



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 10, Issue, 01, pp. 33122-33127, January, 2020



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

AÇÃO EDUCATIVA PARA SEGURANÇA NO DOMICÍLIO E PREVENÇÃO DE INTOXICAÇÃO EM CRIANÇAS

*Márcia Regina Jupí Guedes and Magda Lúcia Félix de Oliveira

Rua Rui Barbosa, n. 47, apt 201. Zona 07, Maringá, PR CEP: 87.020-090

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th October, 2019
Received in revised form
16th November, 2019
Accepted 08th December, 2019
Published online 29th January, 2020

Key Words:

Saúde da Criança; Envenenamento;
Educação em saúde; Família;
Enfermagem em saúde comunitária.

*Corresponding author:

Rafael Gomes Abreu Bacelar

ABSTRACT

Objetivo: Identificar mudanças no cotidiano domiciliar em famílias de crianças intoxicadas após ação educativa toxicológica. **Métodos:** Pesquisa descritiva, exploratória e de natureza qualitativa, com referencial metodológico da pesquisa convergente assistencial, e sistematizada em dois momentos: intervenção hospitalar e domiciliar. Participaram 11 familiares de crianças atendidas na Sala de Reanimação e Estabilização e na UTI Pediátrica de um hospital ensino região Noroeste do Paraná e cadastradas no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital no período de março a outubro de 2015. **Resultados:** A maioria das crianças era do sexo masculino, faixa etária até dois anos, acidente individual, na residência e presença dos (pais) ou responsáveis. Seis foram classificadas clinicamente como moderadas e cinco como graves. Após a intervenção preventiva hospitalar, a visita domiciliar indicou que a proposta de ação educativa dialógica foi parcialmente eficaz, com (baixa) moderada adesão às medidas para segurança química no domicílio, possivelmente, relacionada com a "precocidade" na abordagem das famílias e apenas duas oportunidades de acesso para a ação educativa; com características socioeconômicas e psicossociais deficientes, implicando em baixa motivação para a mudança de comportamento. **Conclusão:** Ressalta-se que o tempo para a mudança de comportamento no ambiente domiciliar pode ser diferente do tempo do pesquisador.

Copyright © 2020, Márcia Regina Jupí Guedes and Magda Lúcia Félix de Oliveira. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Márcia Regina Jupí Guedes and Magda Lúcia Félix de Oliveira, 2020. "Ação educativa para segurança no domicílio e prevenção de intoxicação em crianças", *International Journal of Development Research*, 10, (01), 33122-33127.

INTRODUCTION

A prevenção dos acidentes na infância tem sido foco de investigações científicas com o pressuposto de que a prevenção se dá a partir do conhecimento dos fatores e processos pelos quais os acidentes ocorrem das características próprias de determinados acidentes, e do ambiente social em que ocorrem (COSTA *et al.*, 2015; SALES *et al.*, 2017). Os acidentes domésticos são os que mais acontecem, porque os pais nem sempre conhecem as limitações de cada fase da vida dos filhos, além de não terem o hábito de pensar nos perigos dentro de casa. Normalmente, os adultos esperam da criança uma percepção de risco, que ela desenvolve só a partir dos sete anos. Até os quatro anos, ela é curiosa, mistura o real e o fictício e imita os adultos. Isso sem contar que cai com mais facilidade porque a cabeça é desproporcional ao corpo, fazendo com que o centro de gravidade seja no peito e não no umbigo (COSTA *et al.*, 2015; SALES *et al.*, 2017). A partir daí, a criança é menos ingênua, mas passa a ser movida pelo

desafio. Por isso, ela é considerada o grupo de maior risco para intoxicações devido a seu comportamento curioso e exploratório, levam tudo o que encontram à boca, o que aumenta sua exposição aos agentes tóxicos (COSTA *et al.*, 2015; DOMINGOS *et al.*, 2016; SALES *et al.*, 2017). A intoxicação na infância é um evento considerado frequente e com diversidade de agentes tóxicos, manifestando-se em situações complexas e um grave problema de saúde pública, pois além dos custos sociais, econômicos e emocionais, são também responsáveis por eventos não fatais e sequelas que, em longo prazo, repercutem na família e na sociedade, penalizando crianças e adolescentes (BEZERRA *et al.*, 2014; GARCIA; POLISEL; FRANCK, 2015; SALES *et al.*, 2017). Para a família, o período da hospitalização da criança intoxicada é desgastante; pais, parentes e as crianças compartilham as angústias e o estresse da internação e do afastamento do lar, impondo à família a reformulação de seu cotidiano e adaptação à nova rotina para manter a unidade

familiar (GURGEL, 2014). Independente de como o acidente acontece e de quem está envolvido com o fato, os sentimentos de culpa, medo, desespero são os mais percebidos e expressados pelos familiares, que não imaginam que esses casos possam ocorrer na família. A experiência de intoxicações leves, sem aparentemente possíveis consequências, as famílias poderiam agir como se o episódio integrasse o ciclo vital da criança, negligenciando medidas de segurança ambiental pós-intoxicação, mas quando o tipo de intoxicação ocasiona graves repercussões no estado físico e emocional da criança ou risco de morte, espera-se que ocorra alguma mudança no comportamento das famílias, principalmente quanto à segurança doméstica e reconhecimento da toxicidade e riscos dos produtos tóxicos (GOMES *et al.*, 2013; SALES *et al.*, 2017). Neste contexto, a atividade de educação para a saúde consolida-se como recursos imprescindíveis à mudança de comportamento, que visem não só ao controle da doença, mas à busca do melhor nível de saúde e bem-estar, e deverão ser uma prática em qualquer espaço escola, trabalho e família, engajando a pessoa para o autocuidado (BEZERRA, 2014). Diante da magnitude do problema das intoxicações infantis, da possibilidade de prevenção por meio de orientações e modificações dos ambientes domésticos, dos resultados e sugestões de pesquisas anteriores, justificou-se a proposta de ação educativa envolvendo os pais e/ou outros responsáveis pelas crianças, com vistas a responder a seguinte questão de pesquisa: “Quais seriam os resultados da ação educativa para aquisição de comportamentos preventivos e para mudanças no ambiente domiciliar das famílias?” Estabeleceu como objetivo do presente estudo identificar mudanças no cotidiano domiciliar em famílias de crianças pós-intoxicadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com utilização do referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial-PCA (PIVOTO *et al.*, 2013), com coleta prospectiva de dados. A escolha do espaço físico da Pesquisa Convergente Assistencial-PCA foi desenvolvida no contexto de desenvolvimento das atividades assistenciais, onde as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa aconteceram. O estudo foi desenvolvido em sete municípios do oeste do Paraná. A população em estudo foi composta por famílias de 11 crianças com idades de um a nove anos e com diagnóstico médico de intoxicação por diversos agentes tóxicos, cadastradas no Centro de Controle de Intoxicações, do Hospital Universitário Regional de Maringá – CCI/HUM e atendidas na Sala de Estabilização e Reanimação do Pronto Socorro ou na unidade de terapia intensiva pediátrica – UTIP do HUM, no período de março a outubro de 2015. Foram considerados como critérios de inclusão para os informantes da pesquisa: familiar, que mantivesse relação de convivência e de cuidado com a criança antes e após a ocorrência da intoxicação, preferencialmente seu cuidador principal. Como fontes de dados foram utilizadas as fichas de Ocorrência Toxicológica – OT, os prontuários hospitalares das crianças, e foram construídos quatro instrumentos para coleta de dados: roteiro de coleta de dados de documentos hospitalares, roteiro de entrevista/intervenção hospitalar com o familiar, material de educação para prevenção de acidentes toxicológico infantil, e roteiro de observação/intervenção no domicílio. Como proposta deste estudo, foram realizados dois encontros com a família da criança intoxicada, o primeiro encontro chamado de intervenção hospitalar. A intervenção

propriamente dita, com orientação a partir do binômio conhecimento/dúvidas em uma perspectiva dialógica, e pautou-se em padrões de atendimento inicial à urgência toxicológica em crianças, associada à experiência profissional da pesquisadora no centro de informação e assistência toxicológica, com informações dos riscos toxicológicos dos agentes envolvidos nos eventos e participou da assistência prestada à criança e ao familiar juntamente com a equipe multiprofissional de saúde, por meio da orientação de condutas frente ao evento toxicológico, estabelecendo interação com o familiar presente no atendimento, cumprindo as diretrizes da pesquisa convergente assistencial. Foram aplicados instrumentos visando obter dados referentes ao familiar participante da pesquisa, da ocorrência toxicológica e realizado o primeiro momento de orientação informado da segunda etapa da pesquisa por meio de visita domiciliar, que aconteceria no período máximo de até 30 dias após a alta hospitalar da criança, e da liberdade para participação na pesquisa. Os cuidados para os procedimentos de acesso e abordagem às famílias seguiram o protocolo utilizado pela equipe de visitantes de enfermagem do Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado, um projeto de Extensão Universitária do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que atende desde 1992 no âmbito do CCI/HUM (SELEGHIM *et al.*, 2011). Cada entrevista foi gravada em mídia digital (HERMANN *et al.*, 2017). A intervenção domiciliar reuniu três tecnologias da visita domiciliar: a *observação*, com atenção às características do domicílio e aos relatos do familiar; a *entrevista*, com diálogo para a coleta de dados específicos; e a *oportunização* do indivíduo expressar fatos de sua vida, dentro da liberdade que lhe é concedida (NORO; TORQUATO, 2015). O conteúdo das gravações das entrevistas foi transcrito na íntegra, pela própria pesquisadora, e avaliado por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2015). Dados de caracterização sociodemográfica, dos eventos toxicológicos e do processo da ação educativa foram agrupados e apresentados descritivamente. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – COPEP, da Universidade Estadual de Maringá.

RESULTADOS

A maioria das crianças intoxicadas era do sexo masculino, a faixa etária das crianças notificadas foi de um a nove anos, com maior número de casos entre um e dois anos. A via oral foi a mais expressiva para introdução do agente tóxico no organismo. Foram identificados cinco agentes tóxicos, os medicamentos e domissanitários sendo os principais. As ocorrências toxicológicas foram relacionadas, por erro de administração, uso indevido de medicação e acidental. Os erros de administração foram responsáveis por três ocorrências toxicológicas, sendo dois por medicamentos, e a terceira foi quando o avô administrou inseticida ao invés da medicação homeopática à criança. A ocorrência toxicológica por uso indevido/automedicação de medicamento antiemético, resultou em intoxicação grave, pois o medicamento é de alta toxicidade e contraindicado para uso em criança. Das sete intoxicações acidentais típicas, três ocorreram por ingestão de medicamentos, e quatro por ingestão e contato dérmico/cutâneo com domissanitários e planta tóxica. Os entrevistados informaram a presença dos agentes tóxicos em locais considerados de fácil acesso ou de conhecimento da criança, como nos casos de intoxicação por Sildenafil e

Quadro 1. Conhecimentos e sua utilização, e dúvidas dos familiares de crianças intoxicadas sobre prevenção de acidentes toxicológicos no domicílio. Maringá, CCI/HUM, março-outubro, 2015

N	Dados do evento toxicológico	Conhecimento/utilização desse conhecimento	Dúvidas sobre segurança doméstica/intoxicação
01	8anos. Erro de administração de medicamento, na residência, mãe presente. Caso grave.	Não. Fui esclarecida	Nenhuma
02	9 anos. Erro de administração (inseticida), residência, avós presentes. Caso moderado.	Sim. Armazenamento correto de produtos; não ter “chumbinho” na residência.	Nenhuma. “Fui bem esclarecida no atendimento médico”.
03	2 anos. Erro de administração (medicamento), no hospital, tia presente. Caso grave.	Sim. Medicamentos fora do alcance das crianças.	Sim. Estava preocupada, porque a criança não acordava logo. “Ele vai ficar bom? Ele tem risco de morte?”
04	1 ano. Acidente individual (produto químico), na residência, mãe presente. Caso moderado.	Não. Fui bem esclarecida	Nenhuma. “Fiquei tranquila e segura após o atendimento médico”.
05	2 anos. Acidente individual (medicamento), na residência, mãe presente. Caso moderado.	Sim. Armazenamento de medicamentos, produtos de limpeza.	Sim. “Ela pode ter alguma doença no coração, mesmo depois de algum tempo do que aconteceu?”
06	1 ano. Acidente individual (medicamento), na residência, mãe presente. Caso moderado.	Sim. Armazenamento correto do que oferece risco às crianças.	Sim. “Se não tivesse feito a lavagem do estômago, a criança teria risco de morrer?” Insatisfação com atendimento.
07	1 ano. Acidente individual (domissanitário), na residência, pais presentes. Caso moderado.	Sim. Armazenamento correto de medicamentos.	Nenhuma. “Tudo ficou bem resolvido”.
08	3 anos. Acidente individual (medicamento), na residência, mãe presente. Caso grave.	Sim. Não respondeu sobre o uso do conhecimento.	Nenhuma
09	2 anos. Uso indevido de medicamento, na residência, mãe presente. Caso grave.	Sim. Armazenamento de produtos tóxicos.	Nenhuma. Expressou insatisfação com tratamento.
10	3 anos. Acidente individual (planta tóxica), na residência, pais presentes. Caso moderado.	Sim. Armazenamento de produtos tóxicos.	Nenhuma. “O atendimento proporcionou tranquilidade”.
11	2 anos. Acidente individual (domissanitário), na residência, pais presentes. Caso grave.	Sim. Armazenamento de produtos de limpeza.	Sim. “Porque a criança precisou permanecer em jejum algumas horas e usar azeite de oliva?”.

Quadro 2. Situação familiar de crianças intoxicadas, segundo aspectos psicossociais e domiciliares e avaliação do comportamento preventivo familiares de crianças intoxicadas observados na visita domiciliar. Maringá, CCI/HUM, março-outubro, 2015

N	Situação familiar e domiciliar	Avaliação do comportamento preventivo
01	1,5 SM*. Família mononuclear. Ausência do adulto com a criança com observação parcial dos avós na residência. Residência com baixa segurança química.	Sem mudanças no comportamento preventivo da família. Criança se autocuidava. Permanência de insegurança química.
02	2 SM*. Conflito familiar: separação das crianças da mãe, pela guarda dos pais. Observação parcial. Residência com baixa segurança química.	Medicamentos armazenados em recipientes específicos, porém, em local de fácil alcance das crianças. Permanência de insegurança química.
03	3 SM*. Baixa escolaridade. Deficiência mental da mãe. Criança cuidada por avós e tios. Pai usuário de drogas ilícitas. Residência com moderada segurança química.	Mudanças no comportamento preventivo. Armazenamento de produtos tóxicos em locais trancados. Após o acidente toxicológico intensificaram os cuidados. Residência com segurança química.
04	2 SM*. Conflito familiar – pais separados. Família mononuclear. Mãe sustenta financeiramente sozinha a família. Residência com baixa segurança química.	Armazenamento desorganizado de medicamentos, produtos de limpeza e alimentos (mesmos armários). Permanência de insegurança química.
05	4 SM*. Boa de estrutura familiar: parceria do casal. Residência alta segurança química.	Mudanças no comportamento preventivo. Armazenamento correto de produtos tóxicos. Mãe atenta para os riscos de acidentes domésticos. Residência com segurança química.
06	4 SM*. Desemprego. Conflito familiar: separação dos pais e conflitos de interesses na guarda das crianças. Residência não observada.	Residência não apresentada. Inviabilização da avaliação segurança química.
07	2 SM*. Ausência de apoio dos serviços públicos de saúde. Conflito familiar. Residência alta segurança química.	Mudanças no comportamento preventivo. Armazenamento correto de produtos tóxicos. Mãe cuidadosa, porém sobrecarregada com três filhos e atividades do lar. Residência com segurança química.
08	1,2 SM*. Baixa escolaridade. Ausência de apoio dos serviços públicos de saúde e assistência social. Conflito familiar – pais separados. Residência baixa segurança química.	Sem mudanças no comportamento preventivo. Armazenamento inadequado de produtos tóxicos. Sobrecarga com cuidados das crianças, filha com dependência física, atividades do lar. Permanência de insegurança química.
09	2 SM*. Baixas condições de saneamento. Conflito familiar. Residência com moderada segurança química.	Sem mudanças no comportamento preventivo. Permanência de insegurança química.
10	2,5 SM*. Baixa escolaridade. Ausência de informação e de apoio dos serviços públicos de saúde. Boa estrutura familiar. Residência alta segurança química.	Mudanças no comportamento preventivo. Armazenamento correto de produtos tóxicos. Mãe cuidadosa. Crianças permanecem em período integral. Residência com segurança química.
11	3 SM*. Baixa escolaridade. Ausência de informação. Boa estrutura familiar. Residência com moderada segurança química.	Mudanças no comportamento preventivo. Mas, com permanência de insegurança química.

*Renda familiar em salário mínimo do ano de 2015: R\$ 788,00.

Haloperidol, medicamentos de alta toxicidade que estavam sobre o “criado mudo” e sobre a geladeira, sendo utilizada a cadeira para alcançar o medicamento, provocando além do risco da intoxicação medicamentosa também o risco de queda e trauma físico. Em todos os casos, as crianças foram levadas imediatamente aos serviços de saúde, e, do ponto de vista clínico, cinco intoxicações foram classificadas como graves e seis como moderadas.

Todas as crianças receberam alta hospitalar, sem evidências de complicações clínicas. O padrão de gravidade da intoxicação foi estabelecido a partir do nível de atenção utilizado para o tratamento do intoxicado, na complexidade do atendimento, a toxicidade dos agentes envolvidos nas intoxicações e dos sinais e sintomas apresentados pelas crianças. Portanto, foram três níveis requeridos para o atendimento: observação clínica, internamento em enfermaria e internamento em terapia

intensiva, relacionando-os a três graus de gravidade –leve, moderada e grave (OLSON, 2014; BEZERRA *et al.*, 2014; FREITAS *et al.*, 2014). Dez ocorrências toxicológicas deste estudo ocorreram nas próprias residências das crianças ou de familiares, e uma ocorrência toxicológica no serviço de saúde, por erro de administração de medicamento pelo profissional de saúde. Dos onze informantes, 10 era do sexo feminino. No momento do acidente, em seis casos as crianças estavam acompanhadas pelas mães, no entanto, em outras ocorrências as crianças estavam na presença do pai e da mãe ou de outros familiares.

Nas residências das crianças, o número de pessoas variou entre três até o máximo de dez; quatro famílias eram matrimoniais, constituídas dos pais e filhos, duas eram monoparentais constituídas das mães e filhos, e cinco famílias eram ampliadas, com a presença de avós e tios na mesma residência. Em seis famílias, a quantidade de filhos eram dois, quatro famílias tinham apenas um filho, e uma família tinha três filhos. A faixa etária dos familiares variou entre 22 e 57 anos de idade. Seis famílias tinham a presença de outras crianças no domicílio além da criança intoxicada. Duas famílias possuíam pessoas com mais de 60 anos. Em uma família, havia uma adolescente portadora de deficiência mental. Em relação ao conhecimento sobre prevenção de acidentes toxicológicos e sua utilização no ambiente domiciliar, apenas dois familiares informaram desconhecimento de aspectos de prevenção, mas, também não referiram dúvidas sobre o evento toxicológico e medidas de prevenção. Em uma família, a entrevistada respondeu ter conhecimentos sobre prevenção de acidentes toxicológicos, porém, não informou como utiliza este conhecimento, e não informou dúvidas. A maioria informou ter conhecimento sobre prevenção de acidentes toxicológicos, principalmente quanto ao armazenamento de medicamentos e produtos de limpeza. Porém, apesar da narrativa de conhecimento sobre intoxicação da maioria dos familiares, somente em dois casos foram realizados procedimentos de primeiros socorros imediatamente à intoxicação. As mães realizaram a retirada do agente tóxico da cavidade oral das crianças, e, após, realizaram descontaminação local com água, procedimentos considerados corretos no atendimento de primeiros socorros (BRITO; MARTINS, 2015). Nove responderam que tinham recebido informações anteriormente ao evento toxicológico, por meio da mídia, citada como “programas de televisão”, e de profissionais em unidades de saúde e de parentes que eram profissionais de saúde. Houve um relato em que a mãe informou ter recebido informações sobre intoxicação no seu próprio atendimento médico, quando ingeriu intencionalmente o mesmo agente tóxico que ocasionou o acidente com o filho (domissanitário). As dúvidas sobre prevenção de (re) intoxicações, as respostas voltaram-se para o momento vivenciado no ambiente hospitalar. Quatro familiares informaram dúvidas sobre a recuperação da criança, risco de morte, consequências futuras do evento toxicológico, e a necessidade do uso da sonda e da lavagem gástrica. Em relação às dúvidas sobre o tratamento, o agente tóxico e outros aspectos relacionados à intoxicação, seis informantes não referiram dúvidas, destas cinco relataram confiança e tranquilidade com o atendimento recebido no serviço de saúde. Quanto aos indicadores sociais familiares das crianças investigadas, considerados como potenciais adjuvantes para os comportamentos preventivos. A renda familiar da maioria das famílias era de até três salários mínimos, e em uma família, a mãe das crianças tinha total dependência financeira dos pais e do ex-marido; quatro familiares foram considerados de baixa

escolaridade, um familiar não sabia ler e escrever, e três estudaram até o ensino fundamental, apenas em uma família a mãe iniciou o curso de graduação, mas não o concluiu. Considerando os aspectos psicossociais ligados à possibilidade de aumento nos indicadores de acidentes ambientais e intoxicação, seis entrevistados informaram ter conflitos familiares, sendo que em cinco famílias eram por separação conjugal, e guarda dos filhos; duas dessas famílias eram monoparentais, sendo a mãe a única responsável pela manutenção da família. Em uma das famílias, os pais eram “separados”, o pai usuário de drogas, e a mãe portadora de transtorno mental, e a responsabilidade dos cuidados da criança era dos familiares paternos. Em outra família, foi observado pela pesquisadora que a criança permanecia na residência ou em via pública sem a supervisão de um adulto, até a chegada da mãe do trabalho.

Em relação a efetividade da ação educativa, observou-se que em quatro residências, mesmo após a criança ter passado pela experiência do evento toxicológico, observou-se que não houve mudanças do comportamento preventivo dos familiares, com permanência de insegurança química, atribuído à situação de risco ainda observada durante as visitas domiciliares, como, criança sozinha nas residências sem a supervisão de um adulto, grande quantidade de medicamentos e produtos de limpeza clandestinos armazenados alcance das crianças, sobrecarga com atividades domésticas da cuidadora, podendo causar descuido no cuidado das crianças. Em duas residências foi observada pouca adesão às informações e mudanças do comportamento preventivo para acidentes toxicológicos com crianças, persistindo situações de insegurança química. Nestas residências, houve preocupação em armazenar melhor os medicamentos, mas, outros produtos tóxicos, como produtos de limpeza estavam em locais de fácil acesso às crianças. De todas as residências visitadas, houve apenas uma sem possibilidade de avaliar a segurança química, pois a pesquisadora foi recepcionada na cozinha, local onde foi estabelecido interação com mãe e filho. Quatro residências foram consideradas com segurança química pela pesquisadora, por meio das informações das entrevistadas e pela observação dos locais de armazenamento de produtos tóxicos. A segurança química das residências foi classificada, segundo critérios de avaliação do ambiente domiciliar e peridomiciliar (FERREIRA *et al.*, 2015), em baixa, moderada e alta segurança química. Entendeu-se como residência com alta segurança química, onde não foram encontrados produtos tóxicos armazenados em locais de fácil acesso às crianças; residência de moderada segurança química, o ambiente domiciliar com situações potenciais para ocorrência de acidentes, com algum produto tóxico armazenado em local acessível às crianças; e residência de baixa segurança química, quando foram encontradas várias situações potenciais para ocorrência de acidentes, como armazenamento em locais inapropriados de medicamentos, produtos de limpeza, produtos químicos e inflamáveis, cosméticos, e acúmulos de resíduos e entulhos no peridomicílio.

DISCUSSÃO

A inserção e valorização da família nos contextos assistenciais, desde sua admissão na unidade revelaram-se essenciais ao estabelecimento de um relacionamento terapêutico mais efetivo, bem como para o sucesso da prática assistencial (PASSOS *et al.*, 2015). A situação de cada criança, informada naquele momento pelo familiar, foi analisada conforme seu

contexto socioeconômico-cultural, além do estágio de desenvolvimento próprio de cada uma; as orientações não foram “recitadas”, mas apresentadas e discutidas com pais ou responsáveis durante a interação, com linguagem acessível e sem julgamento sobre culpabilidade de alguém (GURGEL, 2014). Não existiram argumentos certos ou errados no diálogo, mas informações que se uniam, favorecendo a comunicação para aprimorar o conhecimento acerca dos riscos de intoxicação com crianças no domicílio e, conseqüentemente, discutir a promoção da segurança no ambiente domiciliar (ESTEVÃO *et al.*, 2016). Durante este estudo, observou-se que um dos desafios para o trabalho com as famílias são as transformações pelas quais a família vem passando nas últimas décadas, combinadas com a propagação da pobreza, da violência, expansão de comportamentos de risco, a complexidade da situação socioeconômica, com suas múltiplas determinações e variáveis, contribuiu significativamente para o entendimento do processo saúde-doença nestas famílias, principalmente em seus determinantes sociais (BRITO; MARTINS, 2015). Ao se vincular a saúde às condições de vida do indivíduo, evidencia-se uma tentativa de explicar seu caráter social, embora tal interpretação ainda limite o entendimento do “social” a determinados fatores. Esses fatores são aspectos indispensáveis ao processo do viver humano, como alimentação, educação, meio ambiente, renda, trabalho, transporte e acesso aos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2013; VASCONCELOS; ROSA, 2016).

Pode ser considerado como um fator determinante na qualidade de vida da criança e na sua segurança, o nível socioeconômico de seus pais. Uma família com baixa renda possui menos acesso à informação e menor capacidade de escolha dos locais de habitação, assim como onde seus filhos brincam e estudam. Além disso, o grau de utilização da informação é proporcional ao grau de educação que os pais possuem (GOMES *et al.*, 2013). A existência de mais de uma criança nos domicílios pode proporcionar maior sobrecarga dos cuidadores e vão de encontro às variações entre nível socioeconômico e acidentes na infância, segundo dados da literatura. Um número maior de filhos dificulta a conciliação entre trabalho e família e, em alguns casos, a mulher tende a transferir a tarefa de cuidar para outra pessoa (GOMES *et al.*, 2013). O ambiente doméstico pode ser especialmente hostil às crianças, pois contém instrumentos cortantes, móveis, janelas abertas, panelas contendo alimentos fumegantes, fósforos, e garrafas de detergentes e produtos tóxicos deixados embaixo da pia da cozinha que se constituem atrativos especiais para crianças, contribuindo de modo efetivo para aumentar o número de crianças lesionadas e intoxicadas (GOMES, 2013). Portanto, é oportuno salientar que a maior parte dos acidentes ocorre no domicílio, haja vista o grande período que as crianças pequenas permanecem nele ou em seus limites. Isso exige que os responsáveis pelas crianças tenham conhecimento dos riscos do ambiente, tomando medidas para evitá-los, pois, ao mesmo tempo em que o domicílio pode propiciar a ocorrência desses agravos, ele pode funcionar também como um meio facilitador para ações preventivas e educativas, neutralizando a existência do perigo (GOMES, 2013).

O Ministério da Saúde define acidente como o evento não intencional e evitável, que causa lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais. Os acidentes podem ocorrer em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis, e preveníveis por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar

e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (GOMES *et al.*, 2013). Se os pais ou cuidadores entenderem que a casa pode não ser um local seguro e adotem medidas de segurança domiciliar, a criança estará mais protegida no ambiente doméstico. A insegurança aumenta quando não recebe 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 (GOMES *et al.*, 2013; BEZERRA *et al.*, 2014). Em todas as visitas domiciliares foram avaliadas as situações de riscos químicos, socioeconômicos e psicossociais como fatores predisponentes para acidentes e intoxicações no ambiente doméstico. A existência de risco associado ao uso de uma substância química torna necessário o estabelecimento de condições de segurança. Portanto, define-se como segurança, a certeza de que não haverá efeitos adversos para um indivíduo exposto a uma determinada substância, em quantidade e forma recomendada de uso (BARROS; DAVINO, 2014; OLSON, 2014). Partindo da premissa de que a família se constitui unidade de cuidados, cabe à enfermagem reconhecê-la como tal e compreender que o cuidado eficaz se concretiza na medida em que este entendimento permeia a relação enfermagem-criança-família. Conhecer as necessidades dos familiares possibilita identificar problemas, determinar objetivos e captar recursos com vistas à elaboração de um plano de cuidados, a partir de pressupostos da abordagem centrada na criança e na família o que implica atender as necessidades de segurança, informação, proximidade, conforto e suporte (MEIRELLES *et al.*, 2015). Sabe-se que existe a falta de conhecimento sobre a importância da segurança correta de produtos tóxicos, decorrente de fatores como a falta de orientação para o uso adequado, descuido dos responsáveis pelo indivíduo intoxicado e a própria cultura da população consumidora dos produtos tóxicos. Por exemplo, pais e profissionais de saúde associam medicamentos a produtos com paladar prazeroso, como balas e doces, para facilitar à criança a ingerir medicamentos na ocasião necessária, desconsiderando que, se esta relação é estabelecida pela criança, ela pode ingerir medicamentos em outras situações desnecessárias (PASSOS *et al.*, 2015). Observou-se que os familiares, a maioria mães, apresentaram somente dúvidas relacionadas ao tratamento e à evolução clínica da criança, não referindo dúvidas ligadas à prevenção do evento toxicológico. Possivelmente, isso possa estar relacionado com o desgaste da assistência hospitalar e das necessidades momentâneas do familiar, pois naquele momento a maior preocupação seria a recuperação da criança, e com a “precocidade” em que os familiares foram abordados pela pesquisadora.

Considerando que a informação breve e o aconselhamento prestado pelos profissionais de saúde, como a utilização de materiais educacionais, podem ter impacto positivo na adoção de comportamentos de saúde (GOMES *et al.*, 2013; GURGEL, 2014) e que a maioria dos familiares eram alfabetizados, foram utilizadas cartilhas educativas elaboradas pela equipe multiprofissional do CCI/HUM, como recurso pedagógico para abordagem aos familiares/cuidadores durante a ação hospitalar. Este material educativo, avaliado previamente por “juizes” – pesquisadores mestres e doutores em pediatria, toxicologia e saúde pública –, com adequação de conteúdo, estrutura e linguagem, continha diretriz e informações sobre comportamentos preventivos para acidentes toxicológicos infantis – prevenção das intoxicações medicamentosas em crianças, prevenção das intoxicações por produtos domésticos, prevenção das intoxicações por raticidas, cuidados com plantas

tóxicas, despertou discussões importantes sobre o tema com os participantes. Diante desta problemática, os profissionais da saúde têm uma grande responsabilidade na orientação e alerta das famílias, pois são interventores ativos na mudança de comportamentos e atitudes, no sentido da prevenção de acidentes e minimização das consequências que deles podem advir (BEZERRA *et al.*, 2014).

Considerações Finais

Embora a eleição do grupo investigado tenha ocorrido por conveniência e a abordagem do objeto em estudo tenha sido qualitativa, dados dos centros de informação e assistência toxicológica, do qual os casos são originários, são consideradas sentinelas para vigilância e prevenção das intoxicações. Também, as características do grupo estudado, como a gravidade clínica e a exposição a produtos de alta toxicidade, torna-o significativo em relação à compreensão desse problema emergente de saúde pública. A proposta da ação educativa dialógica, em intervenção breve, foi parcialmente eficaz quanto à adesão às medidas para segurança química na residência, que pode ser vinculada a alguns aspectos do processo, como: a “precocidade” em que os familiares foram abordados pela pesquisadora, ainda no ambiente hospitalar, a maior preocupação do familiar/acompanhante era a recuperação das crianças; ao pouco vínculo entre pesquisadora e famílias, com apenas duas oportunidades de acesso e acolhimento para a ação educativa; à inserção social da maioria das famílias, com características socioeconômicas e psicossociais deficientes, implicando em baixa motivação para a mudança de comportamento; as intoxicações infantis foram agudas e não resultaram em complicações clínicas de médio/longo prazo, diminuindo a prontidão das famílias para a adoção de comportamentos preventivos. Ressalta-se, ainda, que o tempo para a mudança de comportamento no ambiente domiciliar pode ser diferente do tempo do pesquisador. Porém, conhecer e divulgar os dados que evidenciam a realidade do acidente e da intoxicação em crianças deve ser uma postura social dos profissionais da área de saúde e, em especial, os que cuidam diretamente de crianças, como os enfermeiros. Entendendo que estes acidentes são evitáveis e que não devem ser considerados como situações inerentes à infância, são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e na elaboração de material educativo, considerou importante a presença de um enfermeiro como mediador de informações na interface dos espaços hospitalar e domiciliar, implicando em ações de educação em saúde. A realidade evidenciada no domicílio, como um espaço privilegiado para observar aspectos relativos ao autocuidado, dificuldades pessoais, relações familiares, hábitos de vida e elementos culturais, deve integrar a assistência nos dois espaços, na perspectiva de redes de atenção à saúde.

Agradecimentos

Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá – CCI/HURM por permitir a realização da pesquisa e contribuir para a realização da mesma.

REFERÊNCIAS

Barros SBM; Davino SC. 2014. Evaluation of toxicity. 4. ed. Atheneu. In: Oga, S.; Camargo, MMA.; Batistuzzo JAO. Foundations of toxicology. São Paulo.

- Bezerra MAR, *et al.* 2014. Domestic accidents among children: practical conceptions of community health workers. *Cogitare Enferm.* Out/dez; 19 (4): 776-784.
- Brito JG, Martins CBG. 2015. Accidental intoxication of the infant-juvenile population in households: profiles of emergency care. *Rev Esc Enferm USP.* Jun; 49(3):372-9.
- Costa ACPJ, *et al.* 2015. Prevention of accidents in children and adolescents in family health strategy. *Rev Enferm UERJ.* Sep / Oct; 23 (5): 66.
- Domingos SMD, *et al.* 2016. Intoxication hospitalizations of children from zero to 14 years of age in a teaching hospital in the South of Brazil, 2006-2011. *Epidemiol. Serv. Saude.* Apr/Jun; 25 (2): 343-350.
- Estevão AR, *et al.* 2016. The family in the nursing care to the child: integrative review. *Cogitare Enferm.* Oct; 10; 21 (4): 01-09.
- Ferreira CL; Santos MAS; Rodrigues SC. 2015. Analysis of population knowledge about drug disposal in Belo Horizonte / MG. *Scientific Interfaces-Health and Environment.* Fev; 3 (2): 9-18.
- Freitas JS, *et al.* 2014. Quality of nursing care and patient satisfaction attended at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Nursing.* May-June; 22 (3): 454-60.
- Garcia RB; Polisel CG; Franck JG. 2015. Acute intoxications: perceptions and practices of professionals working in emergency and emergency services. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Health.* Jul/Set; 6 (3): 6-11.
- Gomes LMX. 2013. Intoxicação exógena infantil e a atuação do enfermeiro. *Mundo da Saúde;* Jul; 37(4): 394-400.
- Gurgel AKC. 2014. Perception of care givers of children about the prevention of domestic accidents in children: an analysis based on the model of health beliefs. Dissertation (Master's Degree in Nursing) -Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Hermann AP, *et al.* 2017. The process of teaching and learning home care in undergraduate health courses. *Science & Collective Health.* Jul; 22 (7):2383-2392.
- Meirelles ARN, *et al.* 2015. Implementation of a patient education program in a public hospital. *Rev Baiana Public Health.* Jul/Set; 39 (3): 668-80.
- Minayo, MCS. 2015. The challenge of knowledge: qualitative research in health. 14. ed. Hucitec. São Paulo.
- Noro LRA; Torquato SM. 2015. Home visit: strategy of approach to social reality? *Trab. educ. health.* Jan-Feb; 13 (1): 145-158.
- Olson KR. 2014. Manual of clinical toxicology. 6. ed. McGraw Hill. São Paulo.
- Passos SS, Pereira A, Nitschke RG. 2015. Daily life of the accompanying family member during the hospitalization of a family member. *Acta Paul Enferm.* Nov; 28 (6): 539-45.
- Pivoto FL; Santos SSC; Lunardi VL. 2013. Convergent-care research: integrative review of scientific nursing productions. *Text Contexto Enferm.* Jul/Set; 22 (3): 843-849.
- Sales CCF. 2017. Early childhood intoxication: home help performed by adults. *Rev. Baiana Enferm.* Jan; 31 (4): and 23766
- Selegim, MR *et al.* 2012. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. *Rev. Gaúcha Enferm.* Jan; 33 (3):165-173.
- Vasconcelos JPR; Rosa JCS. 2016. Infant mortality in children under five years of age in the city of Águas Lindas de Goiás. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde,* Jan; 7 (1):176-190.