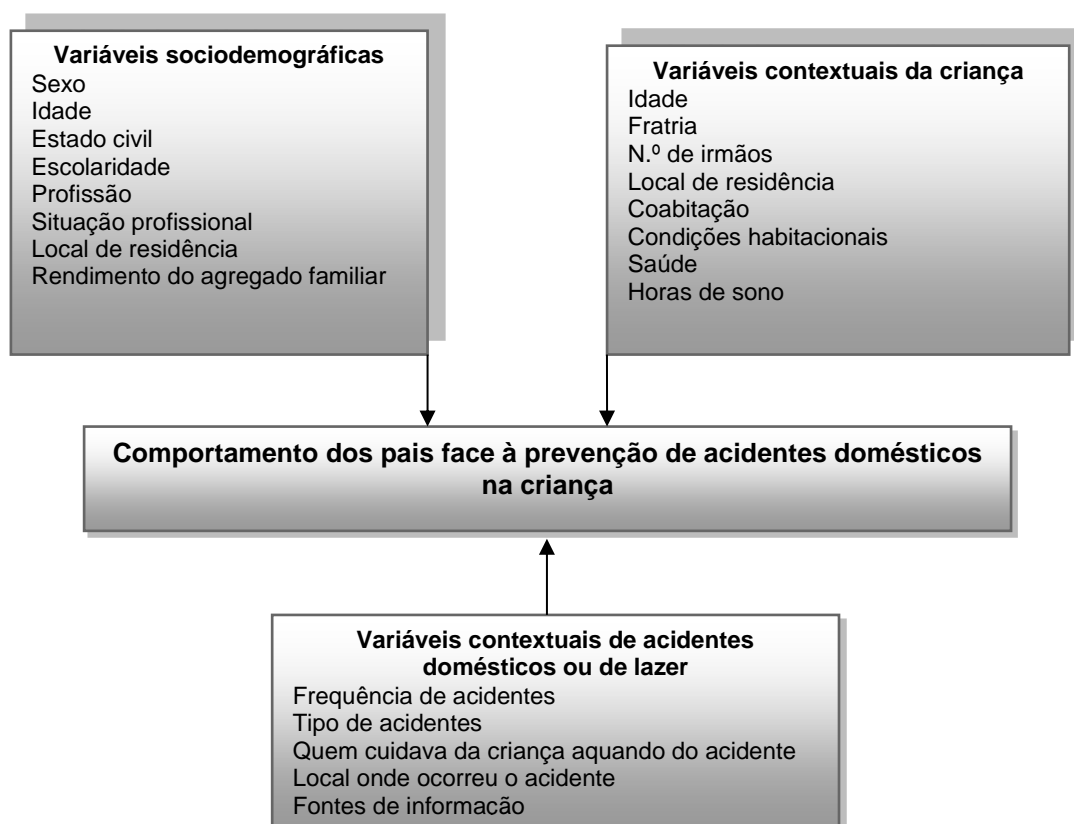
Formuladas as questões de investigação, e no intuito de lhe dar resposta delineamos como objetivos: (i) Identificar os comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade; (ii) Determinar as variáveis sociodemográficas que têm repercussões nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade; (iii) Analisar a influência das variáveis contextuais à criança nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade; (iv) Identificar as variáveis contextuais de acidentes domésticos e de lazer persecutórias dos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade.

Como o tipo de estudo varia em função do que se pretende para a investigação em causa e como a formulação das questões de investigação já prediz qual o método de investigação empregue (Fortin, 2009), desenvolveu-se um estudo situado no paradigma quantitativo, pois é baseado em resultados numéricos, suscetíveis de serem generalizados a outras populações (Fortin, 2009) o que não ocorre no presente estudo dado que a amostra selecionada é do tipo não probabilístico.

Dentro do paradigma quantitativo, este estudo também é definido como um tipo de estudo descritivo-correlacional de corte transversal, pois permite a descoberta de novos conhecimentos através da descrição das características de um fenómeno ou de uma população num período pré-definido e limitado. Os estudos correlacionais apoiam-se nos estudos descritivos e pretende explorar as relações entre as variáveis

Através da representação esquemática patente na Figura 1, pretende-se expor a relação entre as variáveis designados por independentes (características sociodemográficas dos pais, da criança e contextuais dos acidentes domésticos e/ou de lazer) e a variável também designada por dependente (comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança).

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



1.2. Participantes

Este estudo é suportado com base numa amostra não probabilística por conveniência, elegida entre os pais de crianças que recorreram ao serviço de pediatria, consulta externa de pediatria e urgência pediátrica do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) no período de janeiro e fevereiro de 2016, constituída por 120 pais (pai vs. mãe) que aceitaram integrar o estudo e que responderam ao questionário.

1.2.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 120 participantes, dos quais 87.5% das mães (n=105) responderam aos questionários e 12,5% (n=15) dos pais.

As estatísticas da **idade** revelam, para o pai, uma idade mínima de 21 anos e uma máxima de 53 anos, com uma média de 35.61 (\pm 6.440) anos, a que corresponde um coeficiente de variação de 18.08%, sugestivo de dispersão moderada. Para as mães, a

idade mínima é 21 anos e a máxima 47 anos, com uma média de 33.32 (\pm 5.486) anos, correspondendo-lhe um coeficiente de variação de 16.46%, também com dispersão moderada. Os pais são ligeiramente mais velhos que as mães (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos pais

Pais	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Pai	15	21	53	35,61	6,440	18,08	0,90	-0,67
Mãe	105	21	47	33,32	5,486	16,46	0,78	-0,67

No que se refere ao estado civil dos pais, como exposto na Tabela 2, pode afirmar-se que há um claro predomínio de progenitores com companheiro (74.2%).

Tabela 2 – Estado civil dos pais

Estado civil	N	%
Com companheiro	89	74,2
Sem companheiro	31	25,8
Total	120	100,0

A análise dos resultados apresentados na Tabela 3 revela que a maioria dos progenitores (44.9%) possui o ensino básico, secundados pelos que têm o ensino superior (28.5%), estando em menor percentagem os progenitores com o ensino secundário (26.3%). No que se refere às progenitoras, a maioria possui o ensino superior (40.8%), seguidas das que possuem o ensino secundário (34.2%), com menor percentagem as progenitoras com o ensino básico (25.0%).

Tabela 3 – Habilitações literárias dos pais

Zona de residência	Pai		Mãe	
	n	%	N	%
Ensino básico	53	44,9	30	25,0
Ensino secundário	31	26,3	41	34,2
Ensino superior	34	28,8	49	40,8
Total	118	100,0	120	100,0

Reportando a Tabela 4 à distribuição da amostra em função da zona de residência, pode afirmar-se que estão em maioria ambos os progenitores residentes em meio urbano (pai 55.9% vs. mãe 56.7%).

Tabela 4 – Zona de residência dos pais

Zona de residência	Pai		Mãe	
	N	%	N	%
Rural	52	44,1	52	43,3
Urbana	66	55,9	68	56,7
Total	118	100,0	120	100,0

Os resultados apresentados na Tabela 5 indicam que prevalecem, na amostra em estudo, pais com um rendimento mensal que se enquadra na classe baixa/média baixa (57.1%), enquanto 42.9% pertencem à classe média alta/alta. No que diz respeito à situação profissional 92,3% dos pais encontra se empregado.

Tabela 5 – Rendimento mensal do agregado familiar e situação profissional dos pais

Rendimento mensal	N	%
Classe baixa/média baixa	68	57,1
Classe média alta/alta	51	42,9
Total	119	100
Situação profissional dos pais		
Empregado	108	92,3
Desempregado	9	7
Total	117	100

Em síntese:

O perfil sociodemográfico revela que os pais (pai e mãe) têm em média 35,6 anos de idade e as mães 33,3 anos, residem na sua maioria com companheiro(a) (74,2%), em meio urbano (56,7%), as mães estão maioritariamente habilitadas com o Ensino Superior (40,8) enquanto os pais com o Ensino Básico (44,9%), os progenitores encontram-se na maioria empregados (92,3%) a auferir de um rendimento mensal que se enquadra na sua maioria (57,1%) na Classe baixa/média baixa.

1.3. Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de colheita de dados optou-se pelo questionário (cf. Anexo I) por ser aquele que mais se adequa ao tema em estudo (Fortin, 2009). Trata-se de um instrumento a ser preenchido pelos próprios pais, tendo em vista obter a sua opinião o mais rápida e sincera possível e com o mínimo de interferência e influência externa. Para além disso, o questionário não necessita muitos recursos humanos nem financeiros, quer na sua distribuição, quer no seu preenchimento e recolha.

O questionário foi elaborado para o efeito (*ad hoc*) e foi desenvolvido após a revisão da literatura e a partir de experiências de alguns autores em pesquisas relacionadas com a percepção e manuseamento da prevenção de acidentes domésticos em crianças.

Depois da sua execução, foi entregue uma versão corrigida a um grupo de peritos, constituído por dois médicos de família, dois pediatras, quatro enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, e dois pais, a fim de se assegurar a validade do conteúdo do instrumento de medida. Seguidamente procedeu-se à sua aplicação a título experimental (teste piloto), a um grupo de 10 pais que recorreram com os seus filhos ao serviço de urgência de pediatria. Feita uma análise das respostas e das sugestões apresentadas não houve necessidade de se proceder à alteração das questões.

O instrumento está estruturado em quatro secções, a primeira secção diz respeito à caracterização sociodemográfica dos pais, a segunda secção inclui variáveis contextuais da criança, a terceira as variáveis contextuais de acidentes domésticos ou de lazer e uma quarta secção incorpora os comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança.

Secção I -Caracterização sociodemográfica dos pais

Esta secção é constituída por 8 questões que procuram saber os dados pessoais dos pais (idade, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, local de residência e rendimento do agregado familiar);

Secção II Variáveis contextuais da criança

Nesta secção encontrando-se 8 questões relativas à criança (idade, sexo, fratria, local de residência, coabitação, condições habitacionais, saúde e horas de sono).

Secção III - Variáveis contextuais de acidentes domésticos ou de lazer

Nesta secção com 5 questões relativamente às variáveis contextuais aos acidentes domésticos e de lazer, procurou-se saber a frequência de acidentes, tipo de acidentes, o cuidador da criança na altura do acidente e local onde ocorreu o acidente. Ainda nesta secção foi inserida uma questão que procurava saber se os pais têm informação sobre prevenção de acidentes e em caso afirmativo como foi obtida essa informação.

Secção IV - Comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos ou de lazer

Esta secção apresenta 3 dimensões relativas aos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança, “Medidas de prevenção de acidentes”; “Precauções utilizadas para a proteção” e “Hábitos/Rotinas na prevenção de acidentes”.

A primeira dimensão “medidas de prevenção de acidentes” apresenta sete asserções que procuram determinar as medidas que os pais adotam no domicílio para a prevenção de acidentes dos seus filhos. Cada item é cotado numa escala dicotómica sim (1) vs não (0). Os itens 12a, 12b, 12c e 12 g possuem cotação inversa. Do somatório dos sete itens resulta um score que oscila entre 0 e 7 sendo que quanto maior a cotação melhor a prevenção.

A segunda dimensão “precauções utilizadas para a proteção” apresenta dez afirmações que procuram determinar que precauções são utilizadas pelos pais no domicílio para protegerem os seus filhos de acidentes. Cada item é cotado numa escala dicotómica sim (1) vs. não (0).Do somatório dos dez itens resulta um score que oscila entre 0 e 10 sendo que quanto maior for a cotação melhor é a proteção.

A terceira dimensão “hábitos/rotinas na prevenção de acidentes” expõe doze declarações que procuram determinar quais os hábitos/rotinas utilizados para prevenir acidentes com o seu filho no ambiente doméstico. Cada item é cotado numa escala dicotómica, sim (1) vs. não (0).Os itens (14d), (14e), (14f), (134g), (14h), (14l) são cotados inversamente. Do somatório dos 12 itens resulta um score que oscila entre 0 e 12, sendo que quanto maior for a cotação melhores são os hábitos/rotinas de prevenção.

Na operacionalização desta variável, a resposta a cada afirmação é dicotómica sim ou não com uma cotação 1 para sim e 0 para não. As afirmações (12a), (12b), (12c), (12g), (14a), (14d), (14e), (14f), (14g), (14h), (14l), são cotadas inversamente. Estas afirmações serão associadas num somatório de 0 a 29 pontos

Para o score global efetuaram-se pontos de corte tendo por base os percentis 25 e 75. Nesse sentido, consideraram-se com comportamentos pouco adequados todos os participantes que possuíam scores inferiores ao percentil 25, adequados entre o percentil 25 e 75 e muito adequados superior ou igual ao percentil 75.

1.3.1. Operacionalização das variáveis

Para minimizar a possibilidade de divergências interpretativas e atribuir-se um significado claro e preciso às variáveis, criando-se a possibilidade de as tornar mensuráveis, procedeu-se à operacionalização conceptual e empírica de algumas das variáveis manifestas e latentes em estudo. Assim, no que concerne às variáveis manifestas, o Quadro 1 sintetiza a operacionalização empírica realizada.

Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas dos pais

Variáveis	Descrição	Operacionalização
Idade	Pergunta aberta	Agrupadas de 10 em 10 anos: 21 - 30 anos; 31- 40 anos; \geq 41 anos
Estado civil	Casado(a); Juntos/união de facto Solteiro(a), Divorciado(a), Viúvo(a)	Com companheiro Sem companheiro
Habilitações literárias	\leq 9 anos 10 a 12 anos Curso de especialização tecnológica; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento	Avaliadas em função da mãe e do pai e classificadas em três grupos: Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior
Situação Profissional	Empregado(a) Desempregado(a) Aposentados	Avaliado em função do pai e da mãe Ativo Não ativo
Residência	Cidade, Vila, Aldeia	Urbana Rural
Rendimento mensal	Até 1000 euros \geq 1000	Classificado segundo a escala de Graffar adaptada: Classe Baixa e Classe Média Baixa Classe Média e Classe Média Alta

As variáveis contextuais da criança foram operacionalizadas de acordo com o exposto no Quadro 2.

Quadro 2 – Operacionalização das variáveis contextuais da criança

Variáveis	Descrição	Operacionalização
Idade	0-12 meses (1ano)	Agrupadas por estágios psicossociais segundo Erikson Primeiro ano de vida Segundo ano de vida Idade pré-escolar
	13 meses-35 meses (2 anos e 364 dias) 3 anos-6 anos	
Fratrão	Filho único	Sem irmãos Com irmãos
	Número de irmãos	
Residência	Cidade, Vila	Urbana Rural
	Aldeia	
Coabitação	Pai e mãe	País Outros
	Com a mãe, irmãos, avós	
Condições habitacionais	Água canalizada, sistema de esgotos, casa de banho com banheira/base de chuveiro	Adequadas
	Sem água canalizada e/ou sem sistema de esgotos e/ou casa de banho incompleta.	Não Adequadas
Saúde	Estado de Saúde	Muito saudável
		Saudável
Consultas de Vigilância	Vigilância de saúde	Pouco saudável
		Sim
Horas de Sono	Segundo a Sociedade Portuguesa de Sono (SPS) e National Sleep. Foundation <i>National Sleep Foundation</i> (2014)	Não
		Adequadas: 0-3 M = 14-17 h; 4-11 M = 12-15 h; 12-24 M = 11-14 h; 36 -60 M = 12-13h; 72M =9-11h Não adequadas: número de horas de sono inferiores às recomendadas pela SPS.

As variáveis contextuais dos acidentes foram operacionalizadas de acordo com o exposto no Quadro 3.

Quadro 3 – Operacionalização das variáveis contextuais dos acidentes

Variáveis	Descrição	Operacionalização
Tipo de acidente Doméstico	comida, veneno, água contaminada, medicamentos ou outros	Intoxicação
	óleo, fogão, água, objeto elétrico ou outros	Queimadura
	piscina privativa, piscina pública, tanque, lago, rio, mar ou outro	Afogamento
	escadas, varanda, muro, árvore, ou outro	Queda
Quem presenciou o acidente	faca, lata, vidro ou outro	Corte
	engasgamento, estrangulamento ou outro	Asfixia
	Pai e Mãe	País
	Irmãos	Irmãos
Local do acidente	Avós e tios	Outros familiares
	Professores, auxiliares, colegas	Outros
	Casa onde mora	Casa
	Casa de familiares, Casa de amigos	Casa de familiares,
Fontes de Informação	Rua, parques, local de lazer	Espaço exterior
	Pré-escola/Jardim de Infância	Escola
	Se tem informação sobre acidentes domésticos Onde adquiriu essa informação Foi dada uma pontuação a: Jornais-1 Revistas-3 Televisão -2 internet-3 Médico-5 Enfermeiro-5	Criaram-se grupos de corte com um score de 0 a 19 em que: menos que 7 pouco informado ; entre 8 e 14 informado e maior ou igual a 15 muito informado

1.4. Procedimentos formais e éticos

A passagem da fase metodológica para o trabalho de campo impõe a definição de cuidados preliminares que garantam o plano estabelecido e que assegurassem as disposições ético-legais de modo a respeitar os direitos fundamentais das pessoas. Toda a prática de enfermagem exige tomadas de decisão éticas e morais, incluindo as de natureza investigativa. Na investigação, é a ética que direciona a conduta do investigador e lhe coloca

problemas particulares, podendo por vezes, entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, 2009).

Esta investigação foi realizada com base no princípio da não maleficência (reduzindo ao máximo os inconvenientes que a investigação pudesse trazer aos participantes) e no princípio da beneficência (procurando que os participantes obtenham o maior número possível de vantagens, como por exemplo contribuir para o avanço dos conhecimentos neste tema e assim beneficiar outras pessoas com as descobertas feitas no decurso desta investigação) (Fortin, 2009).

Para além disso, foram respeitados os direitos e liberdade dos participantes tal como o direito à confidencialidade, à intimidade e ao anonimato, uma vez que foi assegurado que as informações obtidas do estudo não seriam comunicadas a terceiros e a identidade do participante não podia ser descoberta por nenhum meio, nem mesmo pelo investigador, pois os questionários só foram posteriormente identificados, seguindo uma numeração atribuída pelo investigador para o tratamento estatístico dos dados (Fortin, 2009). Foi também respeitado o direito à autonomia, uma vez que os participantes decidiram livremente se queriam participar ou não no estudo.

Antes de se proceder à colheita de dados, foi dada informação sobre quem ia desenvolver o estudo, os seus objetivos e os dados relativos à confidencialidade, anonimato e ao carácter sigiloso de todos os dados, para que a sua colaboração fosse voluntária. Foi-lhes, então, fornecido um consentimento informado sobre a sua participação e só depois de terem compreendido a informação dada é que se iniciou a colheita de dados.

Foram também entregues por escrito os pedidos de autorização de aplicação do instrumento de colheita de dados à Direção do Conselho de Administração instituição de saúde, onde decorreu a recolha de dados, bem como o respetivo instrumento de colheita de dados. Este pedido foi avaliado pela comissão de ética da instituição e após ter sido concedida a autorizações (cf. Anexo II), efetivou-se a colheita dos dados. A recolha dos instrumentos de colheita de dados preenchidos foi feita pela investigadora.

1.5. Análise dos dados

A análise de dados começa com a colheita dos mesmos estendendo-se até à análise e à interpretação de resultados. Os dados, obtidos através de perguntas fechadas, foram transformados em grandezas expressas por números, lançados numa base de dados informatizada e processados no programa informático de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22 para *Windows*.

Para sistematizar a informação fornecida pelos dados recolhidos e dependendo dos dados em questão, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva foi utilizada para estruturar a informação numérica e, assim, obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, que, neste estudo, foram determinadas pelas seguintes medidas estatísticas: frequências absolutas (N) e relativas (%); medidas de tendência central ou de localização, como a média; medidas de dispersão, tal como o desvio padrão (Dp), mínimos (min) e máximos (máx.); medidas de forma (assimetria e achatamento) e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson e o coeficiente de variação.

No que se refere à medida de simetria Skewness (Sk), foi efetuado o quociente entre Sk com o erro padrão. Se Sk/erro oscilar entre -2 e 2, a distribuição é considerada simétrica. Se Sk/erro for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita, no entanto se Sk/erro for superior a 2, a distribuição é considerada de assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2014).

Quanto às medidas de achatamento foram alcançados resultados pela kurtose (K/erro), em que, se oscilar entre -2 e 2, a distribuição é considerada de mesocúrtica, se os valores forem inferiores a -2, a distribuição é platicúrtica, e se forem superior a 2, a distribuição é leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2014).

No que concerne ao coeficiente de variação este possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos ser interpretados em conformidade com os valores de referência expostos na tabela 6 (Pestana & Gageiro, 2014):

Tabela 6 – Valores de referência do coeficiente de variação

Coeficiente de Variação (CV)	Classificação do grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Para estudar a relação entre as variáveis, usou-se a análise inferencial, através do Teste de qui quadrado (χ^2). Este é aplicado a uma amostra na qual a variável tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as esperadas, para se inferir sobre a existência de relação entre as variáveis. Se entre os valores observados e esperados não houver diferença significativa, aceita-se a hipótese e as variáveis são independentes. Caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência das variáveis e considera-se que existe relação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

No que se refere à relação entre as variáveis, tem de se localizar as células onde se verificam as diferenças significativas superiores ao esperado, através dos resíduos ajustados standardizados que se situam acima de 1,96 (Pestana & Gageiro, 2014).

Na análise estatística utilizam-se os seguintes valores de significância (Pestana & Gageiro, 2014):

$p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa

$p < 0,05$ – diferença estatística significativa

$p < 0,01$ – diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001$ – diferença estatística altamente significativa

Recorreu-se também aos Testes t de Student para comparar a média de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes, bem como à análise de variância a um fator - ANOVA - e ao Teste Kruskal-Wallis, para analisar o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias dessa variável em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. Porém, ao se testar a igualdade de duas ou mais médias, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se geralmente aos testes *post-hoc*, para perceber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014).

Os dados e resultados obtidos serão apresentados através de tabelas para ilustrar a distribuição de algumas das variáveis, nos quais se omitiu a fonte, dado que são o resultado dos dados obtidos neste trabalho de investigação.

2. Resultados

Os resultados apresentados dizem respeito à análise estatística dos dados recolhidos na amostra que serão organizados a fim de descrever e dar resposta às questões de investigação formuladas.

Este capítulo encontra-se estruturado em duas partes, começando pela apresentação dos resultados referentes à análise estatística descritiva e de seguida à análise dos dados pertencentes à estatística inferencial.

2.1. Análise descritiva

Neste subcapítulo será realizada a análise descritiva da caracterização sociodemográfica das crianças em função do sexo, as condições habitacionais e dados referentes à saúde da criança. Posteriormente faz-se a caracterização do tipo de acidentes domésticos ou de lazer, das medidas de precauções utilizadas em casa pelos pais, dos hábitos/rotinas em casa, da informação dos pais sobre a prevenção de acidentes na criança, por último descreve-se o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes, e deste em função das variáveis sociodemográficas, contextuais da criança e dos acidentes.

2.1.1. Resultados referentes às variáveis contextuais da criança

Começando-se pela idade das crianças, como apresentado na Tabela 7, infere-se que a maioria (44.2%) tem idade igual ou superior aos 36 meses, seguindo-se, em termos percentuais, as crianças até aos 12 meses de idade (29.2%). As crianças com idade compreendida entre os 13-35 meses representam 26.7% da amostra.

Tabela 7 – Idade da criança

Idade	N	%
Até aos 12 meses	35	29,2
13-35 meses	32	26,7
≥36 meses	53	44,2
Total	120	100,0

Na Tabela 8 encontram-se os resultados referentes às variáveis contextuais da criança em função do sexo, verificando-se que, em relação à idade, no total da amostra, estão em maioria as crianças com mais idade (44.2%), das quais 41.4% são meninas e 46.8% meninos, secundadas pelas mais novas (29.2%), fazendo parte deste grupo 31.0% de meninas e 27.4% rapazes. Quanto à fratria, prevalecem as crianças com mais irmãos (54.2%), das quais 58.6% são meninas e 50.0% meninos. Consta-se que em relação à zona de residência, a maioria das crianças residem em meio urbano (55.8%), onde se incluem 55.2% de crianças do sexo feminino e 56.5% do sexo masculino. Os resultados indicam ainda que quase a totalidade da amostra (91.7%) vivem com os pais, o que é comum a 91.4% das meninas e 91.9% dos meninos.

Tabela 8 – Caracterização da criança em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2				
	(58)	(48.3)	(62)	(51.7)	(120)	(100.0)						
Idade												
Até aos 12 meses	18	31,0	17	27,4	35	29,2	,4	-,4	0,367	0,832		
13-35 meses	16	27,6	16	25,8	32	26,7	,2	-,2				
≥36 meses	24	41,4	29	46,8	53	44,2	-,6	,6				
Fratria												
Sem irmãos	24	41,4	31	50,0	55	45,8	-,9	,9	0,897	0,344		
Com irmãos	34	58,6	31	50,0	65	54,2	,9	-,9				
Zona de residência												
Rural	26	44,8	27	43,5	53	44,2	,1	-,1	0,020	0,888		
Urbana	32	55,2	35	56,5	67	55,8	-,1	,1				
Coabitação												
Pais	53	91,4	57	91,9	110	91,7	-,1	,1	Não se aplica			
Outros familiares	5	8,6	5	8,1	10	8,3	,1	-,1				

A variável condições habitacionais foi recodificada em condições adequadas e não adequadas, como se apresenta na Tabela 9, donde se infere que quase a totalidade da amostra (96.7%) admite que a sua casa tem condições habitacionais adequadas, tendo-se registado que apenas 3.3% da amostra habita numa casa com condições não adequadas.

Tabela 9 – Condições habitacionais

Condições habitacionais	N	%
Não adequadas	4	3,3
Adequadas	116	96,7
Total	120	100,0

Constatou-se que todos os pais mencionaram que o seu filho vai às consultas de vigilância de saúde, com 70.0% a referirem que vão com a criança ao Centro de Saúde, enquanto 25.8% vão ao Centro de Saúde e ao médico particular (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Local onde a criança vai às consultas de vigilância de saúde

Onde vai a criança às consultas de vigilância de saúde	N	%
Centro de Saúde	84	70,0
Médico particular	5	4,2
Centro de Saúde e médico particular	31	25,8
Total	120	100,0

Questionaram-se os pais acerca de como consideram o seu filho em termos de saúde, do que se apurou que a maioria (72.3%) considera o seu filho saudável, 24.4% consideram-no muito saudável e apenas 3.4% o consideram pouco saudável (cf. Tabela 11).

Procurou-se saber se a criança possui algum problema de saúde, cujos resultados se apresentam na Tabela 11, onde se infere que a maioria dos pais responde que não (68.6%), enquanto 31.4% admitem que o seu filho tem um problema de saúde, sendo os mais evidentes a asma (5.8%), as infeções urinárias (2.5%) e a hiperatividade (1.7%). Perguntou-se aos participantes se consideram que o sono da criança é adequado, tendo-se verificado que a grande maioria considera que o mesmo é adequado (87.0%), contrariamente a 13.0% dos pais que consideram que o sono do filho não é adequado (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Como consideram os pais o seu filho em termos de saúde e sono da criança

Considerar o filho	N	%	% válida
Pouco saudável	4	3,3	3,4
Saudável	86	71,7	72,3
Muito saudável	29	24,2	24,4
Total	119	99,2	100,0
Omissos	1	,8	
Presença de algum problema de saúde			
Não	81	67,5	68,6
Sim	37	30,8	31,4
Total	118	98,3	100,0
Omissos	2	1,7	
Sono da criança adequado			
Não	15	12,5	13,0
Sim	100	83,3	87,0
Total	115	95,8	100,0
Omissos	5	4,2	
Total	120	100,0	

Em síntese:

O perfil demográfico e de saúde revelam que a maior parte das crianças (44.2%) tem idade igual ou superior aos 3 anos, a maioria (91.7%) vive com os pais (54,2%), tem irmãos e reside em meio urbano (55.8%), com condições habitacionais adequadas.

A vigilância de saúde é uma realidade para a totalidade das crianças revelada pelos pais, a sua maioria (72.3%) considera, ainda, o seu filho saudável, sem problemas de saúde (68.6%) e que dorme as horas de sono adequadas (87%).

2.1.2. Acidentes domésticos ou de lazer

No que se refere às variáveis contextuais de acidentes domésticos e de lazer, começa-se por referir que a maioria das crianças não sofreu algum acidente doméstico ou de lazer (85.8%), registando-se que 14.2% sofreu um acidente doméstico ou de lazer (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Acidente doméstico ou de lazer

Sofrer acidente doméstico ou de lazer	N	%
Não	103	85,8
Sim	17	14,2
Total	120	100,0

Das crianças que já sofreram acidentes domésticos ou de lazer, verifica-se que 3 sofreram queimaduras, tendo uma sofrido de queimadura no fogão, outra na lareira e uma outra na sopa quente. Constata-se que 6 crianças sofreram queda, das quais 5 (83.3%) caiu nas escadas e 1 (16.7%) noutra local (cama, chão, espreguiçadeira, contra a parede). Refere-se que 3 crianças sofreram um corte, tendo-se 1 (33.3%) cortado numa lata e 2 (66.7%) num vidro (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Tipo de acidente doméstico sofrido pela criança

Tipo de acidente doméstico	N	%
Queimaduras		
No fogão	1	33
Lareira	1	33
Sopa quente	1	34
Total	3	100,0
Quedas		
Escadas	5	83,3
Outro	1	16,7
Total	6	100,0
Corte		
Lata	1	33,3
Vidro	2	66,7
Total	3	100,0

Constata-se, através dos dados apresentados na Tabela 14, que 14 (87.5%) das crianças que sofreu um acidente doméstico ou de lazer se encontrava no momento com os pais. De acordo com a análise dos resultados, 2 (12.5%) crianças encontravam-se com os irmãos quando sofreram um acidente doméstico ou de lazer. Observa-se que 5 crianças (32.3%) sofreram um acidente doméstico ou de lazer quando se encontravam com os avós. Apura-se que 2 crianças (12.5%) sofreram um acidente doméstico ou de lazer quando se encontravam com o professor, auxiliares e colegas (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Com quem estava a criança quando teve um acidente doméstico ou de lazer

Com quem estava a criança	N	%
Pais		
Não	2	12,5
Sim	14	87,5
Irmãos		
Não	14	87,5
Sim	2	12,5
Avós		
Não	11	68,8
Sim	5	31,3
Professor, auxiliares, colegas		
Não	14	87,5
Sim	2	12,5
Total	16	100,0

No que se refere ao local onde ocorreu o acidente doméstico ou de lazer, como apresentado na Tabela 15, verifica-se que a maioria das crianças (81.3%) encontrava-se na casa onde mora, estando as restantes na casa de familiares (6.3%), escola (6.3%) e rua (6.3%).

Tabela 15 – Local onde ocorreu o acidente doméstico ou de lazer

Local onde ocorreu o acidente	N	%
Casa onde mora	13	81,3
Casa de familiares	1	6,3
Escola	1	6,3
Rua	1	6,3
Total	16	100,0

Em síntese:

Observou-se que maioria (85.8%) das crianças não sofreu algum acidente doméstico ou de lazer, das que sofreram acidentes, o tipo mais comum foram as quedas sofridas por 6 crianças, seguidas dos cortes e das queimaduras, por 3 crianças respectivamente. A maioria das crianças que sofreu um acidente doméstico ou de lazer encontrava-se com os pais (87.5%) na sua residência (81.3%).

2.1.3. Medidas de prevenção de acidentes domésticos ou de lazer com o filho

Perguntou-se aos pais sobre o que fazem para evitar que o seu filho sofra um acidente doméstico ou de lazer, do que se constatou que a maioria (92.5%) não deixa o seu filho sozinho, enquanto 7.5% admitem que sim (cf. Tabela 16).

Grande parte dos pais refere que os produtos de limpeza e medicamentos não estão ao alcance das crianças (89.2%), enquanto 10.8% dos participantes admitem que estão ao alcance das crianças. Quase a totalidade da amostra (90.8%) refere que os objetos pequenos ou materiais pontiagudos não estão ao alcance das crianças, registrando-se que 9.2% dos pais admitem esta situação.

Regista-se que mais de metade da amostra (85.0%) adverte o seu filho sobre os riscos de acidentes domésticos, enquanto 15.0% referem que não fazem essa advertência

Como exposto na Tabela 16, constata-se que 74.2% dos participantes não têm piscina em casa. Por sua vez, 25.8% dos que a possuem admitem que utilizam o gradeamento como proteção. Observa-se que dos participantes que referem possuir piscina em casa, 20.0% utilizam uma cobertura como proteção, de modo a evitar acidentes domésticos ou de lazer.

A maioria dos pais (93.3%) refere que os móveis ou cadeiras não estão próximos das janelas, com apenas registo de 6.7% a confirmarem que os móveis ou cadeiras estão junto de janelas.

Tabela 16 – Medidas de prevenção de acidentes domésticos ou de lazer com o filho

Medidas de prevenção de acidentes	N	%
Deixar o filho sozinho		
Não	111	92,5
Sim	9	7,5
Os produtos de limpeza e medicamentos estão ao alcance das crianças		
Não	107	89,2
Sim	13	10,8
Os objetos pequenos ou materiais pontiagudos estão ao alcance das crianças		
Não	109	90,8
Sim	11	9,2
Adverte o seu(s) filho(s) sobre os riscos de acidentes doméstico		
Não	18	15,0
Sim	102	85,0
Se tem piscina em casa, utiliza proteção, por exemplo gradeamento		
Não	89	74,2
Sim	31	25,8
Se tem piscina em casa, utiliza proteção, por exemplo cobertura		
Não	96	80,0
Sim	24	20,0
Os móveis ou cadeiras estão próximos das janelas		
Não	112	93,3
Sim	8	6,7
Total	120,0	100

Em síntese:

A maioria dos pais (92.5%) não deixa o seu filho sozinho, tendo uma grande parte referido que os produtos de limpeza e medicamentos não estão ao alcance das crianças (89.2%), nem os objetos pequenos ou materiais pontiagudos (90.8%). Mais de metade da amostra (85.0%) adverte o seu filho sobre os riscos de acidentes domésticos. Maioritariamente, os participantes (74.2%) não têm piscina em casa e, dos que a possuem, 25.8% utilizam o gradeamento como proteção e 20.0% uma cobertura. A grande maioria dos pais (93.3%) refere que os móveis ou cadeiras não estão próximos das janelas.

2.1.4. Precauções utilizadas na proteção

Na Tabela 17 estão apresentados os resultados referentes às precauções utilizadas na proteção dos acidentes domésticos e de lazer, verificando-se que predominam os pais que referem que possuem trincos de segurança nas varandas/janelas, como precaução para proteger o seu filho de perigos (61.7%), enquanto 38.3% dos participantes não utilizam esta precaução. Prevaecem os pais que não possuem proteção nas escadas, como precaução para proteger o filho de acidentes domésticos (52.5%), enquanto 47.5% dos pais confirmam

ter essa precaução. Há um claro predomínio de pais que afirmam ter proteção na lareira, como medida de precaução para proteger o filho de acidentes (66.7%). Todavia, também se constata que 33.3% dos pais não têm proteção na lareira.

Reportando-se também a Tabela 17 aos resultados referentes à existência de proteção nas tomadas elétricas, pode afirmar-se que mais de metade da amostra confirma esta precaução (78.3%), contrariamente a 21.7% dos pais que não possuem esta precaução para proteger o filho de perigos. Quanto ao facto de os pais possuírem proteção nas esquinas como precaução contra os acidentes domésticos, constata-se que a maioria (60.0%) refere que não as utiliza, enquanto 40.0% admitem que tomam essa precaução.

Apurou-se que 62.5% dos pais utilizam tapetes antiderrapantes em casa, de modo a protegerem o filho de perigos, contrariamente a 37.5% de participantes que não recorrem a essa proteção. A maioria dos pais (87.5%) utiliza tapetes antiderrapantes na banheira, enquanto 12.5% não utilizam esta proteção. Constata-se que quase a totalidade da amostra (90.8%) admite que guarda os detergentes em locais inacessíveis às crianças, com apenas 9.2% dos pais a referirem que não tomam esta precaução a fim de evitarem acidentes domésticos. Há um claro predomínio de pais que guardam os medicamentos em locais inacessíveis às crianças (94.2%). Apenas 5.8% dos pais não tomam esta medida de precaução. A grande maioria dos pais (92.5%) guarda os objetos cortantes em locais inacessíveis às crianças. Regista-se que apenas 7.5% dos participantes não tomam esta medida de precaução contra acidentes domésticos na criança (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Precauções utilizadas na proteção

Precauções utilizadas na proteção	N	%
Trincos de segurança nas varandas/janelas		
Não	46	38,3
Sim	74	61,7
Proteção nas escadas		
Não	63	52,5
Sim	57	47,5
Proteção na lareira		
Não	40	33,3
Sim	80	66,7
Proteção nas tomadas elétricas		
Não	26	21,7
Sim	94	78,3
Proteção nas esquinas		
Não	72	60,0
Sim	48	40,0
Utilizar tapetes antiderrapantes em casa		
Não	45	37,5
Sim	75	62,5
Utilizar tapetes antiderrapantes na banheira		
Não	15	12,5
Sim	105	87,5
Guardar os detergentes em locais inacessíveis às crianças		
Não	11	9,2
Sim	109	90,8
Guardar os medicamentos em locais inacessíveis às crianças		
Não	7	5,8
Sim	113	94,2
Guarda os objetos cortantes em locais inacessíveis às crianças		
Não	9	7,5
Sim	111	92,5
Total	120	100,0

Em síntese:

Predominam os pais que referem que ter trincos de segurança nas varandas/janelas, como precaução para proteger o seu filho de perigos (61.7%). Em relação à proteção nas escadas, 52.5% não a possuem. Há um claro predomínio de pais que têm proteção na lareira (66.7%). Mais de metade da amostra tem proteção nas tomadas elétricas (78.3%). A maioria dos pais (60.0%) não possuiu proteção nas esquinas; 62.5% utilizam tapetes antiderrapantes em casa; 87.5% utilizam tapetes antiderrapantes na banheira; 90.8% admitem que guardam os detergentes em locais inacessíveis às crianças; 94.2% guardam os medicamentos em locais inacessíveis às crianças; 92.5% guardam os objetos cortantes em locais inacessíveis às crianças.

2.1.5. Hábitos/Rotinas na prevenção de acidentes

Analisando-se os resultados apresentados na Tabela 18, onde constam os hábitos/rotinas em casa, pode verificar-se que a maioria dos pais (94.2%) não tem por hábito deixar as crianças sozinhas na cozinha, enquanto 5.8% assume ter esse hábito. No que se refere à possibilidade de os pais terem por hábito de usar os bicos de trás do fogão para cozinhar, este é um hábito presente em 70.0% da amostra, contrariamente a 30.0% dos que não possuem o referido hábito. Constata-se que em 91.7% dos pais está presente o hábito de afastar da borda do fogão as pegas ou cabos das panelas/frigideiras, o que não se verifica em 8.3% dos participantes. No que se refere ao hábito de cozinhar com crianças ao colo, a grande maioria dos pais (97.5%) não tem esse hábito, contrariamente a 2.5% dos que admitem possuí-lo. Quanto ao facto de os pais terem por rotina utilizar toalha de mesa, prevalecem os que admitem ter esse hábito (74.2%), enquanto 25.8% não têm por hábito utilizar toalha de mesa. Verifica-se que a grande maioria dos pais (97.5%) não tem por hábito usar cobertores elétricos ou botijas de água quente, o que é usual para 2.5% dos pais.

A maioria dos pais (75.8%) não tem por hábito tomar medicamentos em frente de crianças, não sendo esta uma situação análoga a 24.2% dos participantes que admitem tomar medicamentos na frente das crianças. Quase a totalidade da amostra (93.3%) não tem por hábito deixar crianças sozinhas na banheira, o que não ocorre em 6.7% dos sujeitos da amostra, que revelam esse hábito. Prevaecem claramente os pais que admitem ter por hábito verificar a temperatura da água do banho (97.5%), não sendo este um hábito para 2.5% dos participantes. A grande maioria dos pais (94.2%) tem por hábito esvaziar a banheira no final do banho, o que não é usual em 5.8% dos participantes. Predominam os pais (97.5%) que não têm por hábito deixar o seu filho ao cuidado de um menor, enquanto 2.5% dos pais admitem que sim. Pode referir-se que 58.3% dos pais tem por hábito colocar capacete, cotoveleiras e joelheiras no seu filho quando utiliza bicicleta ou triciclo, o que não é um hábito por parte de 41.7% dos participantes (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Hábitos/Rotinas na prevenção de acidentes

Hábitos/Rotinas na prevenção	N	%
Deixar as crianças sozinhas na cozinha		
Não	113	94,2
Sim	7	5,8
Usar os bicos de trás do fogão para cozinhar		
Não	36	30,0
Sim	84	70,0
Afastar da borda do fogão as pegas ou cabos das panelas/frigideiras		
Não	10	8,3
Sim	110	91,7
Cozinhar com crianças ao colo		
Não	117	97,5
Sim	3	2,5
Utilizar toalha de mesa		
Não	31	25,8
Sim	89	74,2
Usar cobertores elétricos ou botijas de água quente		
Não	117	97,5
Sim	3	2,5
Tomar medicamentos em frente de crianças		
Não	91	75,8
Sim	29	24,2
Deixar crianças sozinhas na banheira		
Não	112	93,3
Sim	8	6,7
Verificar a temperatura da água do banho		
Não	3	2,5
Sim	117	97,5
Esvaziar a banheira no final do banho		
Não	7	5,8
Sim	113	94,2
Deixar o(s) seu(s) filho(s) ao cuidado de um menor		
Não	117	97,5
Sim	3	2,5
Colocar capacete, cotoveleiras e joelheiras no(s) seu(s) filho(s) quando utiliza a bicicleta ou triciclo		
Não	50	41,7
Sim	70	58,3
Total	120	100,0

Em síntese:

Verifica-se que em relação às rotinas em casa, a maioria dos pais (94.2%) não tem por hábito deixar as crianças sozinhas na cozinha; 70.0% da amostra usa os bicos de trás do fogão para cozinhar; 91.7% dos pais afastam da borda do fogão as pegas ou cabos das panelas/frigideiras; 97.5% dos participantes não cozinham com a criança ao colo; 74.2% dos progenitores utilizam a toalha de mesa; 97.5% dos pais não usam cobertores elétricos ou botijas de água quente; 75.8% não tomam medicamentos em frente de crianças; 93.3% não tem por hábito deixar crianças sozinhas na banheira; 97.5% dos pais verificam a temperatura da água do banho; 94.2% esvaziam a banheira no final do banho; 97.5% dos

participantes não têm por hábito deixar o seu filho ao cuidado de um menor; 58.3% dos pais têm por hábito colocar capacete, cotoveleiras e joelheiras no seu filho quando utiliza bicicleta ou triciclo.

2.1.6. Informação sobre a prevenção de acidentes na criança

Questionaram-se os pais acerca de considerarem que têm informação adequada sobre prevenção de acidentes na criança, do que se apurou que quase a totalidade da amostra (95.0%) considera que sim, enquanto 4.2% dos participantes admitem que não estão na posse de informação adequada sobre prevenção de acidentes na criança. Os pais foram questionados sobre o meio pelo qual adquiriram informação sobre a prevenção de acidentes, tendo-se apurado que 22.6% adquiriu essa informação através de jornais, 35.7% adquiriram informação sobre a prevenção de acidentes em revistas, 58.3% admitem ter adquirido informação sobre a prevenção de acidentes na televisão, 59.1% adquiriram informação sobre a prevenção de acidentes na Internet. Constata-se que é expressivo o percentual de pais que admitem ter adquirido informação sobre a prevenção de acidentes através do médico (70.4%). Outra fonte de informação indicada por 61.7% dos pais sobre a prevenção de acidentes é o enfermeiro (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Informação sobre a prevenção de acidentes na criança

Informação	N	%	% válida
Informação adequada			
Não	5	4,2	4,2
Sim	114	95,0	95,8
Total	119	99,2	100,0
Omissos	1	,8	
Aquisição de informação nos jornais			
Não	89	74,2	77,4
Sim	26	21,7	22,6
Total	115	95,8	100,0
Omissos	5	4,2	
Aquisição de informação nas revistas			
Não	74	61,7	64,3
Sim	41	34,2	35,7
Total	115	95,8	100,0
Omissos	5	4,2	
Aquisição de informação na televisão			
Não	48	40,0	41,7
Sim	67	55,8	58,3
Total	115	95,8	100,0
Omissos	5	4,2	
Aquisição de informação na Internet			
Não	47	39,2	40,9
Sim	68	56,7	59,1
Total	115	95,8	100,0
Omissos	5	4,2	
Aquisição de informação através do médico			
Não	34	28,3	29,6
Sim	81	67,5	70,4
Total	115	95,8	100,0
Omissos	5	4,2	
Aquisição de informação através do enfermeiro			
Não	44	36,7	38,3
Sim	71	59,2	61,7
Total	115	95,8	100,0
Omissos	5	4,2	
Total	120	100,0	

Constatou-se que 12 pais referem ter adquirido informação sobre a prevenção de acidentes através de outras fontes para além das referidas no questionário, das quais sobressaem: os familiares (23.0%), através da sua formação académica (23.0%), estando os restantes em igual percentagem (8.0%) (bombeiros, folhetos informativos, formação pessoa, formações, livros e segurança social) (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Aquisição de informação sobre a prevenção de acidentes domésticos através de outras fontes

Adquiriu informação sobre a prevenção de acidentes domésticos através de:	N	%
Bombeiros	1	8.0
Familiares	3	23.0
Folhetos Informativos	1	8.0
Formação académica	3	23.0
Formação pessoal	1	8.0
Formações	1	8.0
Livros	1	8.0
Segurança social	1	8.0

Em síntese

A maioria dos pais (95.0%) considera que tem informação adequada sobre prevenção de acidentes na criança, enquanto 4.2% não estão na posse dessa informação. Verificou-se que 22.6% dos progenitores adquiriu essa informação através de jornais, 35.7% através de revistas, 58.3% adquiriram informação na televisão e 59.1% na Internet. Em 70.4% dos casos a informação foi adquirida através do médico e em 61.7% por meio do enfermeiro. Outras fontes de informação, de acordo com 12 pais, foram: os familiares (23.0%), através da sua formação académica (23.0%), estando os restantes em igual percentagem (8.0%) (bombeiros, folhetos informativos, formação pessoa, formações, livros e segurança social).

Q1 – Quais o comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes nas crianças dos 0 aos 6 anos de idade?

As estatísticas relativas aos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes indicam valores mínimos de 0 (zero) para todas as dimensões, à exceção do total dos comportamentos, onde o mínimo é 7. Verifica-se que os máximos oscilam entre 7 e 29. Os valores médios variam entre 4.85 ± 1.363 para a dimensão medidas de prevenção de acidentes com o filho e 21.86 ± 3.671 para o total dos comportamentos. Os valores do coeficiente de variação na dimensão medidas de prevenção de acidentes com o filho (28.10%) e nas dimensão precauções utilizadas na proteção para proteger o filho de perigos (26.92%) têm dispersão moderada, enquanto nos hábitos/rotinas na prevenção de acidentes (18.69%) e no total dos comportamentos (16.79%), corresponde-lhes coeficientes de variação com dispersão fraca (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Estatísticas relativas aos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes

Comportamentos	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Medidas de prevenção de acidentes	120	,00	7,00	4,85	1,363	28,10	-3,87	2,61
Precauções utilizadas na proteção		,00	10,00	7,21	1,941	26,92	-2,55	0,72
Hábitos/Rotinas na prevenção de acidentes		,00	12,00	9,80	1,831	18,69	-12,72	28,47
Total dos comportamentos		5,00	29,00	21,86	3,671	16,79	-4,64	6,63

Os resultados apresentados na Tabela 22 indicam que há uma proximidade de percentagens em relação ao tipo de comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho. Assim, 35.8% dos pais revelam um comportamento adequado, enquanto 32.5% manifestam um comportamento muito adequado e 31.7% um comportamento pouco adequado.

Tabela 22 - Comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes

Comportamentos	N	%
Pouco adequados	38	31,7
Adequados	43	35,8
Muito adequados	39	32,5
Total	120	100,0

Na Tabela 23 constam os resultados referentes aos comportamentos dos pais face à prevenção dos acidentes com o filho em função das variáveis sociodemográficas, donde se extrai que uma percentagem significativa de pais na faixa etária dos 31-40 anos revela comportamentos pouco adequados (pai 58.3% vs. mãe 62.2%). Neste mesmo grupo etário, 58.1% dos progenitores do sexo masculino manifestam comportamentos adequados em termos de prevenção face aos acidentes com o filho, bem como 62.8% das mães. São igualmente os pais com idade compreendida entre os 31-40 anos que mais sobressaem em termos de comportamentos muito adequados (pai 47.2% vs. mãe 46.2%). Os comportamentos dos pais face à prevenção dos acidentes com o filho em função das variáveis sociodemográficas são na globalidade adequados. Uma percentagem significativa de mães com idade maior ou igual a 41 anos revela comportamentos pouco adequados, registando-se diferença estatisticamente significativa em relação às mães mais jovens na faixa etária dos 21-30 anos ($X^2=9.755$; $p=0.045$).

Fazendo-se uma leitura dos resultados em função do estado civil, verifica-se que as percentagens mais elevadas recaíram nos participantes com companheiro(a), dos quais 68.4% revelam comportamentos preventivos pouco adequados, 74.4% comportamentos adequados e 79.5% muito adequados, não se encontrando diferenças estatísticas.

No que se refere ao comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das habilitações literárias, constata-se que, no grupo de participantes com

comportamento pouco adequado, 42.1% dos progenitores do sexo masculino possuem o ensino básico, com 55.3% das mães a possuírem o ensino superior. Já em relação ao comportamento adequado, 48.8% dos progenitores do sexo masculino têm o ensino básico e 39.5% das mães o ensino secundário. Constatou-se ainda que 43.2% dos pais com o ensino básico revelam comportamento preventivo muito adequado, registrando-se igual valor percentual (33.3%) para as mães, independentemente das habilitações literárias que possuem a manifestarem comportamento muito adequado, no entanto não se evidenciaram diferenças estatísticas (cf. Tabela 23).

O comportamento dos pais face à prevenção de acidentes, com o filho, em função da zona de residência, verifica-se que sobressaem, no grupo de pais com comportamento pouco adequado, 55.3% daqueles que residem em meio urbano, sendo que 69.8% dos residentes em meio urbano os que mais prevalecem no comportamento adequado, enquanto no comportamento muito adequado a percentagem mais elevada corresponde aos pais residentes em meio rural, registando-se diferença estatística significativa ($X^2=6.902$; $p=0.032$). No que se refere às mães, 55.3% das residentes em meio urbano manifestam comportamento pouco adequado, 69.8% comportamento adequado e 43.6% revelam comportamento muito adequado face à prevenção de acidentes com o filho enquanto as mães a residirem em zona rural apresentam comportamento muito adequado na sua maioria (59.5%) resultando, então, uma diferença estatística residual ($X^2=5.752$; $p=0.056$) (cf. Tabela 23).

Constatou-se que o valor percentual mais elevado nos pais a revelarem comportamento pouco adequado corresponde aos que possuem rendimento familiar mensal médio alto/alto (52.6%), enquanto 57.1% dos pais com rendimento baixo/médio baixo prevalecem em termos de comportamento adequado e 66.7% dos que possuem idêntico rendimento familiar mensal manifestam comportamento muito adequado face à prevenção de acidentes com o filho, sem relevância estatística.

Quanto ao comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função da situação profissional, apura-se que em todas os grupos de comportamentos prevalecem os pais empregados, ou seja, 94.6% manifestam comportamento pouco adequado, 93.0% comportamento adequado e 89.2% revelam comportamento preventivo muito adequado. Esta é uma situação análoga às mães, na medida em que se verifica que as percentagens mais elevadas recaíram nas que estão empregadas, onde se regista que 70.3% manifestam comportamento preventivo pouco adequado, 69.0% com comportamento adequado e 64.1% muito adequado, não se registando diferença estatística.

Tabela 23 – Comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das variáveis sociodemográficas

Comportamento Variáveis	Pouco adequado		Adequado		Muito adequado		Total		Residuais			X ²	P
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	1	2	3		
Idade do pai													
21-30 anos	6	16,7	9	20,9	12	33,3	27	23,5	-1,2	-,5	1,7	3,143	0,534
31-40 anos	21	58,3	25	58,1	17	47,2	63	54,8	,5	,6	-1,1		
≥41 anos	9	25,0	9	20,9	7	19,4	25	21,7	,6	-,2	-,4		
Idade da mãe													
21-30 anos	6	16,2	14	32,6	16	41,0	36	30,3	-2,2	,4	1,8	9,755	0,045
31-40 anos	23	62,2	27	62,8	18	46,2	68	57,1	,7	,9	-1,7		
≥41 anos	8	21,6	2	4,7	5	12,8	15	12,6	2,0	-2,0	,0		
Estado civil													
Com companheiro(a)	26	68,4	32	74,4	31	79,5	89	74,2	-1,0	,0	,9	1,232	0,540
Sem companheiro(a)	12	31,6	11	25,6	8	20,5	31	25,8	1,0	,0	-,9		
Habilitações literárias do pai													
Ensino básico	16	42,1	21	48,8	16	43,2	53	44,9	-,4	,6	-,2	4,021	0,403
Ensino secundário	7	18,4	13	30,2	11	29,7	31	26,3	-1,3	,7	,6		
Ensino superior	15	39,5	9	20,9	10	27,0	34	28,8	1,8	-1,4	-,3		
Habilitações literárias da mãe													
Ensino básico	6	15,8	11	25,6	13	33,3	30	25,0	-1,6	,1	1,5	5,900	0,207
Ensino secundário	11	28,9	17	39,5	13	33,3	41	34,2	-,8	,9	-,1		
Ensino superior	21	55,3	15	34,9	13	33,3	49	40,8	2,2	-1,0	-1,2		
Zona de residência do pai													
Rural	17	44,7	13	30,2	22	59,5	52	44,1	,1	-2,3	2,3	6,902	0,032
Urbana	21	55,3	30	69,8	15	40,5	66	55,9	-,1	2,3	-2,3		
Zona de residência da mãe													
Rural	17	44,7	13	30,2	22	56,4	52	43,3	,2	-2,2	2,0	5,752	0,056
Urbana	21	55,3	30	69,8	17	43,6	68	56,7	-,2	2,2	-2,0		
Rendimento familiar mensal													
Baixo/médio baixo	18	47,4	24	57,1	26	66,7	68	57,1	-1,5	,0	1,5	2,927	0,231
Médio alto/alto	20	52,6	18	42,9	13	33,3	51	42,9	1,5	,0	-1,5		
Situação profissional do pai													
Empregado	35	94,6	40	93,0	33	89,2	108	92,3	,6	,2	-,9	Não se aplica	
Desempregado	2	5,4	3	7,0	4	10,8	9	7,7	-,6	-,2	,9		
Situação profissional da mãe													
Empregada	26	70,3	29	69,0	25	64,1	80	67,8	,4	,2	-,6	0,378	0,828
Desempregada	11	29,7	13	31,0	14	35,9	38	32,2	-,4	-,2	,6		

Na Tabela 24 encontram-se os resultados relativos ao comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das variáveis contextuais à criança, verificando-se que, no grupo de pais com comportamento pouco adequado, registam-se percentagens iguais quer para os que a criança é do sexo feminino, quer para os que a criança é do sexo masculino (50.0%, respetivamente). O valor percentual mais elevado no comportamento preventivo adequado corresponde aos pais que a criança é do sexo

masculino (53.5%), bem como se regista uma percentagem mais significativas de comportamento muito adequado por parte dos pais que têm um menino (51.3%), não se observando diferenças estatísticas.

Verificou-se também que, no grupo de pais com manifestação de comportamento pouco adequado, o valor percentual mais elevado corresponde aos que a criança possui idade igual ou superior aos 36 meses (44.7%), sendo estes também os que sobressaem em termos de comportamento adequado (46.5%) e em relação ao comportamento preventivo muito adequado (41.0%), sem diferenças estatísticas.

Através da análise dos resultados apresentados na Tabela 24, pode também referir-se que o valor percentual mais elevado ao nível de comportamento pouco adequado dos pais face à prevenção de acidentes com o filho corresponde aos que a criança reside em meio urbano (55.3%), sendo neste grupo que também sobressaem os que manifestam comportamento adequado (69.8%). A percentagem mais elevada de pais com comportamento muito adequado corresponde aos que a criança reside em meio rural (59.0%), registando-se diferenças estaticamente significativas ($X^2=6.858$, $p=0.032$).

Contatou-se também, pela leitura dos resultados expostos na Tabela 24, que de entre os pais com comportamento pouco adequado face à prevenção de acidentes com o filho os mais prevacentes são os cuja criança possui irmãos (55.3%), o que ocorre igualmente no comportamento adequado, onde estão em maioria os participantes cuja criança possui irmãos (55.8%). De igual modo, a percentagem mais elevada de comportamento muito adequado incide no grupo de pais que a criança tem irmãos (51.3%), sem relevância estatística.

No que se refere aos resultados dos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função de com quem a criança mora, pode afirmar-se que os valores percentuais mais elevados correspondem, na globalidade, aos pais cuja criança coabita consigo, ou seja, 92.1% manifestam comportamento pouco adequado, 97.7% comportamento adequado e 84.6% comportamento preventivo muito adequado.

Reportando-se também os resultados da Tabela 24 ao comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das condições habitacionais, constata-se que as percentagens mais elevadas, na globalidade, recaem no grupo de participantes cuja criança vive numa casa com condições habitacionais adequadas: 94.7% manifestam comportamento pouco adequado, 97.7% apresentam comportamento adequado e 97.4% revelam comportamento muito adequado.

No que se refere aos resultados do comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função do estado de saúde da criança, apura-se que os valores

mais elevados recaíram no grupo de pais que consideram o estado de saúde do seu filho como saudável, onde 73.7% manifestam comportamento pouco adequado, 69.8% com comportamento adequado e 72.3% a revelarem um comportamento preventivo muito adequado.

Ao analisarem-se os resultados em função das horas de sono da criança, verifica-se que as percentagens mais elevadas, na totalidade da amostra, correspondem aos pais cujo filho tem horas de sono adequadas, registando-se que 91.4% dos pais dessas crianças revelam comportamento preventivo pouco adequado, 83.3% manifestam comportamento adequado e 86.8% um comportamento muito adequado face à prevenção de acidentes com o filho.

Pode ainda referir-se que, independentemente no grau de comportamento apresentado pelos pais face à prevenção de acidentes com os filhos, todos referem que a criança vai às consultas de vigilância de saúde.

Tabela 24 – Comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das variáveis contextuais da criança

Comportamento Variáveis	Pouco adequado		Adequado		Muito adequado		Total		Residuais			X ²	P
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	1	2	3		
Sexo da criança													
Feminino	19	50,0	20	46,5	19	48,7	58	48,3	,2	-,3	,1	0,102	0,950
Masculino	19	50,0	23	53,5	20	51,3	62	51,7	-,2	,3	-,1		
Idade da criança													
Até aos 12 meses	10	26,3	13	30,2	12	30,8	35	29,2	-,5	,2	,3	0,597	0,963
13-35 meses	11	28,9	10	23,3	11	28,2	32	26,7	,4	-,6	,3		
≥36 meses	17	44,7	20	46,5	16	41,0	53	44,2	,1	,4	-,5		
Local de residência da criança													
Rural	17	44,7	13	30,2	23	59,0	53	44,2	,1	-2,3	2,3	6,858	0,032
Urbana	21	55,3	30	69,8	16	41,0	67	55,8	-,1	2,3	-2,3		
Fratria													
Não	17	44,7	19	44,2	19	48,7	55	45,8	-,2	-,3	,4	0,196	0,907
Sim	21	55,3	24	55,8	20	51,3	65	54,2	,2	,3	-,4		
Coabitação													
Mora com os pais	35	92,1	42	97,7	33	84,6	110	91,7	,1	1,8	-1,9	Não aplicável	
Mora com outros familiares	3	7,9	1	2,3	6	15,4	10	8,3	-,1	-1,8	1,9		
Condições habitacionais													
Não adequadas	2	5,3	1	2,3	1	2,6	4	3,3	,8	-,5	-,3	Não aplicável	
Adequadas	36	94,7	42	97,7	38	97,4	116	96,7	-,8	,5	,3		
Estado de saúde													
Pouco saudável	0	0,0	2	4,7	2	5,3	4	3,4	-1,4	,6	,8	Não aplicável	
Saudável	28	73,7	30	69,8	28	73,7	86	72,3	,2	-,5	,2		
Muito saudável	10	26,3	11	25,6	8	21,1	29	24,4	,3	,2	-,6		
Horas de sono													
Não adequadas	3	8,6	7	16,7	5	13,2	15	13,0	-,9	,9	,0	Não aplicável	
Adequadas	32	91,4	35	83,3	33	86,8	100	87,0	,9	-,9	,0		
Consultas de vigilância													
Sim	38	100,0	43	100,0	39	100,0	120	100,0					
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0					

Na Tabela 25 constam os resultados referentes aos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes com a criança em função das variáveis contextuais dos acidentes domésticos e de lazer. Assim, pode afirmar-se que a maioria dos pais com comportamento preventivo pouco adequado (73.7%) afirma que o seu filho não sofreu nenhum acidente. De igual modo, a maior parte dos pais cujo filho nunca sofreu qualquer acidente doméstico ou de lazer manifesta comportamento preventivo adequado, bem como 92.3% que apresentam comportamento muito adequado, que a criança não sofreu qualquer acidente. É importante referir 26.3% dos pais, cujo filho já sofreu um acidente doméstico ou de lazer, revelam comportamento preventivo pouco adequado, registando-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=6,794$; $p=0.033$). Decorrente desta questão, solicitou-se aos participantes que indicassem o local onde ocorreu o acidente com a criança, verificando-se que 8 pais (88.9%) que revelam comportamento pouco adequado o seu filho sofreu acidente em casa; 4 pais (100.0%) manifestam comportamento adequado, tendo também o filho sofrido acidente em casa, e 1 participante (33.3%), cujo filho também sofreu o acidente em casa, apresenta comportamento muito adequado.

Quanto à relação entre o comportamento dos pais face à prevenção dos acidentes com o filho e o facto de estes considerarem que têm informação adequada sobre prevenção de acidentes na criança, constata-se que no grupo de participantes com comportamento pouco adequado a percentagem mais elevada é a dos que consideram ter informação adequada. Verifica-se que todos os pais (100.0%) que apresentam comportamento adequado também assumem possuir informação adequada sobre prevenção de acidentes na criança. Por último, apura-se que a maioria dos pais (97.4%) que manifestam comportamento preventivo adequado também tem informação adequada sobre a prevenção de acidentes na criança. Ainda neste âmbito, os dados indicam que, dos pais que apresentam um comportamento preventivo pouco adequado, a maioria (55.3%) admite estar informado acerca da prevenção de acidentes domésticos e de lazer. De igual modo, sobressaem os pais com comportamento adequado (41.9%) e que assumem estar informados sobre o assunto. Por sua vez, no grupo de pais com comportamento muito adequado, 38.5% consideram estar informados sobre a prevenção de acidentes na criança e 38.5% consideram-se muito informados.

Tabela 25 – Comportamento dos pais face à prevenção de acidentes com o filho em função das variáveis contextuais dos acidentes

Comportamento Variáveis	Pouco adequado		Adequado		Muito adequado		Total		Residuais			X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	1	2	3		
Ter sofrido um acidente													
Não	28	73,7	39	90,7	36	92,3	103	85,8	-2,6	1,1	1,4	6,794	0,033
Sim	10	26,3	4	9,3	3	7,7	17	14,2	2,6	-1,1	-1,4		
Local de residência da criança													
Casa onde mora	8	88,9	4	100,0	1	33,3	13	81,3	,9	1,1	-2,4	Não aplicável	
Casa de familiares	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	6,3	,9	-6	-,5		
Escola	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	6,3	-1,2	-6	2,1		
Rua	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	6,3	-1,2	-6	2,1		
Possuir informação adequada													
Não	4	10,8	0	0,0	1	2,6	5	4,2	2,4	-1,7	-,6	Não aplicável	
Sim	33	89,2	43	100,0	38	97,4	114	95,8	-2,4	1,7	,6		
Fontes de Informação													
Pouco informado	6	15,8	16	37,2	9	23,1	31	25,8	-1,7	2,1	-,5	7,263	0,123
Informado	21	55,3	18	41,9	15	38,5	54	45,0	1,5	-,5	-1,0		
Muito informado	11	28,9	9	20,9	15	38,5	35	29,2	,0	-1,5	1,6		

Em síntese

Os comportamentos dos pais face à prevenção dos acidentes com o filho em função das variáveis sociodemográficas são na globalidade adequados, donde se extrai que uma percentagem significativa de pais na faixa etária dos 31-40 anos revela comportamentos adequados, registando-se diferença estatisticamente significativa em relação às mães, ($X^2=9.755$; $p=0.045$).

No grupo de pais com comportamento pouco adequado, 55.3% residem em meio urbano, 69.8% dos residentes no mesmo meio manifestam comportamento adequado, enquanto no comportamento muito adequado a percentagem mais elevada corresponde aos pais residentes em meio rural, registando-se relevância estatística ($X^2=6.902$; $p=0.032$).

Com manifestação de comportamento pouco adequado, encontram-se os participantes cuja criança possui idade igual ou superior aos 36 meses (44.7%), sendo estes também os que sobressaem em termos de comportamento adequado (46.5%).

Com comportamento pouco adequado, prevalecem os pais que a criança reside em meio urbano (55.3%), com comportamento muito adequado apresentam-se os progenitores cuja criança reside em meio rural (59.0%), registando-se diferenças estatisticamente significativa ($X^2=6.858$, $p=0.032$).

Na globalidade, a maioria dos pais cuja criança vive numa casa com condições habitacionais adequadas são os que apresentam valores percentuais mais elevados: 97.7% com comportamento adequado e 97.4% revelam comportamento muito adequado. A maior parte dos pais cujo filho nunca sofreu qualquer acidente doméstico ou de lazer manifesta comportamento preventivo adequado, bem como 92.3% que apresentam comportamento muito adequado, enquanto 26.3% dos pais, cujo filho já sofreu um acidente doméstico ou de lazer, revelam comportamento preventivo pouco adequado, registando-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=6,794$; $p=0.033$).

2.2. Análise inferencial

Seguidamente apresentam-se os resultados referentes à análise inferencial, de modo a poder dar-se resposta às questões de investigação.

Q2 - Que variáveis sociodemográficas têm repercussões nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?

Procurou-se saber se a idade interfere no comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos e de lazer nas crianças, tendo-se, para tal aplicado um Teste Kruskal-Wallis (cf. Tabela 26), cujos resultados revelam que em ambos os progenitores os valores de ordenação média mais elevados correspondem aos mais novos, com destaque para as precauções utilizadas para a proteção dos filhos. O valor de ordenação média é também mais elevado, em ambos os progenitores com menos idade, ao nível do total dos comportamentos. Importa ressaltar que se registam diferenças estatisticamente significativas no grupo das mães no que se refere às precauções utilizadas para a proteção do filho face aos perigos ($X^2=7.288$; $p=0.026$) e no total dos comportamentos preventivos ($X^2=6.203$; $p=0.045$). Dos resultados apresentados, infere-se que a idade é uma variável que interfere no comportamento das mães face à prevenção de acidentes domésticos e de lazer na criança.

Tabela 26 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da idade dos pais

Idade do pai	21-30 anos	31-40 anos	≥41 anos	X ²	p
	OM	OM	OM		
Comportamento					
Medidas de prevenção de acidentes	63,39	55,97	57,30	1,071	0,585
Precauções utilizadas para a proteção	66,50	55,65	54,74	2,365	0,307
Hábitos/rotinas na prevenção	59,78	55,72	61,82	0,750	0,687
Total dos comportamentos	65,93	55,78	55,04	2,023	0,364
Idade da mãe	21-30 anos	31-40 anos	≥41 anos	X ²	p
Comportamento	OM	OM	OM		
Medidas de prevenção de acidentes	67,90	57,03	54,50	3,106	0,212
Precauções utilizadas para a proteção	72,58	55,41	50,60	7,288	0,026
Hábitos/rotinas na prevenção	60,81	59,10	62,17	0,134	0,935
Total dos comportamentos	71,86	55,23	53,17	6,203	0,045

Em relação à interferência do estado civil no comportamento dos pais face à prevenção de acidentes na criança, com aplicação do Teste U de Mann-Whitney, verificou-se que os valores médios mais elevados correspondem aos pais com companheiro(a), sendo o mais elevado o das medidas de prevenção de acidentes domésticos e de lazer na criança, onde pontuaram menos os pais sem companheiro(a), com diferença estatisticamente significativa ($p=0.031$). É também expressiva a média registada no grupo de pais com companheiro(a) no que respeita aos hábitos/rotinas na prevenção. Refere-se que são os pais sem companheiro(a) a revelarem mais precauções para a proteção do filho (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função do estado civil

Estado civil	Com companheiro(a)	Sem companheiro(a)	UMW	p
	OM	OM		
Comportamento				
Medidas de prevenção de acidentes	64,31	49,55	1040,000	0,031
Precauções utilizadas para a proteção	59,36	63,77	1278,000	0,538
Hábitos/rotinas na prevenção	60,87	59,44	1346,500	0,838
Total dos comportamentos	61,97	56,29	1249,000	0,432

Procurou-se saber se a escolaridade dos pais interferia no seu comportamento face à prevenção de acidentes domésticos e de lazer na criança, tendo-se utilizado um Teste ANOVA (cf. Tabela 28), cujos resultados indicam que nas medidas de prevenção de acidentes foram os progenitores do sexo masculino com o ensino secundário a pontuarem mais, bem como foram estes os que mais revelam utilizar medidas de precaução para a proteção do filho contra os perigos. No que se refere aos hábitos/rotinas na prevenção, o valor médio mais elevado é o dos pais com o ensino básico, secundados pelos pais com o

ensino superior. São os pais com o ensino secundário os que revelam um valor médio mais elevado no total dos comportamentos de prevenção. Os dados indicam também que, em relação às mães, que são as que possuem menos escolaridade as que têm valores médios mais elevados em todas as dimensões, sendo de destacar os hábitos/rotinas na prevenção, seguindo-se o total dos comportamentos preventivos.

Tabela 28 – Teste ANOVA entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos e a escolaridade dos pais

Escolaridade dos pais	Ensino básico		Ensino secundário		Ensino superior		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Escolaridade do pai								
Medidas de prevenção de acidentes	69,54	16,103	71,88	20,365	65,54	23,093	679,931	0,410
Precauções utilizadas para a proteção	72,26	18,671	75,80	17,277	67,64	21,889	1094,925	0,235
Hábitos/rotinas na prevenção	82,54	12,258	80,10	17,831	81,12	17,445	122,944	0,773
Total dos comportamentos	75,86	11,275	76,64	11,734	72,71	15,194	296,837	0,398
Escolaridade da mãe								
Medidas de prevenção de acidentes	75,23	17,164	68,64	18,411	66,18	21,167	1552,358	0,129
Precauções utilizadas para a proteção	77,00	20,367	73,17	16,192	68,36	20,851	1449,474	0,146
Hábitos/rotinas na prevenção	81,94	10,048	81,91	17,668	81,29	16,005	11,613	0,976
Total dos comportamentos	78,62	11,958	75,69	11,304	73,18	13,887	554,502	0,178

Teve-se também como objetivo verificar se a zona de residência tem repercussões no comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança, tendo-se aplicado um Test t (cf. Tabela 29), cujos resultados indicam que ambos os progenitores residentes em meio rural são os que apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões, sugerindo que são estes os que apresentam um comportamento mais adequado na prevenção de acidentes domésticos e de lazer no filho. O valor médio mais elevado, em ambos os progenitores, é o dos hábitos/rotinas na prevenção.

Tabela 29 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função da zona de residência

Zona de residência	Rural		Urbana		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Comportamento do pai						
Medidas de prevenção de acidentes	72,52	21,701	66,23	17,112	1,762	0,081
Precauções utilizadas para a proteção	72,30	19,262	71,51	19,630	0,220	0,827
Hábitos/rotinas na prevenção	82,37	11,391	80,80	17,901	0,548	0,585
Total dos comportamentos	76,52	12,629	74,08	12,619	1,042	0,299
Comportamento da mãe						
Medidas de prevenção de acidentes	72,25	21,621	67,01	17,497	1,466	0,145
Precauções utilizadas para a proteção	72,69	19,414	71,76	19,542	0,258	0,797
Hábitos/rotinas na prevenção	82,85	11,717	80,75	17,530	0,743	0,459
Total dos comportamentos	76,79	12,813	74,34	12,530	1,051	0,295

Procurou-se saber se a situação profissional dos pais tem interferência nos seus comportamentos face à prevenção de acidentes na criança, tendo-se usado o Teste U de Mann-Whitney, daí se salienta que os pais desempregados adotam mais medidas de prevenção de acidentes, revelam mais precauções para a proteção dos perigos, enquanto os pais empregados revelam mais hábitos/rotinas na prevenção. No total dos comportamentos, o valor de ordenação média mais elevado é o dos pais desempregados, significando que são estes que manifestam comportamentos de prevenção mais adequados. No que se refere às mães, como demonstra também a Tabela 30, pode afirmar-se que são as que estão desempregadas as que apresentam valores de ordenação média mais elevada em quase todas as dimensões, à exceção dos hábitos/rotinas na prevenção, onde o valor de ordenação média mais elevado é o das mães empregadas. Verificou-se que são as mães desempregadas a revelarem mais comportamentos de prevenção de acidentes domésticos e de lazer nos seus filhos.

Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da situação profissional

Situação profissional	Empregado(a)	Desempregado(a)	UMW	p
	OM	OM		
Comportamento do pai				
Medidas de prevenção de acidentes	58,69	62,72	452,500	0,718
Precauções utilizadas para a proteção	57,74	74,17	349,500	0,158
Hábitos/rotinas na prevenção	59,16	57,06	468,500	0,853
Total dos comportamentos	58,06	70,33	384,000	0,295
Comportamento da mãe				
Medidas de prevenção de acidentes	57,48	63,75	1358,500	0,326
Precauções utilizadas para a proteção	58,51	61,59	1440,500	0,643
Hábitos/rotinas na prevenção	60,64	57,09	1428,500	0,586
Total dos comportamentos	58,69	61,20	1455,500	0,709

A Tabela 31 reporta-se aos resultados obtidos da aplicação do Test t para verificar se o rendimento mensal familiar dos pais tem repercussão nos seus comportamentos face à prevenção de acidentes domésticos na criança, constatando-se que, na globalidade, são os pais com baixo/médio baixo rendimento familiar mensal os que apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões, sugerindo que são estes os que manifestam comportamentos mais adequados em relação à prevenção de acidentes domésticos e de lazer nos seus filhos, apresentando um valor médio mais elevado nos hábitos/rotinas na prevenção.

Tabela 31 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função do rendimento familiar mensal

Rendimento familiar mensal	Baixo/médio baixo		Médio alto/alto		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Medidas de prevenção de acidentes	72,26	19,881	65,26	18,572	1,955	0,053
Precauções utilizadas para a proteção	74,41	18,956	69,21	19,984	1,446	0,151
Hábitos/rotinas na prevenção	82,59	11,127	80,22	19,576	0,835	0,405
Total dos comportamentos	77,28	11,586	72,81	13,769	1,917	0,058

Em síntese:

Ambos os progenitores mais novos (pai vs. mãe) revelam melhor comportamento com destaque para as precauções utilizadas para a proteção dos filhos. A idade é uma variável que interfere no comportamento das mães face à prevenção de acidentes domésticos e de lazer na criança. Resultando em relevância estatística ($p=0.026$) nas precauções utilizadas para a proteção, bem como no total dos comportamentos preventivos ($p=0.045$).

O estado civil interferiu estatisticamente no comportamento dos pais face à prevenção de acidentes na criança, sendo os pais com companheiro(a) os que revelam comportamento mais adequado, com diferença estatisticamente significativa ($p=0.031$) nas medidas de prevenção.

Q3 - Qual a influência das variáveis contextuais à criança nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 32, verifica-se que os pais cuja criança é um menino manifestam mais medidas de prevenção de acidentes, enquanto os pais que a criança é do sexo feminino apresentam mais precauções para a proteção da criança e hábitos/rotinas na prevenção, bem como têm um total de comportamentos preventivos mais adequados, na medida que o valor médio é mais elevado.

Tabela 32 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função do sexo da criança

Sexo da criança	Feminino		Masculino		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Comportamento						
Medidas de prevenção de acidentes	67,98	23,528	70,50	14,830	-0,708	0,480
Precauções utilizadas para a proteção	73,10	20,018	71,29	18,946	0,510	0,611
Hábitos/rotinas na prevenção	81,75	10,977	81,58	18,488	0,060	0,953
Total dos comportamentos	75,44	12,757	75,36	12,671	0,036	0,971

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 33, relativos à aplicação do Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da idade da criança, pode afirmar-se que os valores de ordenação média mais elevados são os do grupo de pais cuja criança possui até aos 12 meses de idade, onde se destacam as medidas de prevenção de acidentes, as precauções utilizadas para a proteção dos perigos. Excetuam-se os hábitos/rotinas na prevenção, onde pontuaram mais os pais cuja criança se situa na faixa etária dos 13-35 meses, secundados pelos pais que a criança tem idade igual ou superior aos 36 meses. No total dos comportamentos de prevenção, o valor de ordenação média mais elevado é o dos pais com crianças mais novas.

Tabela 33 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da idade da criança

Idade da criança	Até aos 12 meses	13-35 meses	≥36 meses	X ²	p
	OM	OM	OM		
Comportamento					
Medidas de prevenção de acidentes	65,60	54,70	60,63	1,835	0,400
Precauções utilizadas para a proteção	62,20	61,67	58,67	0,273	0,872
Hábitos/rotinas na prevenção	53,47	63,98	63,04	2,172	0,338
Total dos comportamentos	61,29	60,28	60,11	0,026	0,987

No que se refere à influência da zona de residência da criança nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes na criança, os resultados obtidos da aplicação do Test t revelam que são os pais cujos filhos residem em meio rural os que têm valores médios mais elevados em todas as dimensões, sugerindo que são estes os que manifestam comportamentos preventivos mais adequados. O valor médio mais elevado é o dos hábitos/rotinas na prevenção, onde também pontuaram mais os pais cuja criança reside em meio urbano (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função da zona de residência da criança

Zona de residência da criança	Rural		Urbana		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Comportamento						
Medidas de prevenção de acidentes	72,23	21,413	66,95	17,621	1,484	0,141
Precauções utilizadas para a proteção	73,20	19,589	71,34	19,376	0,521	0,603
Hábitos/rotinas na prevenção	83,01	11,666	80,59	17,611	0,862	0,390
Total dos comportamentos	77,03	12,812	74,11	12,481	1,258	0,211

Procurou-se verificar se a fratria influenciava o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança, tendo-se, para tal, recorrido a um Teste t, cujos resultados indicam que os valores médios mais elevados correspondem aos pais cuja criança não tem irmãos, sugerindo que são estes os que manifestam um comportamento mais adequado face à prevenção de acidentes na criança. Importa referir que o valor médio mais elevado é o dos hábitos/rotinas na prevenção (cf. Tabela 35).

Tabela 35 – Test t entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função da fratria

Comportamento	Fratria		Sim		t	p
	Não	Sim	Média	Dp		
Medidas de prevenção de acidentes	70,12	19,686	68,57	19,430	0,435	0,664
Precauções utilizadas para a proteção	72,18	20,429	72,15	18,665	0,008	0,994
Hábitos/rotinas na prevenção	82,42	18,748	81,02	11,646	0,499	0,619
Total dos comportamentos	75,92	14,363	74,96	11,111	0,414	0,679

Os resultados apresentados na Tabela 36 reportam-se à relação entre com quem vive a criança e o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança, tendo-se recorrido à aplicação de um Teste U de Mann-Whitney, do qual se

salienta que os valores de ordenação média mais elevados são os dos pais cuja criança vive com outros familiares, com destaque para os hábitos/rotinas na prevenção.

Tabela 36 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da coabitação

Comportamento	Coabitação	Vive com os pais	Vive com outros familiares	UMW	p
		OM	OM		
Medidas de prevenção de acidentes		60,38	61,85	536,500	0,892
Precauções utilizadas para a proteção		59,14	75,50	400,000	0,149
Hábitos/rotinas na prevenção		58,77	79,55	359,500	0,061
Total dos comportamentos		58,88	78,30	372,000	0,090

Os resultados da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, para a diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função das condições habitacionais, indicam que os valores de ordenação média mais elevados são os dos pais cujos filhos têm condições habitacionais adequadas, à exceção dos hábitos/rotinas na prevenção, onde pontuaram mais os pais cujos filhos vivem numa casa com condições habitacionais não adequadas (cf. Tabela 37).

Tabela 37 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função das condições habitacionais

Comportamento	Condições habitacionais	Não adequadas	Adequadas	UMW	p
		OM	OM		
Medidas de prevenção de acidentes		56,50	60,64	216,000	0,805
Precauções utilizadas para a proteção		54,25	60,72	207,000	0,711
Hábitos/rotinas na prevenção		64,13	60,38	217,500	0,827
Total dos comportamentos		54,25	60,72	207,000	0,713

Reportando-se a Tabela 38 aos resultados relativos o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança em função do estado de saúde do filho, afere-se que são os pais que consideram o seu filho saudável os que revelam mais medidas de prevenção de acidentes, secundados pelos pais que consideram os filhos muito saudáveis. Quanto às precauções utilizadas para a proteção, quem mais as utiliza são os pais que classificaram o estado de saúde do seu filho como pouco saudável, sendo também estes que apresentam mais hábitos/rotinas na prevenção e um valor de ordenação média mais elevado no total dos comportamentos preventivos.

Tabela 38 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função do estado de saúde do filho

Comportamento	Estado de saúde			X ²	p
	Pouco saudável	Saudável	Muito saudável		
	OM	OM	OM		
Medidas de prevenção de acidentes	46,25	60,22	61,24	,754	0,686
Precauções utilizadas para a proteção	77,50	60,45	56,26	1,420	0,492
Hábitos/ rotinas na prevenção	72,63	58,42	62,93	,987	0,610
Total dos comportamentos	75,88	60,16	57,33	1,033	0,597

Através dos resultados apresentados na Tabela 39, pode dizer-se que são os pais que consideram as horas de sono do seu filho adequadas aqueles que recorrem mais a medidas de prevenção de acidentes, enquanto os pais de crianças que não têm horas de sono adequadas revelam mais precauções para a proteção, hábitos/rotinas na prevenção e um comportamento total mais adequado.

Tabela 39 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função das horas de sono

Comportamento	Horas de sono		UMW	p
	Não adequadas	Adequadas		
	OM	OM		
Medidas de prevenção de acidentes	56,90	58,17	733,500	0,884
Precauções utilizadas para a proteção	66,80	56,68	618,000	0,267
Hábitos/rotinas na prevenção	59,57	57,77	726,500	0,840
Total dos comportamentos	63,77	57,14	663,500	0,470

A aplicação do Teste U de Mann-Whitney aponta para valores de ordenação média mais elevados no grupo de pais que os filhos não sofreram um acidente doméstico e de lazer, sendo o mais elevado nas medidas de prevenção de acidentes, onde se regista diferença estatisticamente significativa ($p=0.000$), seguindo-se o total dos comportamentos preventivos, também com relevância estatística ($p=0.037$), sugerindo que esta variável tem influência nos comportamentos de prevenção na criança (cf. Tabela 40).

Tabela 40 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias do comportamento face à prevenção de acidentes na criança em função da criança ter sofrido um acidente

Comportamento	A criança ter sofrido um acidente		UMW	p
	Não	Sim		
	OM	OM		
Medidas de prevenção de acidentes	64,87	34,03	425,500	,000
Precauções utilizadas para a proteção	61,67	53,41	755,000	,359
Hábitos/rotinas na prevenção	61,84	52,38	737,500	,283
Total dos comportamentos	63,18	44,24	599,000	,037

Em síntese:

O comportamento dos pais interfere na ocorrência de acidentes domésticos e/ou de lazer na criança, sendo os pais cujos filhos não sofreram um acidente os que manifestaram um comportamento mais adequado, destacando-se as medidas de prevenção de acidentes, onde existe diferença estatisticamente significativa ($p=0.000$), seguindo-se o total dos comportamentos preventivos, também com relevância estatística ($p=0.037$).

Q4 - Que variáveis contextuais de acidentes domésticos e de lazer são persecutórias dos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?

Procurou-se verificar se a informação adequada sobre prevenção de acidentes na criança é uma variável persecutória dos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança, tendo-se aplicado, para tal, um Teste ANOVA, cujos resultados indicam que os pais pouco informados são os que usam mais medidas de prevenção de acidentes, secundados pelos que se sentem muito informados. Constata-se também que os pais pouco informados revelam mais precauções para a proteção dos filhos contra os perigos, seguindo-se os mais informados, os quais também manifestam mais hábitos/rotinas na prevenção de acidentes domésticos e de lazer, secundados pelos pais que se sentem informados. A média mais elevada no total dos comportamentos preventivos é a dos pais muito informados (cf. Tabela 41).

Tabela 41 – Teste ANOVA entre o comportamento dos pais face à prevenção de acidentes domésticos e a informação

Comportamento	Pouco informado		Informado		Muito informado		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Medidas de prevenção de acidentes	70,04	24,840	68,51	16,033	69,79	19,529	58,818	0,927
Precauções utilizadas para a proteção	72,90	18,292	71,66	19,594	72,28	20,592	30,814	0,961
Hábitos/rotinas na prevenção	80,37	18,072	80,86	16,479	84,04	9,770	284,799	0,547
Total dos comportamentos	75,30	12,966	74,71	13,513	76,55	11,214	72,213	0,801

3. Discussão

Neste capítulo expõe-se a discussão metodológica e a discussão dos resultados obtidos que se evidenciaram como mais significativos. Procuramos no decurso da mesma comparar os resultados deste estudo com as evidências divulgadas em outros estudos e que consubstanciaram a base desta investigação no quadro concetual.

Discussão Metodológica

Uma análise aos aspetos metodológicos merece toda a atenção porquanto se trata de um momento onde daremos espaço à reflexão sobre as limitações e implicações práticas deste estudo.

Contudo, convirá referir que na nossa perspetiva os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo procuram ir de encontro dos objetivos traçados, e em consonância com as características da amostra.

Uma das limitações do estudo compreende-se com o facto da amostra ser não probabilística e conseqüentemente não aleatória, sendo desta forma menos fiável do que as amostras probabilística pois inviabiliza a generalização dos resultados. Acresce ainda alguma dificuldade em encontrar mais estudos para fundamentar os resultados obtidos.

Outro aspeto está relacionado com a extensão do questionário, o que pode levar à exaustão no seu preenchimento, e conseqüentemente ter influenciado as respostas dadas. Por outro lado o “timing” na sua aplicação também não nos pareceu a mais adequada, porquanto ocorreu durante o período de espera da consulta externa, urgência ou durante o internamento da criança.

Uma outra limitação do presente centra-se no facto de se tratar de um estudo transversal. Apesar de ser metodologicamente vantajoso por se tratar de um estudo mais breve apresenta como desvantagem os resultados obtidos ficarem centrados apenas no momento da recolha de dados, o que poderia ser evitado através da realização de um estudo longitudinal.

Discussão dos Resultados

A discussão será desenvolvida na mesma sequência da apresentação dos resultados, integrando a estatística descritiva e inferencial, relativas às variáveis em estudo. Finaliza-se com a questão principal do estudo que integra o conjunto dos resultados.

O comportamento parental face à prevenção de acidentes domésticos na criança é a principal variável em estudo. Desta forma, procedeu-se ao enquadramento dos principais acidentes na criança dos zero aos seis anos nas várias fases do seu desenvolvimento. A prevenção de acidentes dentro e fora de casa foi enquadrada de modo a entender se o comportamento dos pais seria mais ou menos adequado

No que respeita à caracterização dos pais (pai, mãe) que responderam ao questionário, num total de 120, registamos que na sua grande maioria se tratavam de mães (87,5%), o que confirma a tendência para a mulher assumir o papel de cuidadora principal, acompanhando as crianças às consultas, à urgência e mesmo durante o internamento. Estes resultados corroboram, em parte, outros estudos, na medida em que a grande maioria dos respondentes são mães (Casanova, 2012; Purssell, 2008, Rocha, Regis, Nelson-Filho & Queiroz, 2009; Rodrigues, Monteiro, Neto & Rodrigues, 2010; Walsh, Edwards & Fraser, 2008). No estudo de Durães, Toritama e Maia (2012), sobre o conhecimento dos pais sobre como proceder face aos acidentes domésticos, também houve prevalência das mães, como respondentes do questionário com percentual similar (82.0%) ao obtido no nosso estudo.

No que diz respeito à caracterização da amostra e às variáveis contextuais da criança, salienta-se que, a maioria das crianças têm mais de 3 anos (44.2%) sendo que destas 46.8% são rapazes e 41.4% são raparigas. Quanto à fratria registamos que a maioria das crianças têm irmãos (54.2%) mas um percentual de 45.8% surge como filhos únicos o que também está em consonância com a realidade nacional quando aponta para 1,3 filhos por casal (INE, 2016)

Por outro lado a maioria das crianças reside em meio urbano (55.8%) e a quase totalidade da amostra vive com os pais (91.7%). Apesar de se verificar uma redução deste tipo de estrutura familiar, os resultados do nosso estudo estão de acordo com os últimos Censos do Instituto Nacional de Estatística em que o núcleo familiar de casais com filhos ainda é predominante (INE, 2011).

Em relação às condições habitacionais, 97,6% da amostra admite ter condições habitacionais adequadas, ou seja, na grande maioria, as habitações têm água canalizada, casa de banho com banheira ou base de duche, e saneamento básico ligado. Estes dados estão de acordo com os resultados apresentados por Matos F. Loureiro (2005), que afirmava que em 2001 o território nacional apresentava uma cobertura muito próxima da totalidade dos alojamentos, em termos de eletricidade (99,5%), água (97,7%) e esgotos (96,3%).

Reportando-nos à vigilância de saúde, os pais referem que todas as crianças vão às consultas de vigilância quer seja no centro de saúde (70%) no médico particular (4.2%) ou

em ambos os locais (25.8%). Também é opinião da maioria dos pais que os seus filhos são saudáveis (72.3%) Contudo, 31.4% dos participantes referiram que o seu filho tem um problema de saúde (asma, infeções urinárias, hiperatividade, etc.) o que na nossa perspectiva não interfere com as horas de sono pois 87% das crianças têm sono adequado. Estes resultados vão ao encontro das políticas de saúde em Portugal que tem desenvolvido esforços, para que todas as crianças beneficiem de vigilância da sua saúde.

Abordando os acidentes domésticos ou de lazer, constatou-se que não ocorreram em 85,8% da amostra, mas dentro dos 14.2% em que ocorreram, o mais prevalente foi a queda. Apuramos que do número total dos acidentes descritos, 87% das crianças estavam com os pais e a ocorrência do acidente foi dentro de casa (81%), o que está em consonância com o que é referido por Durães, Toritama e Maia (2012), quando afirma que as quedas ocorrem em maior percentagem nas crianças com idades entre os 0 e os 4 anos, correspondendo os acidentes domésticos a 6% dos internamentos e constituindo-se como a quinta maior ocorrência. De igual modo, Faustino (2013), no seu estudo, verificou que numa amostra de 105 crianças com idade entre os 2 e os 4 anos, 57,1% das crianças sofreram quedas, havendo a necessidade de orientações de medidas de prevenções aos pais/cuidadores da criança.

Os nossos resultados também vão de encontro aos obtidos num estudo retrospectivo efetuado entre 2000 e 2009 em que se apontava como acidente mais frequente as quedas, a idade inferior a quatro anos e a sua ocorrência em casa (Nascimento & Anjos 2011). Também Durães, Toritama e Maia (2012) referem que os acidentes domésticos em crianças ocorrem, na maioria das vezes, em casa, potencializados pela inobservância, ausência de comportamento preventivo por parte das famílias e falha em termo de vigilância do adulto responsável. De igual modo, o estudo de Novais et al. (2012) salienta a queda como o acidente doméstico mais frequente nas crianças o que é também corroborado pelo INE (2013), quando informa que entre 2002 e 2012, ocorreu um número significativo de casos de crianças que morreram por quedas. O Relatório ADELIA 2014 também concluiu que o mecanismo de lesão mais frequente foi a queda (65%) para todas as idades.

Reportando-nos às **medidas de prevenção de acidentes** utilizadas pelos pais quando as crianças se encontram fora de casa, pode referir-se que 58.3% dos pais tem por hábito colocar capacete, cotoveleiras e joelheiras no seu filho quando utiliza bicicleta ou triciclo, mas tal procedimento não se traduz num hábito por parte de 41.7% dos participantes. Estes resultados estão em conformidade com os resultados do estudo de Dias, Costa e Martins (2013), em que referem que, nas atividades desportivas/lazer fora de casa, muitos pais dizem que utilizam o capacete, as joelheiras e as cotoveleiras como medidas de prevenção de acidentes de lazer nos filhos.

Maioritariamente, os participantes (74.2%) não têm piscina em casa e, dos que a possuem, 25.8% utilizam o gradeamento como proteção e 20.0% uma cobertura. No que diz respeito às piscinas, as vedações são apontadas em diversos estudos como a barreira física mais eficaz na redução da ocorrência de afogamentos, sobretudo nas crianças até aos 5 anos. *“Segundo dados da OMS a utilização de uma vedação eficaz e permanente reduz a probabilidade de afogamento em 50%. Uma vedação eficaz não pode ser escalável, não pode ter aberturas que permitam a passagem da criança e deve ter um portão de fecho automático. Mesmo as coberturas são consideradas pela OMS um sistema complementar à vedação. Devem ser rígidas - e não flexíveis -, concebidas com material resistente e estarem instaladas de forma adequada para que a criança não consiga passar por baixo delas, ficar presa, etc. Um dos seus pontos fracos é a necessidade de serem retiradas e colocadas todas as vezes que se pretende utilizar a piscina.”* (APSI 2002-2010)

Por outro lado, quanto às **precauções utilizadas na proteção** uma vez mais no nosso estudo se constata que a maioria dos pais as utiliza tanto dentro, como fora de casa.

Apuramos que dentro de casa, 61,7% dos pais utilizam trincos de segurança nas janelas e proteção das varandas, assim como proteção da lareira (66,7%). Todavia, verificou-se que, na amostra em estudo, há pais que não tomam as precauções necessárias para evitar acidentes domésticos e de lazer no seu filho, sendo exemplo 38,3% dos que não utilizam trincos de segurança nas varandas/janelas, 52,5% não utilizam proteção das escadas, 33,3% não protege a lareira, 21,7% não protege as tomadas elétricas, 60,0% não tem proteção nas esquinas, 37,5% não utiliza tapetes antiderrapantes em casa e na banheira (12,5%). Estes resultados corroboram os do estudo de Dias, Costa e Martins (2013) em que ficou demonstrado que pouco mais de metade dos pais disseram que utilizam dispositivos que impedem o acesso a escadas e a varandas, ou a mecanismos que não permitam a abertura de janelas. Todavia, as autoras verificaram que os melhores resultados apurados referiram-se à utilização de gradeamentos adequados nas varandas e parapeitos, tendo os pais afirmado que têm as varandas protegidas, o que, segundo as autoras, poderá estar relacionado com a maior consciência desse perigo ou com as regras de regulamentação na construção que já impõem algumas normas a esse respeito.

Reportando-nos aos **hábitos/rotinas na prevenção de acidentes**, constatamos no nosso estudo que a maioria dos pais não deixa os seus filhos sozinhos na cozinha (94,2%) e têm hábitos adequados em relação aos riscos na cozinha como por exemplo, afastar da borda do fogão as pegas ou cabos das panelas/frigideiras (91,7%), usar os bicos de traz do fogão (70%). É exceção a utilização de toalha de mesa, pois a maioria refere a sua utilização (74,2%), mas como sabemos a sua utilização é um procedimento a ser evitada dado o risco de as crianças a puxarem.

Um outro aspeto a ter em consideração é a toma de medicamentos pelos adultos na presença de crianças. Aproximadamente três quartos dos participantes previne este acidente escusando-se a tomar medicamentos frente às crianças, mas preocupa-nos os restantes 25% de pais que não estão elucidados e que necessitam de fazer formação nesse sentido. Como nos diz Gielen, Macdonald & Shields, (2015) as crianças aprendem através da imitação e tanto aprendem coisas úteis como as perigosas. É nesta perspetiva que somos de opinião que não se devem tomar medicamentos em frente das crianças.

Manter os produtos perigosos em local inacessível às crianças, é para a maioria dos pais um comportamento adequado, Constatamos porém que 9,2% dos pais não guardaram os detergentes em local inacessível às crianças, e 5,8% os medicamentos o que ainda é um percentual significativo se considerarmos o que nos diz a DGS 2009 quando afirma que: “ Em 2007, o Centro de Informação Antivenenos registou 10673 casos de intoxicações com crianças, das quais, mais de 65% tinham entre 1 e 4 anos de idade, a maioria ocorreu em casa e 54%, os medicamentos estiveram na sua origem”. Ainda no nosso estudo constatou-se que 7,5% dos pais não guardam os objetos cortantes em locais inacessíveis às crianças, não estando em conformidade com os resultados de Dias, Costa e Martins (2013), onde as medidas de segurança mais utilizadas em casa relatadas pelos pais foram a colocação de objetos perigosos em locais inacessíveis.

No que concerne à informação sobre a prevenção de acidentes domésticos e de lazer, apuramos que a maioria dos pais tem informação adequada (95.0%), o que corrobora o estudo de Dias, Costa e Martins (2013), onde verificaram que mais de metade dos pais (50,6%) considera ter informação adequada sobre este tema.

Por outro lado, as fontes de informação mais procuradas pelos pais para a prevenção de acidentes são por ordem de prioridade os profissionais de saúde nomeadamente médico (70,4%) e enfermeiro (61,7%), seguindo-se a internet (59,1%), televisão (58,3%) e imprensa (58,3%). Estes resultados não estão em consonância com os de Dias e al (2013) quando afirma que “em relação às fontes de informação, 73,9% dos pais refere ter recebido informação do médico, 58,8% da televisão, 54,3% na internet, 45% da imprensa e 40% do enfermeiro”. Neste sentido, tal como já referenciado na fundamentação teórica, importa salientar que os acidentes domésticos na criança, na maioria das vezes, são originados por fatores reversíveis e suscetíveis de prevenção. Por conseguinte, os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, têm um papel fundamental que consiste em trabalhar com programas educacionais que envolvam pais e crianças através da sensibilização sobre a necessidade de prevenir acidentes e também acerca dos primeiros cuidados a serem prestados quando esses acidentes ocorrem (Novais et al., 2012). Neste sentido, os mesmos autores consideram importante o desenvolvimento

de atividades de educação para a saúde de modo a orientar os pais e/ou cuidadores de crianças acerca das atitudes protetoras de acidentes domésticos na infância e também os cuidados a serem prestados à criança vítima de um acidente doméstico.

Para ultimar relativamente ao **comportamento dos pais face à prevenção de acidentes** domésticos, registou-se que as mães mais jovens (21-30anos) apresentam comportamentos mais adequados que as mães mais velhas (≥ 41 anos) com diferença estatística significativa ($X^2=9.755$; $p=0.045$). Também os pais a coabitarem com companheiro sobressaem por apresentarem comportamentos adequados (74.4%) ou muito adequados (79.%) Aferiu-se ainda que maioria dos progenitores do sexo masculino com ensino básico são os que possuem comportamento mais adequado (48.8%) ocorrendo o mesmo para as progenitoras com o ensino secundário (39.5%). A maioria dos pais (pai e mãe) com comportamento adequado reside em meio urbano (69.8%) enquanto os que têm comportamento muito adequado residem em meio rural (mãe 56.4% vs. pai 59.5%) existindo diferença estatística significativa nos pais ($X^2=6.902$; $p=0.032$) e diferença estatística residual nas mães ($X^2=5.752$; $p=0.056$). Estes resultados corroboram os encontrados por Durães, Toriyama e Maia (2012) que comprovaram que os pais revelam, na globalidade, comportamentos adequados face à prevenção dos acidentes domésticos, todavia, as autoras realçam a importância de se continuar a reforçar as informações de alerta para que se possam prevenir ainda mais os acidentes domésticos e de lazer nas crianças.

No que diz respeito à variável local de residência da criança, constatou-se que o valor percentual mais elevado de pais com comportamento muito adequado corresponde aos pais cuja criança reside em meio rural, existindo diferença estatística significativa ($p=0.032$).

Em relação à interferência do estado civil no comportamento parental verificou-se que os valores médios mais elevados correspondem aos pais com companheiro(a), sendo o mais elevado o das medidas de prevenção de acidentes domésticos e de lazer na criança, com diferença estatística ($p=0.032$).

Na globalidade são os pais com rendimento mensal baixo/medio baixo que apresentam valores médios mais elevados na totalidade dos comportamentos com relevância estatística residual ($p=0.058$), destacando se também a relevância estatística residual na dimensão medidas de prevenção de acidentes domésticos ou de lazer ($p=0.053$). Contrariando os resultados do nosso estudo refere-se os resultados obtidos por Laflamme, Sethi, Burrows, Hasselberg, Racioppi e Apfel (2009), que diz que o nível socioeconómico e a baixa escolaridade dos pais, associadas ao desemprego e à pobreza, têm sido identificados como fatores de risco para os acidentes domésticos e de lazer,

predispondo as crianças a uma maior probabilidade de estarem expostas a mais riscos. Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel ativo como promotor e educador de saúde, na mudança de comportamentos e na adoção de boas práticas por parte da criança e família, melhorando a qualidade de vida de todos, e influenciando positivamente os indicadores de saúde, para os quais contribui a redução dos acidentes domésticos e de lazer na criança.

No que diz respeito aos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança, grande parte revela-se adequado (35.8%) e muito adequado (32.5%). Estes resultados reforçam o preconizado por Gielen et al. (2015), segundo os quais “é necessário informar e alertar os pais para o facto de que a falta de vigilância, proteção e segurança da criança em contexto domiciliar contribui para acentuar as causas dos acidentes. Tais situações podem resultar num atraso significativo do desenvolvimento da criança, bem como acarretar sequelas para toda a vida”. Neste sentido, os mesmos autores referem ainda que “caso os pais ou cuidadores entendam que a casa pode não ser um local seguro, os mesmos devem adotar medidas de segurança domiciliar, evitando descuidos e negligências no cuidado à criança. A insegurança domiciliar pode ser intensificada pela curiosidade da criança” (Pereira & Garcia, 2009). As mesmas autoras sustentam que “a criança torna-se mais vulnerável ao acidente doméstico quando não recebe a atenção necessária ou quando os familiares desconhecem ou negligenciam a segurança no domicílio, de acordo com as características de cada fase de crescimento e desenvolvimento”. Os resultados apurados no presente estudo estão em conformidade com as evidências da investigação de Durães, Toritama e Maia (2012) cujos dados apurados revelam que “os pais possuem conhecimento em relação à prevenção dos acidentes domésticos, todavia, requer mais informação e adoção de outras estratégias para a sua efetiva prevenção”.

No presente estudo, a maioria dos pais cujo filho sofreu um acidente doméstico ou de lazer, revela comportamento pouco adequado, observando-se diferença estatística significativa ($p=0.033$). O grupo dos pais cujo filho não sofreu um acidente apresenta valores de ordenação média mais altos nas medidas de prevenção, com diferença estatística bastante significativa ($p=0.000$), seguindo-se no total dos comportamentos parentais com relevância estatística ($p=0.037$). Os dados revelam a importância de adotar comportamentos seguros em relação ao ambiente doméstico e à fase de desenvolvimento da criança, na prevenção de acidentes.

Conclusão

Este capítulo surge como forma de reflexão final sobre os aspetos que envolveram este estudo, realçando-se os resultados que se consideram mais pertinentes e abordam-se algumas implicações práticas dele resultante.

Este estudo abordou a problemática dos acidentes domésticos e de lazer na criança dos zero aos seis anos, a importância dos comportamentos de prevenção dos pais e quais os fatores que mais os influenciam

A maioria dos estudos sobre acidentes domésticos na criança vai ao encontro da prevenção e não ao estudo dos comportamentos de prevenção dos pais, sendo, por esse motivo, este estudo inovador.

Este estudo foi delineado tendo por base a revisão da literatura, da qual resultaram questões e objetivos definidos e os resultados serão um pequeno contributo para futuros estudos no que diz respeito à promoção da saúde da criança dos zero aos seis anos de idade. Este estudo, permitiu compreender a relação dos comportamentos dos pais com a prevenção de acidentes domésticos na criança dos zero aos seis anos. Para isso, investigou-se a influência das características sociodemográficas dos pais, contextuais e demográficas da criança e contextuais dos acidentes na criança, o que permitiu conhecer algumas relações e influências.

Foi nossa preocupação ao longo do desenvolvimento do estudo, responder às questões de investigação:

1. Quais os comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?"
2. Que variáveis sociodemográficas têm repercussões nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?
3. Qual a influência das variáveis contextuais à criança nos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?
4. Que variáveis contextuais de acidentes domésticos e de lazer são persecutórias dos comportamentos dos pais face à prevenção de acidentes domésticos na criança dos 0 aos 6 anos de idade?

Para este estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por pais de crianças que recorreram aos serviços de urgência pediátrica,

consulta externa pediátrica e internamento de pediatria do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro de Vila Real, no período de Janeiro e Fevereiro de 2016.

Foram maioritariamente as mães que deram resposta aos questionários, visto que normalmente o cuidador principal é a mãe. É a mãe, que usualmente acompanha a criança às consultas de vigilância, à urgência, assim como a acompanhar a criança no internamento.

Após análise e discussão dos dados recolhidos sobressaem as seguintes evidências:

Em relação aos progenitores, constatou-se que as mães têm entre 21 e 47 anos e os pais entre os 21 e 53 anos. A maioria dos pais tem companheiro(a), estão empregados, tendo maioritariamente os progenitores do sexo masculino o ensino básico e os do sexo feminino o ensino superior, ambos residem em meio urbano e encaixam-se na sua maioria na classe baixa /média baixa.

A maior parte das crianças neste estudo tem idade igual ou superior aos 3 anos, com prevalência das que vivem com os pais, têm irmãos e residem em meio urbano, com condições habitacionais adequadas. Todas as crianças têm vigilância de saúde e os pais consideram o seu filho saudável, referindo que dormem um número de horas de sono adequadas.

Observou-se que maioria das crianças não sofreu qualquer acidente doméstico ou de lazer, e das que sofreram acidentes, o tipo mais comum foram as quedas, a seguir os cortes e queimaduras. As crianças que sofreram um acidente doméstico ou de lazer encontravam-se com os pais na sua residência.

O comportamento dos pais na prevenção de acidentes domésticos na criança depende de vários fatores, e será o conjunto de procedimentos ou atitudes que efetuam na sua casa, que ajudarão a prevenir os acidentes. No presente estudo concluímos que os pais apresentam alguns comportamentos adequados e outros menos adequados.

Concluiu-se que são os progenitores mais jovens (mãe e pai) que demonstram melhor comportamento de prevenção de acidentes existindo diferenças estatísticas no grupo das mães. A idade é uma variável que interfere no comportamento das mães face à prevenção de acidentes domésticos e de lazer na criança.

Em relação ao estado civil, destacam-se os pais com companheiro a revelarem melhores comportamentos de prevenção, encontrando-se diferença estatisticamente significativa.

Com comportamento muito adequado a percentagem mais elevada corresponde aos pais residentes em meio rural, registando-se relevância estatística ($X^2=6.902$;

$p=0.032$), sendo mais uma variável que interfere no comportamento dos pais face à prevenção dos acidentes domésticos na criança. A percentagem mais elevada de pais com comportamento muito adequado corresponde aos que a criança reside em meio rural (59.0%), registando-se diferenças estaticamente significativa ($X^2=6.858$, $p=0.032$), podendo concluir que a maior parte das crianças vive em meio rural juntamente com os seus pais.

O comportamento dos pais interfere na ocorrência de acidentes domésticos e/ou de lazer na criança. A maior parte dos pais cujo filho nunca sofreu qualquer acidente doméstico ou de lazer manifesta comportamento preventivo adequado, bem como 92.3% que apresentam comportamento muito adequado, enquanto 26.3% dos pais, cujo filho já sofreu um acidente doméstico ou de lazer, revelam comportamento preventivo pouco adequado, registando-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=6,794$; $p=0.033$).

A maioria dos pais (95.0%) considera que tem informação adequada sobre prevenção de acidentes na criança no entanto a variável fontes de informação não interfere no comportamento dos pais face à prevenção de acidentes na criança.

Face a estes resultados e, de acordo com a diversa bibliografia focada ao longo do trabalho, podemos afirmar que os comportamentos dos pais cada vez mais interferem na prevenção de acidentes domésticos nas crianças, pois são eles que passam a maior parte do tempo com elas, principalmente as crianças dos zero aos seis anos, cujo desenvolvimento é rápido e sempre influenciado pelo ambiente que as rodeiam.

Os estímulos para o seu desenvolvimento estão lado a lado com os perigos do ambiente doméstico. Assim, cabe aos pais estarem preparados para desenvolverem estratégias e medidas de prevenção adequadas para que as crianças, desde que nascem, estejam seguras no ambiente domiciliar.

Verificou-se que todas as crianças têm consultas de vigilância, umas no centro de saúde outras no médico particular e algumas nos dois locais. Esta é uma boa oportunidade para que os profissionais de saúde consigam identificar as dificuldades dos pais e promovam a saúde da criança orientando para a prevenção de acidentes domésticos.

Neste sentido, os profissionais de saúde podem ajudar, orientando os pais sobre a importância de terem conhecimentos sobre os riscos latentes no ambiente doméstico e sobre as fases de desenvolvimento da criança, assim como a utilização de medidas de prevenção de acidentes dentro e fora de casa. Essa orientação deve começar nas consultas pré-natais, continuando nas consultas de saúde infantil com especial ênfase na visita domiciliar, que se realiza nos primeiros dias após o regresso a casa da maternidade. Os cuidados antecipatórios conforme o Programa Nacional de Saúde Infantil

e Juvenil (2013) devem ser mais valorizados na consulta de saúde infantil, no que diz respeito a esta temática.

Dada a complexidade da problemática e atualidade delineia-se um vasto caminho a ser percorrido, tendo em conta a diminuição da mortalidade, morbilidade e incapacidades causadas pelos acidentes na infância. Deste modo, será importante que haja mais investimento na capacitação (*empowerment*) dos pais, promovendo comportamentos na prevenção de acidentes em casa e fora de casa, valorizando a parentalidade responsável, promovendo ações de boas práticas e contribuir para melhorar os indicadores de saúde, em Portugal e no Mundo.

Concluimos, esperando que a divulgação deste estudo integre um contributo valioso para o bem-estar da criança no ambiente doméstico, ao nível da prevenção de acidentes na criança, sustentando uma intervenção nos fatores de risco e nos comportamentos dos pais, promovendo a utilização da legislação das normas de construção, diminuindo os riscos potenciais desta problemática com repercussões nefastas na vida futura das crianças e sua família e para a sociedade em geral.

Referências bibliográficas

- Administração Regional de Saúde do Centro I.P. (2015). *Prevenção de acidentes nas crianças e jovens dos 5 aos 12 anos*. Unidade de Saúde Pública. Acedido em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Noticias/Documents/2015/Manual%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20acidentes.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2011). *Afogamentos em Crianças e Jovens em Portugal: Relatório 2002-2010*. Lisboa: APSI. Acedido em: http://www.apsi.org.pt/24/relatorio_de_afogamentos_2002-2010_-_apsi_2011.pdf
- Associação para a Segurança Infantil (2014). *Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000-2013)*. Acedido em: http://apsi.org.pt/images/Documents/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf
- Baylor, J.K. (2006). Da concepção à adolescência. In: Potter, P.A., & Perry, A.G. *Fundamentos de enfermagem* (p.162). 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Costa, A.M., Sá, A., Fraga, F., Dias, F., Serafino, M.J. (2011). Prevenção de Acidentes: o que sabem os pais. *Nascer e Crescer*, 20(4): 244-247.
- Deldime, R., & Vermeulen, S. (2004). *O desenvolvimento psicológico da criança*. Trad. Maria Helena Ortiz Assumpção. 2. ed. Bauru: EDUSC.
- Dias, J., Costa, S., Martins, S. (2013). Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6):277-82.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional. Lisboa. Acedido em: <http://www.arsalentejo.minsaude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direcção-geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. Acedido em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

- Durães, M.R.P., Toritama, A.T.M., & Maia, L.F.S. de (2012). O conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos. *Revista Científica de Enfermagem*; 2(6):5-15.
- European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. (2013). *Injuries in the European Union: summary of injury statistics for the years 2008-2010*. Amsterdam: EuroSafe. Acedido em: http://ec.europa.eu/health/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf
- European Child Safety Alliance (ECSA) e Eurosafe. (2009). *Segurança Infantil Perfil do País 2009 - Portugal*. Abril 2009. ISBN 978-90-6788-430-3. Acedido em: www.apsi.org.pt.
- Gielen, A.C., McDonald, E.M., & Shields, W. (2015). Unintentional home injuries across the life span: problems and solutions. *Annu Rev Public Health*; 36: 231-253.
- Gonçalves, A.S.B.M. (2011). *Promoção da segurança infantil*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9355>
- Hockenberry, M.W.D., & Winklestein, M. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução – Portugal*. Acedido em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+%C3%8Dndice+sint%C3%A9tico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodu%C3%A7%C3%A3o-416>
- Mateos Baruque, M.L., Vián González, E.M., Gil Costa, M. et al. (2012). Incidencia, características epidemiológicas y tipos de accidentes domésticos y de ocio. Red centinela sanitaria de Castilla y León. *Aten Primaria*; 44(5): 250-256. Acedido em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002526>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2009). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016*. Lisboa: DGS.
- National Sleep Foundation (2014). Acedido em: <https://sleepfoundation.org/media-center/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>
- Neto, M., & Rodrigues, M. (2015). *Em casa ou no lazer o acidente pode acontecer: resultados preliminares do sistema EVITA apurados para o período 2010-2014*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Acedido em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3099/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N13_2015_artigo1.pdf

- Novais, G.S., Guimarães, F.E.O., Fagundes, M.D., Ferreira, R.B.S., & Macedo, D.A. (2012). *Educação em saúde na prevenção de acidentes domésticos infantis: relato de experiência*. In: Seminário Internacional de Pesquisa e Educação em Enfermagem, 2012, Salvador. Anais.
- Observatório Nacional de Saúde (ONSA) (2005). *Incidência de Acidentes Domésticos e de Lazer em Portugal Continental 2002*. Observatório Nacional de Saúde (ONSA), Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa: s.n.. Acedido em: www.onsa.pt.
- Observatório Nacional de Saúde (ONSA) (2006). *ADELIA 2005 - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada Relatório*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde (ONSA). Instituto Ricardo Jorge. Lisboa: s.n.. Acedido em: www.onsa.pt.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: www.ordemenfermeiros.pt.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2012). *"Saúde 21". Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *European Report on Child Injury Prevention*.
- Pereira, S.F.A., & Garcia, C.A. (2009). Prevenção de acidentes domésticos na infância. *Rev Enferm UNISA*; 10(2): 172-177. Acedido em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-2-14.pdf>
- Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho imagem e representação*. 3ªed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Spodek, B. (2011). *Manual de Investigação em Educação de Infância*. 3ª ed.. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N., A., & Sprinthall, R., C. (1993). *Psicologia Educacional*. Lisboa: Mc Graw Hill.
- Stefane, J. M. J. (2005). A enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil. In: SCHMITZ, E. M. R. *A enfermagem em pediatria e puericultura* (pp. 1-24. cap. 1). São Paulo: Atheneu.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2010). *Facts for Life*. 4ª Edição. New York: UNICEF, Janeiro, pp. 163-177. Acedido em: www.factsforlifeglobal.org.
- WHO. (2008). *World Report on Child Injury prevention: summary*. Geneva: World Health Organization. WHO/NMH/VIP08.01.

- Wong, D.L. (2009). Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.74-91, 286-413.
- Wilson, D. (2014). Promoção da saúde do lactente e da família. In M.J. Hockenberry, & D Wilson (Ed. Lits.), *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.,vol. 1, pp 491_552). Loures Lusociência.

Anexo I – Questionário

Este questionário faz parte de um estudo de investigação inserido no Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu. A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que o leia e responda a todas as perguntas de uma forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial, existindo garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências para si ou para o seu filho/filha. Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões com um espaço em branco (____), deve descrever claramente e de forma legível a sua opinião. **Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos, por favor, que não deixe nenhuma questão por responder.**

Muito obrigada pela sua colaboração

Instrumento de recolha de dados

--	--	--	--

Código

Secção 1- Caracterização Sociodemográfica dos pais

1. Dados dos pais

- a. Quem responde ao questionário: Pai Mãe Outro
Quem? _____
- b. Idade dos pais: Pai _____ anos Mãe _____ anos
- c. Estado civil dos pais: Casados Solteiros Divorciados Viúvos Juntos/União de facto
- d. Quais os anos de escolaridade ou habilitações literárias dos pais:
- Pai:** < 4 anos 5-6 anos 7-9 anos 10 – 12 anos Curso de especialização tecnológica Licenciatura Mestrado Doutoramento
- Mãe:** < 4 anos 5-6 anos 7-9 anos 10 – 12 anos Curso de especialização tecnológica Licenciatura Mestrado Doutoramento
- e. Qual a profissão do pai: _____
- f. Qual a profissão da mãe: _____
- g. Qual a situação profissional dos pais:
- Pai:** Empregada Desempregada Aposentada
- Mãe:** Empregada Desempregada Aposentada

h. Onde residem os pais:

Pai: Aldeia Vila Cidade

Mãe: Aldeia Vila Cidade

2. Rendimento mensal do agregado familiar

< 500 euros 500 a 999 euros 1000 a 1499 euros ≥ 1500 euros

Secção 2- Caracterização sociodemográfica e Contextuais da criança

3. Dados da Criança

a. Idade: _____

b. Sexo: Feminino Masculino

c. Tem irmãos? Sim Não Se sim, quantos? _____ E com que idade(s)? _____

d. Onde reside a criança: Aldeia Vila Cidade

4. Com quem mora a criança?

a. Pai

b. Mãe

c. Irmãos

d. Avó

e. Avô

f. Outros Quem? _____

5. A casa onde mora a criança tem:

a. Água canalizada? Sim Não

b. Casa de banho? Sim Não

c. Sistema de esgoto? Sim Não

d. Banheira? Sim Não

e. Base de chuveiro (poliban)? Sim Não

6. A saúde do seu filho

a. O seu filho vai às consultas de vigilância de saúde: Sim Não

Se sim: Centro de Saúde Particular

b. Considera o seu filho: Muito saudável Saudável Pouco saudável

c. O seu filho tem algum problema: Sim Não

Se sim, Qual _____

7. Horas de sono do seu filho?

O seu filho deita-se às _____ horas e levanta-se às _____ horas

O seu filho faz a sesta? Sim Não

Se sim, quanto tempo? _____ hora(s)

Secção – 3 Variáveis Contextuais de Acidentes domésticos ou de Lazer

8. O seu filho já sofreu algum acidente doméstico ou de lazer?

Sim Não

Se respondeu sim, de que tipo?

a. Intoxicação por: comida veneno água contaminada medicamentos

Outro: _____

b. Queimaduras por: óleo fogão água objeto elétrico Outro:

c. Afogamento : piscina privativa piscina pública tanque lago rio mar

Outro _____

d. Queda: escadas varanda muro árvore Outro: _____

e. Corte: faca lata vidro Outro: _____

f. Asfixia: engasgamento estrangulamento Outro: _____

9. Com quem estava a criança na hora do acidente?

g. Pais

h. Irmãos

i. Avós

j. Tios

k. Vizinhos

l. Colegas/Amigos do seu filho

m. Empregada doméstica

n. Outros Quais? _____

10. Qual foi o lugar onde ocorreu o acidente?

- a. Casa onde mora
- b. Pré-escola/Jardim de Infância
- c. Casa de familiares
- d. Casa de amigos
- e. Escola
- f. Rua
- g. Parque /locais de lazer
- h. Outro: _____

11. Considera que tem informação adequada sobre prevenção de acidentes na criança? Sim Não

Se respondeu sim, onde adquiriu informação sobre a prevenção de acidentes domésticos?

- a. Jornais
- b. Revistas
- c. Televisão
- d. Internet
- e. Médico
- f. Enfermeiro
- g. Outro _____

Secção - 4 Medidas de prevenção de acidentes domésticos ou de lazer

12 O que faz para evitar acidentes com o seu filho?

- | | Sim | Não |
|---|---|---|
| a. Deixa o(s) seu(s) filho(s) sozinho(s) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b. Os produtos de limpeza e medicamentos estão ao alcance das crianças | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c. Os objetos pequenos ou materiais pontiagudos estão ao alcance das crianças | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d. Adverte o seu(s) filho(s) sobre os riscos de acidentes doméstico | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| e. Se tem piscina em casa, utiliza proteção, por exemplo gradeamento | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| f. Se tem piscina em casa, utiliza proteção, por exemplo cobertura | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| g. Os móveis ou cadeiras estão próximos das janelas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

13 Quais são as precauções que utiliza na sua casa para proteger o seu filho de perigos?

Sim Não

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Possui trincos de segurança nas varandas/janelas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Possui proteção nas escadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Possui proteção na lareira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Possui proteção nas tomadas elétricas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Possui proteção nas esquinas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Utiliza tapetes antiderrapantes em casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Utiliza tapetes antiderrapantes na banheira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Guarda os detergentes em locais inacessíveis às crianças | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Guarda os medicamentos em locais inacessíveis às crianças | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Guarda os objetos cortantes em locais inacessíveis às crianças | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14 Tem por hábito:

Sim Não

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Deixar as crianças sozinhas na cozinha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usar os bicos de trás do fogão para cozinhar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Afastar da borda do fogão as pegas ou cabos das panelas/frigideiras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cozinhar com crianças ao colo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Utilizar toalha de mesa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Usar cobertores elétricos ou botijas de água quente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tomar medicamentos em frente de crianças | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Deixar crianças sozinhas na banheira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Verificar a temperatura da água do banho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Esvaziar a banheira no final do banho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Deixar o(s) seu(s) filho(s) ao cuidado de um menor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Colocar capacete, cotoveleiras e joelheiras no(s) seu(s) filho(s) quando utiliza a bicicleta ou triciclo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obrigada pela colaboração.

ANEXO II –

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Chamo-me Teresa Maria Cruz Fernandes Ramos, sou enfermeira do serviço de Pediatria do CHTMAD da Unidade de Vila Real, estou a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no Instituto Politécnico de Viseu/Escola Superior de Saúde, onde me encontro a realizar um estudo de investigação sob a orientação da Prof^a. Isabel Bica, com o tema “*Prevenção de Acidentes Domésticos: Atitudes dos Pais*”.

Este estudo tem como objetivo analisar as atitudes dos pais na prevenção de acidentes domésticos dos seus filhos, aos que frequentam as Consultas de Pediatria, Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital de Vila Real.

Neste sentido, pedimos-lhe que leia com atenção o questionário e responda a todas as perguntas de forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é a sua opinião, na certeza de que os dados serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informação. A concretização deste estudo só será possível graças à sua colaboração.

Não são colocadas questões de foro íntimo e será garantido, pela investigadora, o anonimato dos dados recolhidos.

Fica salvaguardado que a qualquer momento pode recusar participar sem prejuízo para o próprio.

Neste contexto e se concorda com o exposto, pedimos-lhe que assine este termo de consentimento

A equipa de investigação agradece a vossa preciosa colaboração!

A coordenadora do estudo de investigação

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para

esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

.....
.....

Assinatura:

.....
.....

Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo III



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

|

DECLARAÇÃO

Maria Isabel Bica Carvalho Costa, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mestre em Família e Sistemas Sociais pelo Instituto Superior Miguel Torga em Coimbra e doutorada em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS/Universidade do Porto, declara aceitar orientar a Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da licenciada Teresa Maria Cruz Fernandes Ramos que terá como tema central “**Prevenção de Acidentes Domésticos na Criança: Atitude dos Pais**”. Considero que a estudante reúne as condições necessárias para permitir o sucesso desta investigação.

Viseu, 13 de outubro de 2015

Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Anexo IV



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
Av. Noruega - Lordelo
5000-508 VILA REAL

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0783 13-001-15

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Teresa Maria Cruz Fernandes Ramos, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, pretendem realizar um estudo que tem como tema central a "Prevenção de Acidentes Domésticos: Atitudes dos Pais".

Pretende-se com este estudo analisar as atitudes dos pais na prevenção de acidentes domésticos dos seus filhos.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª autorização para a recolha de dados/informação junto dos pais de crianças em idade pré-escolar e escolar, que se encontrarem nos serviços de Internamento de Pediatria, Consulta Externa de Pediatria e serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Vila Real, nos meses de Outubro a Dezembro de 2015.

Em anexo enviamos cópias do Projecto de Investigação, Declaração do orientador, Consentimento Informado e Questionário de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Isabel Bica é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira