

Segurança de crianças no primeiro ano de vida: conhecimento das mães

Children's safety in the first year of life: knowledge of the mothers Revista Médica de Minas Gerais

Vera Lúcia Venancio Gaspar¹, Ariane Cardoso Ferreira², Bruna Cândido Cota², Lílían Cunha Moreira², Sofia Pereira Tironi²

DOI: 10.5935/2238-3182.20170024

RESUMO

¹ Instituto Metropolitano de Ensino Superior; Fundação São Francisco Xavier, Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG – Brasil.

² Instituto Metropolitano de Ensino Superior, Curso de Medicina, Ipatinga, MG – Brasil.

Introdução: questões relacionadas à segurança da criança devem ser abordadas durante a gravidez, continuando na maternidade e, posteriormente, em consultas com pediatras, considerando que as orientações preventivas disponibilizadas aos pais são imprescindíveis para a segurança da criança. **Objetivo:** averiguar o conhecimento de puérperas acerca da segurança de crianças no primeiro ano de vida. **Métodos:** trata-se de pesquisa descritiva, observacional e transversal, realizada no período de agosto de 2015 a dezembro de 2015, com mães de recém-nascidos, hospitalizadas na maternidade do Hospital Márcio Cunha, da Fundação São Francisco Xavier, em Ipatinga, Minas Gerais. **Resultados:** foram entrevistadas 300 puérperas. A faixa etária variou entre 14 e 45 anos; 52,0% já tinham outros filhos; 11,6% não completaram o ensino fundamental e 9,0% haviam cursado o ensino superior completo. Das mães, 56,3% haviam adquirido assento de segurança para o transporte do recém-nascido no automóvel e 43,2% haviam lido as instruções do fabricante. Quanto ao andador, 22,3% das mães pretendiam que seus filhos usassem o equipamento. Entre as entrevistadas, 49,2% informaram que, ao preparar o banho para o filho, colocavam água quente e, em seguida, água fria para temperar. Quanto à posição recomendada para colocar o filho no berço, 62,3% das mães responderam que seria de lado e 78,7% pretendiam colocar objetos dentro do berço. Durante a gestação, 23,3% haviam recebido orientações sobre segurança da criança no primeiro ano de vida. **Conclusão:** observou-se que, conforme vários temas contidos na pesquisa, há necessidade de aprimorar o conhecimento das mães, visando à segurança dos filhos. **Palavras-chave:** Segurança; Prevenção de Acidentes; Lactente.

ABSTRACT

Introduction: Issues related to children's safety should be addressed during the pregnancy, go on through maternity and in consultation with pediatricians, considering that the preventive guidance provided to parents is imperative for the child's safety Objective: To find out the knowledge of puerperal women about children's safety in the first year of life. Methods: Descriptive, observational and cross-sectional study carried out from August to December in 2015; with mothers of newborns hospitalized at the maternity of the Márcio Cunha Hospital from the São Francisco Xavier Foundation, in Ipatinga, Minas Gerais. Results: 300 puerperal women were interviewed. The age group ranged from 14 to 45 years old; 52.0% already had other children; 11.6% did not complete primary education and 9.0% finished graduation. From the interviewed mothers, 56.3% had the car's safety seat to transport the newborn and 43.2% read the manufacturer's instructions. When it concerns to the baby walker, 22.3% of the mothers intended to use the equipment. Among the interviewees, 49.2% reported that to prepare child's bath, they would put hot water first and then cold water to season. As for the recommended position to put the child in the crib, 62.3% of the mothers said they would put

Instituição:
Fundação São Francisco Xavier, Hospital Márcio Cunha
Ipatinga, MG – Brasil

Autor correspondente:
Vera Lúcia Venancio Gaspar
E-mail: jcgaspar@terra.com.br

the baby aside and 78.7% intended to put objects inside the crib. During the pregnancy, 23.3% received guidance about child safety in the first year of life. Conclusion: We observed that in several themes of the research, there is a need to improve the mothers' knowledge aiming at the safety of their children.

Keywords: Safety; Accident Prevention; Infant.

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2014, entre crianças menores de um ano de idade, ocorreram 1.019 óbitos por causas externas, sendo 826 ocasionados por acidentes; 96, por agressões; 78, por eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; e 19, por outras causas.¹ Destaca-se que, nesse mesmo ano, aconteceram 555 mortes em decorrência de *outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade* e 158 óbitos devido à *síndrome da morte súbita na infância*.²

As implicações das causas externas vão além das mortes: determinam hospitalizações, causam sequelas temporárias e/ou permanentes, ocasionam agravos emocionais e sociais e as perdas financeiras se estendem tanto à família como também à sociedade.³

Em 2014, morreram, no Brasil, 108 lactentes menores de um ano, vítimas de acidentes de transporte, dos quais 56 eram ocupantes de automóvel.¹ Recomenda-se que, antes da alta hospitalar do recém-nascido (RN), os pais devem ser orientados quanto ao uso correto do assento de segurança.⁴

As crianças são particularmente suscetíveis às quedas. Condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis à segurança são vistas como fatores de risco significativos para esses eventos.⁵ São os acidentes mais frequentes entre as crianças, determinando por volta de 20,0 a 25,0% dos atendimentos de urgência por acidentes.⁶

As queimaduras, acidentes considerados preveníveis, acontecem, predominantemente, em países de baixo e de médio poder aquisitivo.⁷ A maioria ocorre na cozinha e, em geral, é causada por líquidos quentes e chama. Crianças vítimas de queimaduras graves e que sobrevivem estão sujeitas a permanecer hospitalizadas por longo período e apresentar comprometimento significativo da aparência e outras sequelas permanentes, havendo risco de serem vítimas de “estigma e rejeição”. A prevenção deve englobar, entre outras, ações contra os diversos tipos de queimadura, empregando intervenções educativas direcionadas para a população mais suscetível.⁷

Ao longo dos últimos anos, ocorreu diminuição dos óbitos por síndrome da morte súbita do lactente (SMSL); nesse período, houve adequações “no ambiente de dormir dos lactentes e da classificação diagnóstica” das mortes.⁸ Mas essas ações precisam ser somadas a outras, tais como a gestante deve fazer seguimento pré-natal adequado, abolir o uso de cigarro, não fazer uso de álcool e de outras drogas e aumentar a prática do aleitamento materno⁹, que é fator protetor contra a SMSL.⁸

A segurança da criança, tema que se destaca entre as atribuições do pediatra, é questão que deve ser tratada ainda na maternidade, ocasião em que devem ser abordados cuidados com a alimentação, tópicos como a segurança no sono, no transporte, no ambiente domiciliar, assim como a existência de vulnerabilidade social e familiar.⁴ Em consultas de puericultura, orientações atualizadas sobre prevenção de acidentes e promoção da saúde devem ser disponibilizadas de acordo com a faixa etária da criança, o ambiente em que reside e os riscos a que está sujeita.¹⁰

A presente pesquisa visa averiguar o conhecimento de puérperas sobre segurança da criança no primeiro ano de vida.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional e transversal, realizada no período de agosto de 2015 a dezembro de 2015, com mães de recém-nascidos, hospitalizadas na maternidade do Hospital Márcio Cunha, da Fundação São Francisco Xavier, situado em Ipatinga, cidade localizada na região leste de Minas Gerais.

Participaram do estudo puérperas internadas pelo Sistema Único de Saúde e convênios. Excluíram-se da pesquisa as mães que não se encontravam em condições físicas, psíquicas e/ou emocionais satisfatórias. Também não foram convidadas a participar as mães cujos filhos se encontravam internados devido a complicações neonatais e quando o filho evoluiu para óbito.

Foram incluídas na pesquisa puérperas que não pertenciam aos grupos citados anteriormente, de qualquer faixa etária, independentemente do número de filhos, que aceitaram participar do estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com o cálculo amostral, considerou-se população de, aproximadamente, 1.500 puérperas, ao longo de três meses de coleta dos dados (média de 500 mães por mês), prevalência de 50,0% para nível de confiança de 95,0% e margem de erro de 5,0%. Foi estimada amostra de 300 puérperas (*Open Epi* versão 3.03). Ao final da coleta, os dados do formulário de pesquisa foram analisados com o auxílio do programa Epi-Info 3.5.1.

O estudo iniciou-se após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, localizado na cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, sob parecer número 1.133.509 de 08 de junho de 2015.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 300 puérperas. A idade variou entre 14 anos e 45 anos e a média foi de 27 anos ($\pm 6,5$ anos).

Os dados sociodemográficos, como existência de outros filhos e escolaridade materna, encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das puérperas

	Frequência	Percentual
Tem outros filhos (n=300)		
Sim	156	52,0
Não	144	48,0
Escolaridade (n=300)		
Fundamental incompleto	35	11,6
Fundamental completo	26	8,7
Médio incompleto	63	21,0
Médio completo	119	39,7
Superior incompleto	22	7,3
Superior completo	27	9,0
Pós-graduação	8	2,7

Os dados referentes ao transporte de crianças, menores de um ano, estão apresentados na Tabela 2. Entre as entrevistadas, 284 (94,7%) pretendiam levar os filhos para casa de automóvel.

Os dados relativos às quedas encontram-se na Tabela 3. Ressalta-se que 67 (22,3%) mães pretendiam que os filhos utilizassem andador.

No que concerne aos tópicos relacionados às queimaduras, as respostas fornecidas pelas puérperas encontram-se na Tabela 4.

Tabela 2 - Transporte de crianças menores de 1 ano

	Frequência	Percentual
Meio de transporte que será utilizado ao levar o filho para casa (n=300)		
Automóvel	284	94,7
Ambulância	12	4,0
Ônibus	4	1,3
Adquiriu o assento indicado para transportar o filho no automóvel (n=300)		
Sim	169	56,3
Não	131	43,7
Leu as orientações do fabricante do assento (n=169)		
Sim	73	43,2
Não	96	56,8
Ao andar de automóvel, como a criança deve ser transportada (n=300)		
Assento infantil no banco traseiro	245	81,7
Colo da mãe no banco traseiro	49	16,3
Assento infantil no banco dianteiro	6	2,0
Local em que o assento infantil deve ser colocado no automóvel (n=283)		
Lateral do banco traseiro	169	59,7
Centro do banco traseiro	114	40,3
Como o assento deve ser colocado no automóvel (n=300)		
De costas para o painel do automóvel	216	72,0
De frente para o painel do automóvel	84	28,0
Local em que a mãe deve sentar-se no automóvel (n=300)		
Lateral do banco traseiro	138	46,0
Centro do banco traseiro	134	44,7
Banco dianteiro	28	9,3

Tabela 3 - Quedas de crianças menores de 1 ano

	Frequência	Percentual
Local em que crianças, menores de 1 ano de idade, caem mais frequentemente (n=300)		
Cama	219	73,0
Berço	29	9,7
Escada	15	5,0
Andador	14	4,7
Carrinho de bebê	7	2,3
Cadeira	6	2,0
Trocador	6	2,0
Outros	4	1,3
Pretende utilizar andador (n=300)		
Não	233	77,7
Sim	67	22,3

Tabela 4 - Queimaduras de crianças menores de 1 ano

	Frequência	Percentual
Como as crianças sofrem queimaduras mais frequentemente (n=300)		
Líquidos quentes	104	34,7
Objetos quentes	57	19,0
Fogo	57	19,0
Exposição à eletricidade	30	10,0
Ferro elétrico	21	7,0
Exposição excessiva ao sol	17	5,7
Fósforo	2	0,7
Outros	12	4,0
Local da casa em que as crianças sofrem queimaduras mais frequentemente (n=300)		
Cozinha	279	93,0
Quarto	8	2,7
Sala	7	2,3
Banheiro	4	1,3
Área de serviço	2	0,7
Pretende cozinhar com o filho no colo (n=300)		
Não	279	93,0
Sim	21	7,0
Pretende transportar líquidos e alimentos quentes com o filho no colo (n=300)		
Não	287	95,7
Sim	13	4,3
Possui álcool líquido em casa (n=300)		
Não	171	57,0
Sim	129	43,0
Ao preparar água para o banho, deve-se colocar primeiro água fria ou quente (n=295)		
Água fria	150	50,8
Água quente	145	49,2

Os dados referentes à segurança do sono estão contidos na Tabela 5. Constatou-se que 187 (62,3%) mães pretendiam colocar o filho para dormir na posição de lado.

Tabela 5 - Ambiente para as crianças dormirem no primeiro ano de vida

	Frequência	Percentual
Móvel em que o filho vai dormir (n=300)		
Berço	263	87,7
Cama com os pais	19	6,3
Moisés	8	2,7
Carrinho de bebê	6	2,0
Cama de solteiro	1	0,3
Outros	3	1,0

Continua...

... continuação

Tabela 5 - Ambiente para as crianças dormirem no primeiro ano de vida

	Frequência	Percentual
Local da casa em que o filho vai dormir (n=300)		
Quarto com os pais	234	78,0
Quarto individual	59	19,7
Quarto com o(s) irmão(s)	6	2,0
Sala	1	0,3
Já adquiriu o berço (n=300)		
Sim	285	95,0
Não	15	5,0
Posição recomendada para o filho dormir (n=300)		
De lado	187	62,3
Barriga para cima	93	31,0
Barriga para baixo	20	6,7
Pretende colocar objetos dentro do berço (n=300)		
Sim	236	78,7
Não	64	21,3
Objetos que pretende colocar no berço (n=236)		
Protetor lateral	149	63,1
Travesseiro	63	26,7
Brinquedo	6	2,5
Outros	18	7,6
Pretende amamentar o filho (n=300)		
Sim	298	99,3
Não	2	0,7
Por quanto tempo pretende amamentar (em meses)		
Média ± desvio-padrão	12 ± 7,2	
Mínimo – Máximo	3-36	
Fumantes na residência (n=300)		
Não	232	77,3
Sim	68	22,7
Pessoas que fumam na residência (n=68)		
Pai	41	60,3
Mãe	12	17,6
Avó	10	14,7
Outros	5	7,4

Na Tabela 6, encontram-se as respostas das puéras relativas à orientação sobre segurança da criança, recebida durante a gestação, e as fontes de orientação.

Tabela 6 - Orientação sobre segurança da criança no primeiro ano de vida

	Frequência	Percentual
Recebeu orientação sobre segurança da criança, menor de 1 ano, durante a gestação (n=300)		
Não	230	76,7
Sim	70	23,3
Fonte de orientação sobre segurança (n=70)		
Sistema de saúde	54	77,1
Família	7	10,0
Mídia	6	8,6
Escola	2	2,9
Empresa	1	1,4

DISCUSSÃO

A análise dos dados sociodemográficos mostrou que as puérperas constituíram um grupo heterogêneo. A faixa etária variou entre 14 e 45 anos; 52,0% já tinham outros filhos; 11,6% não completaram o ensino fundamental; e 9,0% haviam cursado o ensino superior completo. Entre os principais fatores de risco para a ocorrência de acidentes, as condições socioeconômicas desfavoráveis sobressaem como causa expressiva. Outros fatores também têm impacto negativo na ocorrência de acidentes, como mãe adolescente, família monoparental, mãe com baixo nível de escolaridade e residências superpopulosas.¹¹

Entre as mães, 94,7% pretendiam levar o RN para casa de automóvel; 56,3% haviam adquirido assento de segurança para o transporte do filho no veículo. Entre as que possuíam o equipamento, 56,8% ainda não tinham lido as orientações do fabricante. Recomenda-se que, antes de colocar o assento de segurança no carro, os pais leiam o manual que acompanha o produto, assim como o do automóvel. O assento deve ser corretamente colocado no veículo e usado em todas as ocasiões em que a criança for transportada, inclusive por ocasião da alta da maternidade¹², mesmo em curtas distâncias.

Em relação à pergunta sobre como a criança deve ser transportada no automóvel, 16,3% das puérperas informaram que seria no colo da mãe e 2,0% em assento infantil, colocado no banco dianteiro. Entre as principais medidas para diminuir a gravidade dos acidentes de transporte, ressalta-se o uso de assento de segurança para lactentes, capaz de reduzir em, aproximadamente, 70,0% o risco de morte.¹³ É indispensável que o equipamento seja adequado não so-

mente à idade, mas também ao peso e à estatura da criança, devendo os pais serem orientados acerca do uso correto do assento infantil.¹⁴ Esse equipamento é recomendado somente para o transporte da criança no interior do veículo, não sendo indicado seu uso para outras finalidades, como para a criança dormir ou alimentar.¹² A existência de legislação que torna obrigatório o uso do assento infantil nos automóveis é um recurso para aumentar a adesão ao uso.¹⁴

Das mães, 59,7% pretendiam colocar o assento de segurança na lateral do banco traseiro, e a maioria pretendia colocar o filho de costas para o painel do automóvel. O assento deve ser colocado, preferencialmente, no centro do banco traseiro – desde que nessa posição o equipamento fique firmemente instalado – e de costas para o painel do carro, até a criança completar, pelo menos, dois anos de idade.¹²

Quedas são acidentes muito frequentes na infância. Devem-se às características próprias do desenvolvimento da criança, que incluem a curiosidade, o interesse em conhecer seu entorno e a conquista progressiva da independência. Aliada a essas características, muitas vezes, a vigilância por parte dos cuidadores é inadequada, somando-se ainda condições socioeconômicas desfavoráveis, que são fatores de risco para quedas.⁵ Na abordagem sobre o local de onde as crianças, de até um ano de idade, caem mais frequentemente, a maioria das mães citou a cama, seguindo-se berço, escada, andador e carrinho de bebê. Zielinski *et al.* verificaram que as crianças menores de um ano que caíram da escada estavam no colo (24,5%), no andador (16,2%) e no carrinho (5%).¹⁵ Devido à frequência com que ocorrem quedas de mobília, entre crianças menores de um ano, deve-se ter atenção especial ao momento em que são colocadas em superfícies altas, para troca de roupa ou para outra finalidade. Recomenda-se que os profissionais de saúde orientem sobre essa situação de risco, o que contribuirá para a prevenção desse tipo de acidente.¹⁶

Entre as puérperas, 22,3% pretendiam que seus filhos usassem andador. Em pesquisa realizada por Mulvaney *et al.*, observou-se que somente 53,4% dos pais responderam que seus filhos, menores de um ano, nunca haviam usado o equipamento.¹⁷ Além de não trazer vantagem para as crianças, o andador é um fator de risco relevante para acidentes, inclusive eventos graves que podem levar à morte. Orienta-se suspender a produção e a comercialização de andadores. Portanto, os pais devem ser orientados sobre

os riscos do andador; se na residência da família houver escada, deve-se orientar, ainda mais, a respeito do perigo que representa para a criança.¹⁸ A orientação aos pais destaca-se como um recurso importante para que haja diminuição do uso do andador, com a consequente redução dos acidentes.¹⁹

Quando questionadas sobre como as crianças sofrem queimaduras mais frequentemente no primeiro ano de vida, as mães responderam que esses eventos se devem a contato com líquidos quentes, objetos quentes e fogo. Crianças menores de um ano queimam-se, principalmente, por escaldadura com bebidas e substâncias quentes; também sofrem queimaduras em superfícies quentes ou devido a outros agentes, como álcool, soda cáustica e água sanitária. A falta de supervisão e lapso na atenção dos cuidadores são vistos como fatores de risco expressivos para queimaduras em crianças.²⁰

A cozinha foi citada por 93% das mães como o local da casa em que as crianças sofrem queimaduras mais frequentemente. Grande parte das queimaduras de crianças acontece em casa, na cozinha.²¹ Logo, os pais devem ser orientados quanto aos cuidados a serem tomados nesse ambiente.

Entre as puérperas entrevistadas, 43,0% afirmaram que possuíam álcool líquido em casa. Yoda *et al.* analisaram prontuários de crianças internadas devido a queimaduras e/ou sequelas de queimaduras e constataram que, em 64,0% das vítimas, o evento foi causado por líquidos quentes e, em 27,0%, por álcool líquido²², mostrando o perigo que o álcool líquido em casa representa para as crianças.

Entre as entrevistadas, 49,2% informaram que, ao preparar o banho para o filho, colocariam água quente e, em seguida, água fria para temperar. As mães devem ser orientadas a colocar primeiro a água fria e, em seguida, temperar com a quente, medida acessível capaz de prevenir queimaduras.²³

A avaliação da segurança do sono mostrou vários fatores de risco que tornam o ambiente para dormir inseguro para o lactente, tais como: 22,0% das mães não pretendiam colocar o filho para dormir no quarto delas e 12,3% pretendiam que o RN dormisse na cama com os pais, em moisés e outros locais. Pais, recém-nascidos e lactentes devem dormir no mesmo quarto, no mínimo durante todo o primeiro semestre de vida do filho, mas o ideal seria que esse prazo se estendesse até a criança completar um ano.²⁴ A criança deve dormir em seu próprio berço, colocado nas proximidades da cama dos pais. Essa medida é

capaz de diminuir a ocorrência de SMSL e oferece proteção contra sufocação e estrangulamento.²⁴

Das mães, 62,3% informaram que a posição ideal para colocar o RN no berço é de lado e 6,7% responderam que colocariam o filho em decúbito ventral. A posição supina é recomendada como a mais adequada para redução do risco da SMSL. O decúbito lateral e o ventral são desaconselhados para o sono dos lactentes.²⁵

Entre as entrevistadas, 78,7% pretendiam colocar objetos no berço, como protetor lateral, travesseiro, entre outros. As seguintes recomendações devem ser seguidas, visando à segurança durante o sono: colocar o recém-nascido para dormir em berço que contemple os requisitos de segurança, em colchão firme, bem adaptado ao berço e forrado por um lençol bem ajustado.²⁵ Protetores laterais tradicionais podem causar acidentes não fatais e mortes, portanto, não devem ser usados, e sua comercialização deve ser suspensa.²⁶ Orienta-se, ainda, que não se coloquem dentro do berço “objetos macios e roupa de cama soltas”²⁴, inclusive cobertores, colchas e travesseiros.²⁵ No entanto, ainda se observam roupas de cama soltas dentro dos berços, prática ligada a risco de óbitos infantis, no ambiente de dormir, causados por SMSL e sufocação.²⁷ A equipe de saúde, em todos os encontros com responsáveis por crianças dessa faixa etária, deve dar orientação a respeito das medidas indicadas para a segurança no ambiente de dormir.²⁴

Na atual pesquisa, em relação ao aleitamento materno, 99,3% das puérperas responderam que pretendiam amamentar seus filhos, em média, durante 12 meses ($\pm 7,2$ meses). Rocca *et al.* avaliaram, no período pós-parto, a adesão das puérperas às recomendações para a prevenção da SMSL e fizeram nova avaliação, aproximadamente, quatro meses depois. Apuraram que houve diminuição da adesão às orientações recebidas, principalmente as relativas ao aleitamento materno e à posição supina para colocar o lactente no berço. Esse fato aconteceu, especialmente, entre as mães de baixa escolaridade, jovens, separadas do pai do lactente, residentes em ambiente desfavorável e superlotado²⁸, sinalizando a necessidade de reforçar a importância das ações preventivas nas consultas de puericultura. Segundo Vennemann *et al.*, o aleitamento materno oferece proteção contra a SMSL, sendo capaz de diminuir o risco desse evento em aproximadamente 50,0%. Assim, além das vantagens reconhecidas para a díade mãe e filho, deve-se reforçar a importância da amamentação na prevenção da SMSL.²⁹

Foi relatada a presença de fumantes em 22,7% das residências dos recém-nascidos; desse percentual, 17,6% das mães eram fumantes. O uso de fumo pela gestante e também a exposição do lactente a ambientes onde há fumantes coloca a criança em risco significativo para SMSL. Do mesmo modo, o consumo de álcool e de drogas ilícitas, durante o período gestacional e após o nascimento do filho, também contribui para aumentar o perigo de ocorrência da SMSL.²⁴

No Brasil, em 2014, entre as mortes, de crianças menores de um ano, por causas externas, aconteceram 606 óbitos catalogados como outros riscos acidentais à respiração, que incluem riscos não especificados à respiração (210 óbitos); inalação de conteúdo gástrico (187 óbitos); inalação e ingestão de alimentos causando obstrução do trato respiratório (135 óbitos); sufocação e estrangulamento acidental na cama (54 óbitos); entre outros (20 óbitos).¹ Uma limitação da atual pesquisa foi deixar de interrogar as mães a respeito de tópicos relativos à sufocação. Nesse contexto, a asfixia configura-se como causa relevante de morbimortalidade, particularmente, de crianças pequenas.³⁰ A maioria dos acidentes é causada por alimentos, que determinam mais da metade das ocorrências³¹, e também por moedas e brinquedos ou parte deles.³⁰

Com vistas à prevenção de sufocação, recomenda-se que alimentos como nozes, pedaços de vegetais crus, pipoca, sementes e uvas inteiras devem ser mantidos fora do alcance de lactentes e de crianças pequenas.³¹ É necessário atenção ao tamanho dos alimentos no momento de oferecê-los às crianças. Sufocação também pode ser causada por bolas pequenas, botões, ímãs de geladeira, partes de caneta e pequenos prendedores de cabelo de crianças.³¹ Os brinquedos de irmãos maiores, que têm peças pequenas, são capazes de causar sufocação em crianças menores.³⁰ A prevenção requer orientação aos pais e cuidadores, locais seguros e vigilância adequada às crianças. Também se deve orientar os responsáveis pelas crianças quanto às medidas iniciais e às manobras de ressuscitação cardiopulmonar, em caso de ocorrência de sufocação.³⁰

Das puérperas, apenas pequena parcela recebeu, durante a gestação, informações sobre a segurança dos filhos no primeiro ano de vida. A orientação aos pais e responsáveis é um recurso imprescindível para a prevenção de acidentes entre crianças. Assim, a implementação de medidas preventivas com a participação do sistema de saúde, da mídia, do governo, entre outros, constitui uma estratégia fundamental para a segurança das crianças no primeiro ano de vida.

CONCLUSÃO

A análise dos dados mostrou que considerável parcela de puérperas não possuía conhecimento acerca dos fatores de risco para a ocorrência de acidentes com crianças no primeiro ano de vida. Durante o período gestacional, grande parte das mães não recebeu algum tipo de informação sobre segurança de recém-nascidos e de lactentes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Datasus. Óbitos por causas externas-Brasil. Óbitos por residência por faixa etária segundo grupo CID10. Faixa etária: menor 1 ano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [citado em 2016 dez. 20] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>
2. Ministério da Saúde (BR), Datasus. Mortalidade- Brasil. Óbitos por residência por faixa etária segundo categoria CID-10. Categoria CID-10:R95 Síndrome da morte súbita na infância,R99 Outras causas mal definidas e NE mortalidade. Faixa etária: menor de 1 ano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [citado em 2016 dez. 20] . Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
3. Plano Nacional da Primeira Infância. Projeto Observatório Nacional da Primeira Infância. Mapeamento da ação finalística evitando acidentes na primeira infância. 2014 Ago.[citado em 2015 out. 21]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/RELATORIO-DE-MAPEAMENTO-EVITANDO-ACIDENTES-versao-4-solteiras.pdf>
4. Benitz WE. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics*. 2005;135(5):948-53.
5. World Health Organization. Media centre. Falls. Geneve: WHO; 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
6. World Health Organization. As crianças e as quedas. Geneve: WHO; sd. [citado em 2016 dez. 03] . Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf
7. World Health Organization. Media centre. Burns. Geneve: WHO; sd. [citado em 2016 nov 25. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>
8. Goldstein RD, Trachtenberg FL, Sens MA, Harty BJ, Kinney HC. Overall postneonatal mortality and rates of SIDS. *Pediatrics*. 2016;137(1):1-10.
9. Moon RY, Hauck FR. SIDS risk: It's more than just the sleep environment. *Pediatrics*. 2016;137(1):1-3.
10. Balog EK, Hanson JL, Blaschke GS. Teaching the essentials of "well-child care": inspiring proficiency and passion. *Pediatrics*. 2014;134(2):206-09.

11. Centers for Disease Control and Prevention. National action plan for child injury prevention. An agenda to prevent injuries and promote the safety of children and adolescents in the United States. 2012. [citado em 2016 dez. 20]. Disponível em: https://www.cdc.gov/safekid/pdf/National_Action_Plan_for_Child_Injury_Prevention.pdf
12. American Academy of Pediatrics. Car seats: information for families. 2017 [citado em 2016 dez. 02]. Disponível em: <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/Pages/Carsafety-Seats-Information-for-Families.aspx>
13. World Health Organization. Road safety: key risk factors. Geneva: WHO; sd [citado em 2015 dez. 16]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/3_Road_Safety_Key_Risk_Factors.pdf
14. World Health Organization. Ten strategies for keeping children safe on the road. Geneva. 2015 [acesso em 2015 dez. 17]. Disponível em: <https://www.fiafoundation.org/media/45684/ten-strategies-for-keeping-children-safe-on-the-road.pdf>
15. Zielinsk AE, Rochette LM, Smith GA. Stair-related injuries to young children treated in US emergency departments, 1999-2008. *Pediatrics*. 2012;129(4):721-7.
16. Kendrick D, Maula A, Reading R, Dindmarch P, Cupland C, Watson M, et al. Risk and protective factors for falls from furniture in young children. *JAMA Pediatr*. 2015;169(2):145-53.
17. Mulvaney CA, Watson MC, Smith S, Coupland C, Kendrick D. Child injury prevention in the home: a national survey of safety practices and use of safety equipment in deprived families. *Health Educ. J*. 2014;73(1):67-71.
18. American Academy of Pediatrics. Committee on injury and poison prevention. Injuries associated with infant walkers. *Pediatrics*. 2001;108(3):790-2.
19. Ramdzan SN, Liew SM, Khoo EM. Unintentional injury and its prevention in infant: knowledge and self-reported practices of main caregivers. *BMC Pediatr*. 2014;14(132):1-7.
20. Longo E, Masellis M, Fondi G, Cedri C, Debbia C, Pitidis A. Qualitative analysis of emergency department reports applied to a pilot project for the prevention of pediatric burns. *Ann Burns Fire Disasters*. 2015;28(4):247-52.
21. Wang S, Li D, Shen C, Chai J, Zhu H, Lin Y, et al. Epidemiology of burns in pediatric patients of Beijing City. *BMC Pediatr*. 2016;16(166):1-7.
22. Yoda CN, Leonardi DF, Feijó R. Queimadura pediátrica: fatores associados a sequelas físicas em crianças queimadas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. *Rev Bras Queimaduras*. 2013;2(2):112-7.
23. Karan A, Amado V, Vitorino P, Kulber D, Taela A, DeUgarte D. Evaluating the socioeconomic and cultural factors associated with pediatric burn injuries in Maputo, Mozambique. *Pediatr Surg Int*. 2015;31(11):1035-40.
24. American Academy of Pediatrics. SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016;138(5):1-12.
25. Safe to Sleep. Text alternative for the safe to sleep interactive room. 2015 [acesso em 03 dez 2015]. Disponível em: https://www.nichd.nih.gov/sts/about/environment/room/Pages/text_alternative.aspx
26. Scheers NJ, Woodard DW, Thach BT. Crib bumpers continue to cause infant deaths: a need for a new preventive approach. *J Pediatrics*. 2016;169:93-7.
27. Shapiro-Mendoza CK, Colson ER, Willinger M, Rybin DV, Camperlengo L, Corwin MJ. Trends in infant bedding use: national infant sleep position study, 1993-2010. *Pediatrics*. 2015;135(1):10-7.
28. Rocca MR, Bosch JF, Henson CD, Reyes PH, Conde MA, Riso MR, et al. Evaluación de la adherencia a las recomendaciones para disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. *Rev Chil Pediatr*. 2014;85(4):462-9.
29. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 2009;123(3):406-10.
30. American Academy of Pediatrics. Policy statement – prevention of choking among children. *Pediatrics*. 2010;125(3):601-6.
31. American Academy of Pediatrics. Choking prevention. 2015 [citado em 2016 dez. 20]. Disponível em: <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/injuries-emergencies/Pages/Choking-Prevention.aspx>