

Acidentes domésticos: frequência e fatores de risco em crianças com até 6 meses de vida

Domestic accidents: frequency and risk factors in children aged up to 6 months

Ieda Regina Lopes Del-Ciampo¹, Luiz Antonio Del-Ciampo², Leonardo Marcos Fausto da Costa¹, Luiza Ferreira Lopes¹

¹Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Medicina - São Carlos - São Paulo - Brasil

²Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Puericultura e Pediatria - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

Palavras-chave:

Prevenção de acidentes, Acidentes por Quedas, Criança.

Keywords:

Accident Prevention, Accidental Falls, Child.

Resumo

Introdução: o estudo objetiva detectar a frequência de exposição aos fatores de risco para acidentes, comparar sua associação entre duas faixas etárias (até 3 meses e > 3-6 meses) e calcular a prevalência de acidentes em crianças do nascimento até 6 meses de idade. **Métodos:** estudo transversal, descritivo, incluindo 53 crianças com até 6 meses de vida, atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São Carlos-SP, de novembro/2016 a fevereiro/2017. A associação entre os fatores de exposição ao risco para acidentes entre crianças com até 3 meses (GI) e crianças entre 3 e 6 meses (GII) foi calculada pelos testes do χ^2 ; Fisher ou Mann-Whitney, com nível de significância $p = 0,05$. **Resultados:** A aquisição de brinquedos como fator de risco para acidentes foi maior em GII ($p=0,00$). Ocorreram 15 acidentes, com prevalência de 28,3%, sendo a maioria (20,7%) por engasgo. **Conclusões:** orientações direcionadas a prevenção de engasgos e aquisição adequada de brinquedos ainda no primeiro trimestre de vida são importantes.

Abstract

Introduction: The study aims to detect the frequency of exposure to risk factors for accidents, to compare their association between two age groups (birth to 3 months; >3-6 months) and to calculate the prevalence of accidents in children from birth to 6 months old. **Methods:** Cross-sectional, descriptive study, including 53 children up to 6 months old, attended at Basic Health Units (BHU) in the city of São Carlos-SP, from November 2016 to February 2017. The association between risk exposure factors for accidents among children up to 3 months (GI) and children between 3 and 6 months (GII) was calculated by the χ^2 ; Fisher or Mann-Whitney tests, with significance level $p = 0.05$. **Results:** The acquisition of toys as a risk factor for accidents was higher in GII ($p = 0.00$). There were 15 accidents, with prevalence of 28.3%, most of them (20.7%) were choking. **Conclusions:** Guidance aimed at choking prevention and on proper toy acquisition in the first quarter of life is important.

INTRODUÇÃO

Acidente é a principal causa de mortalidade na infância em países de baixa e média renda, sendo que a injúria, intencional ou não, pode afetar o comportamento de crianças e suas famílias.^{1,2} O acidente é uma injúria não intencional, previsível, resultando na transmissão rápida de um tipo de energia dinâmica, térmica ou química de um corpo a outro, ocasionando danos e até a morte. Para sua ocorrência, é necessário que ocorra uma interação entre criança, cuidador, comportamentos de risco e ambiente. De modo geral, 36% das lesões não intencionais relacionam-se às quedas, 48% ocorrem no domicílio, 49% no período noturno e são mais frequentes em crianças do sexo masculino.^{3,4} No primeiro ano de vida, devido às particularidades do lactente, as quedas representam a principal causa, seguida pelo engasgo.⁵

Estudos sobre prevalência de acidentes, especificamente nos primeiros meses de vida, ainda são escassos, e os cuidados proporcionados pelos pais aos seis meses de idade parecem estar relacionados com menores taxas de acidentes aos 18 meses.⁶ Orientações para a prevenção de acidentes consideram os fatores de risco específicos para as diferentes faixas etárias, como na Caderneta de Saúde da Criança (CSC), idealizada pelo Ministério da Saúde (MS), que do nascimento ao sexto mês de vida destaca aquelas direcionadas a quedas, queimaduras, sufocação, afogamento e intoxicação por medicamentos.^{7,8}

Os objetivos deste estudo foram detectar a exposição de crianças, do nascimento ao sexto mês de vida, aos fatores de risco para acidentes e compará-los entre duas faixas etárias (≤ 3 meses e > 3 meses), além de verificar a prevalência de acidentes ocorridos e descrever seus diferentes tipos.

MÉTODO

O estudo transversal, retrospectivo, descritivo e analítico, incluiu crianças de um dia a 6 meses de vida, atendidas nas 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Carlos-SP, de novembro de 2016 a fevereiro de 2017. A coleta de dados ocorreu durante duas visitas a cada UBS, incluindo um período matutino e um vespertino, por meio de entrevista semiestruturada efetuada por pesquisador treinado e respondida pelos cuidadores selecionados por amostra de conveniência, sendo eles pai, mãe ou cuidador que acompanhasse a criança no mínimo 12 horas/dia.

Das 87 crianças elegíveis, 25 (28,7%) não concordaram em participar, e dos 62 (71,3%) que aceitaram, 9 desistiram durante a entrevista, resultando em uma amostra de 53 (60,9%) participantes. Crianças com doenças neurológicas ou incapacitantes foram critérios de exclusão, e a não concordância dos responsáveis em participar do estudo, critérios de não inclusão. Não houve nenhuma exclusão por doença neurológica.

O questionário incluiu dados sociodemográficos, relato de exposição prévia a fatores de risco para acidentes (considerados como aqueles previamente descritos na literatura e na CSC, conforme a faixa etária estudada) e ocorrência prévia de acidentes. Para a comparação entre expostos e não expostos aos fatores de risco relatados, foram criados os grupos GI (≤ 3 meses idade) e GII (> 3 meses idade).

Frequências para as variáveis discretas e médias para as contínuas foram adotadas. A associação entre os grupos foi estipulada conforme os testes de Mann-Whitney para as médias e teste do χ^2 ou Exato de Fisher para as variáveis discretas. Os cálculos foram realizados pelo *software* Epi-info 7 e adotado o nível de significância 0,05.

O projeto foi submetido, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSCar, CAAE 56248916.1.0000.5504. Os sujeitos que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram incluídas crianças com até seis meses de idade, com ligeira predominância do gênero masculino (50,9%) e de crianças declaradas brancas (58,5%), apresentando média (DP) de idade igual a 79,5 ($\pm 49,6$) dias. Na Tabela 1 estão descritas outras características do perfil sociodemográfico. Embora a maioria não dormisse em berços, apenas 3 (5,7%) não o possuíam, e havia protetor em 41/50 (82,5%) deles. Na Tabela 2 estão descritas as frequências dos demais fatores de risco para acidentes, declarados

pelos entrevistados. Nos grupos I (GI) e II (GII), foram alocadas 31 (58,5%) e 22 (41,4%) crianças, com médias de idade (DP) iguais a 45,2 ($\pm 28,2$) e 127,8 ($\pm 28,0$) dias, respectivamente ($p = 0,02$).

Tabela 1. Distribuição das 53 crianças de acordo com o perfil sócio demográfico.

Variáveis	N	%
Pais ou responsáveis casados	29	54,7
Pai como provedor de maior renda	36	67,9
Residência com 5 ou mais cômodos	25	47,2
Residência com 3 ou mais moradores	17	31,1
Mãe com ensino médio completo	33	62,3
Pai com ensino médio completo	31	58,1
Tem apenas 1 irmão	20	37,7

Tabela 2. Distribuição das 53 crianças de acordo com a exposição aos fatores de risco/proteção para acidentes.

Variáveis	N	%
Relacionados ao sono		
Sono noturno no quarto dos pais §	46	86,8
Almofadas ou travesseiros no leito §§	33	62,3
Sono na cama dos pais ou irmãos em outro período do dia §§	28	52,8
Sono noturno na cama dos pais §§	14	26,4
Sono noturno em outro local (quarto próprio, do irmão ou sala) §§	07	13,2
Sono noturno no carrinho §§	03	5,7
Sono noturno em colchão no chão §§	01	1,9
Relacionados à alimentação		
Amamentação exclusiva §	34	64,2
Temperatura do alimento não testada antes da ingestão §§	01/19	5,3
Relacionados ao banho		
Banho em banheira infantil §§	52	98,1
Outro suporte banho §§	27/52	51,9
Uso do suporte adequado para a banheira infantil §	25/52	48,1
Esquecimento de objeto e saída do local durante o banho §§	03	5,7
Banho no chuveiro §§	01	1,9
Outros		
Verificação do selo do INMETRO ao adquirir brinquedos §	12/17	70,5
Uso de brinquedos §§	17	32,1
Uso de talco §§	15	28,3
Fumante na residência §§	15	28,3
Uso de medicamentos sem orientação médica §§	12	22,6
§ Fator de proteção	§§ Fator de risco	

O uso de brinquedos foi maior no GII (68,1%) em relação a GI; $p=0,00$. A prevalência de acidentes relatados pelos responsáveis foi maior no GI (29%) em relação a GII ; $p=0,01$. Na Tabela 3 está descrita a comparação entre os dois grupos, referente à exposição aos fatores de risco/proteção descritos pelos responsáveis.

Em relação a acidentes prévios, 15 (28,1%) das 53 crianças já havia sofrido algum, segundo os responsáveis. Deles, 11 (73,3%) foram relacionados a engasgos (leite, saliva, vômito ou não

Tabela 3. Distribuição das 53 crianças e comparação entre as 31 crianças do grupo I (GI) e as 22 crianças do grupo II (GII), quanto aos fatores de exposição ao risco/proteção para a ocorrência de acidentes e à prevalência dos acidentes ocorridos.

Fatores de risco/proteção acidentes	GI		GII		Total	Teste	Valor de p
	N (31)	%	N (22)	%	N		
Uso de brinquedos	01	3,2	15	68,1	17	*	0,00
Esquecimento de objeto e saída do local durante o banho	03	9,7	00	0,0	03	*	0,19
Sono noturno na cama dos pais	14	45,2	09	40,9	23	**	0,09
Almofadas/travesseiros no leito	22	70,9	11	50,0	31	**	2,40
Sono noturno no quarto dos pais	27	87,1	19	86,4	46	*	0,62
Amamentação exclusiva	12	38,7	07	31,8	19	*	0,26
Sono na cama dos pais ou irmãos em outro período do dia	14	45,1	14	63,6	28	**	1,76
Banho na banheira infantil	31	100	21	95,4	62	*	0,41
Uso do suporte adequado para a banheira infantil durante o banho	14	45,1	13	59,1	27	**	0,99
Uso de talco	06	19,3	09	40,1	15	**	2,94
Fumante na residência	06	19,3	09	40,1	15	**	2,94
Medicamentos sem prescrição médica	05	16,1	07	31,8	12	**	1,80
Acidentes							
Prevalência acidentes	09	29,0	06	27,3	15	**	0,01
	Média	DP	Média	DP			
Idade do acidente (dias)	82,5	±52,3	78,5	±49,3		***	0,70

*Teste Exato de Fisher ** Teste do χ^2

*** Teste de Mann-Withney

identificado); 3 (20,0%) a quedas do bebê-conforto, “chiqueiro” ou de colchão alocado diretamente no chão; e 1 (6,7%) a afogamento durante banho (chuveiro). Dos 11 engasgos, 10 (91,0%) ocorreram no GI. Não houve relato de queimaduras, nem de procura do serviço médico em decorrência dos acidentes relatados.

DISCUSSÃO

Acidentes domésticos estão relacionados a idade, etapa de desenvolvimento psicomotor, fatores ambientais, educacionais, socioeconômicos e culturais, como comportamento, estilo de vida, nível de instrução e de conscientização dos genitores e falta de cuidados na proteção e segurança das crianças.^{9,10} Este estudo incluiu crianças com até 6 meses de idade, com leve predominância do gênero masculino (50,9%) e de crianças declaradas brancas (58,5%). Acidentes predominam no sexo masculino.^{11,12} A cor negra é referida como importante fator de desigualdade social, com maior chance futura de morte por causas externas (acidentes e homicídios).^{13,14}

A maioria dos responsáveis havia completado o ensino médio. Mães com nível terciário de escolaridade parecem ter mais conhecimento sobre a prevenção de acidentes e primeiros cuidados, quando comparadas àquelas com nível primário de educação ou analfabetas, corroborando a vulnerabilidade da amostra e a necessidade de ações permanentes e bem direcionadas aos seus responsáveis.¹⁵ A família tem importante papel na prevenção dos acidentes na infância. É necessário que ela seja capaz de compreender as consequências desses eventos e consiga reconhecer seus fatores de risco, a fim de atuar diretamente sobre eles.¹⁶ Embora não tenha sido abordado no estudo, é importante

ressaltar que famílias com baixa renda podem ter que deixar os filhos menores na companhia de irmãos para irem trabalhar e que a pobreza pode desencadear maior exposição a estruturas físicas inadequadas, propiciando a ocorrência de acidentes.¹⁷

Entender os motivos do elevado percentual de crianças (52,8%) utilizando a cama dos pais para o sono noturno, mesmo possuindo berço, seria importante para a implementação de ações com a finalidade de orientar os riscos relacionados a essa prática. A presença de protetor na maioria dos berços (82,5%) e a grande frequência do uso de almofadas ou travesseiros (62,3%) nos locais do sono da criança poderiam contribuir como fatores de risco para asfixia. Mortes não intencionais em 74,7% de lactentes, conforme estudos, estariam relacionadas a asfixia decorrente do não atendimento das diretrizes de segurança referentes ao ambiente de sono infantil.¹⁸ Nesse aspecto, seria importante manter o colchão original do berço para eliminar o espaço entre este e sua estrutura, mantê-lo longe da parede e certificar-se sobre a presença do selo de segurança quanto ao material utilizado e sua forma de confecção, e ainda retirar roupas de cama macias, brinquedos, cabos e cordas.^{19,20} Pesquisas revelaram que muitas crianças que morreram de forma repentina e inesperada foram encontradas em posições inseguras e inadequadas de sono, dormindo em camas projetadas para adultos, sofás, cadeiras acolchoadas ou junto com os adultos.²¹ Políticas de saúde direcionadas à prática de sono segura e visando à diminuição da síndrome da morte súbita infantil vêm sendo implementadas.²²

O uso frequente de talco (28,3%), relatado pelos entrevistados, acena para a importância do esclarecimento sobre a possibilidade

de sua aspiração. Outra preocupação diz respeito ao regime de amamentação, já que no primeiro trimestre de vida (G1) apenas em 64,2% dos casos ela ainda era exclusiva, e que 35,8% das crianças dessa faixa etária já consumiam outro tipo de leite/fórmula em sua dieta. O aleitamento materno funcionaria como um fator de proteção. Pesquisadores, ajustando o estado socioeconômico, observaram risco reduzido para a morte súbita do lactente que está sendo amamentado.^{23,24}

Embora os lactentes deste estudo parecessem estar protegidos da asfixia pela ingestão acidental de pequenas partes de brinquedos inapropriados à sua idade, uma vez que a maioria (67,9%) não tinha brinquedos e que 75% dos pais que os compraram verificaram as características e o selo do INMETRO, as crianças do G2 receberam mais brinquedos que as de G1 ($p=0,00$). Essa observação sugere a importância da orientação precoce sobre a aquisição adequada de brinquedos ainda nos primeiros meses de vida, antes mesmo de eles começarem a ser adquiridos. Crianças ficam expostas aos riscos de asfixia pela ingestão acidental de pequenas partes de brinquedos inapropriados à sua idade.²⁵

Envenenamentos acidentais costumam ocorrer com crianças pequenas, entre 1 e 2 anos de idade.²⁶ Eles incluem o uso inadequado de medicamentos que deveriam ser administrados com cuidado e responsabilidade. Mesmo em doses adequadas, por aspectos relacionados à farmacodinâmica e à composição corporal dos recém-nascidos e lactentes, alguns medicamentos podem ser inseguros.²⁷ Acidentes por medicamentos não foram relatados, embora 22,6% das crianças já tivessem sido medicadas pelo menos uma vez.

Embora a maioria das crianças (91%) utilizasse a banheira infantil, uma minoria (48,1%) recorria ao seu suporte apropriado. As demais as apoiavam em locais inadequados, tais como vaso sanitário (7,7%), cadeira (3,8%) e banco (3,8%), dentre outros, todos propícios à ocorrência de quedas. E o esquecimento de algum pertence pelo responsável na hora do banho da criança em 5,7% dos casos, deixando a mesma sozinha momentaneamente por esse motivo, é preocupante. Embora acidentes estejam relacionados a afogamentos durante o banho, existe também a possibilidade da ocorrência de quedas. A causa mais comum de trauma acidental na infância é a queda, principalmente entre meninos com maiores faixas etárias.^{28,29}

As queimaduras, consideradas um problema epidemiológico, são mais frequentes em menores de 16 anos de idade.³⁰ Possivelmente pela menor faixa etária incluída, ou ainda pelas consequências das queimaduras graves necessitando de atendimento especializado e algumas vezes até incorrendo em óbito, elas tenham sido relatadas neste estudo.

Embora aparentando ter sido de menor gravidade, já que em nenhum dos casos houve a procura do profissional de saúde, a prevalência de acidentes (28,1%) foi elevada e maior em G1 (29%) do que em GII (27,3%); $p=0,01$. A maioria deles –

11 (73,3%) – esteve relacionada a engasgos (leite, saliva, vômito ou não identificado), refletindo a importância da orientação aos responsáveis sobre postura adequada para a alimentação e posterior eructação, objetivando assim sua prevenção. Esse dado foi considerado importante, porque permite ressaltar a relevância do estudo sobre acidentes envolvendo crianças com até 6 meses de vida. Nessa faixa etária observou-se a maioria dos engasgos, que podem ter sido subestimados, já que em geral, estudos mostram maior prevalência de quedas.⁴ Deve-se ressaltar que as diferenças de idades de ocorrência dos acidentes em G1 (82,5 dias) e GII (78,5 dias) não foram estatisticamente significantes ($p=0,70$), ou seja, os acidentes mais lembrados pelos dois grupos ocorreram antes do terceiro mês de vida.

O ponto forte desta pesquisa foi estudar fatores de risco para acidentes e sua ocorrência em crianças, sobretudo até o terceiro mês de vida, faixa etária geralmente não abordada em estudos científicos. Suas limitações relacionam-se ao tipo de seleção amostral, à não aceitação para participação e à desistência durante a entrevista, que podem ter deixado de fora crianças que tenham sofrido graves acidentes.

Mesmo assim, a prevalência de acidentes, embora sem gravidade, foi elevada. Ações em saúde relacionadas a acidentes, bem direcionadas a cada faixa etária são importantes para a população em geral. Para a selecionada neste estudo, aquelas relacionadas à prevenção de engasgos e orientações sobre a aquisição de brinquedos adequados deveriam ter tido destaque ainda no primeiro trimestre de vida.

REFERÊNCIAS

1. Khan U, Hisam B, Zia N, Mir M, Alonge O, Jamali S et al. Uncovering the burden of intentional injuries among children and adolescents in the emergency department. *BMC Emerg Med.* 2015;15(Suppl 2):S6-S11.
2. Zhang H, Li Y, Cui Y, Song H, Xu Y, Lee SY. Unintentional childhood injury: a controlled comparison of behavioral characteristics. *BMC Pediatr.* 2016;16:21-30.
3. Yamamoto N, Honda C, Nagata S. Current trends and age-based differences of unintentional injury in Japanese children. *Biosci Trends.* 2016;10:152-7.
4. Yeargin S. Leading causes of fatal and nonfatal unintentional injury for children and teens and the role of lifestyle clinicians: A commentary. *Am J Lifestyle Med.* 2018;29:13:26-29.
5. Xavier-Gomes LM, Rocha RM, Andrade-Barbosa TL, Oliveira e Silva CS. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. *Mundo Saúde.* 2013;37:394-400.
6. Fujiwara T, Okuyama M, Takahashi K. Paternal involvement in childcare and unintentional injury of young children: a population-based cohort study in Japan. *Int J Epidemiol.* 2010;39:588-97.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Ministério da Saúde. disponível em <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/10/ConsultaPublica.%2025.Caderneta.pdf>. Acesso em: 20/10/2018.

9. Ingram JC, Deave T, Towner, Errington G, Kay B, Kendrick D. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature. *Health Educ Res.* 2012;27:258-68.
10. Filócomo FRF, Harada MJCS, Mantovani R, Ohara CVS. Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em um hospital público. *Acta Paul Enferm.* 2017;30:287-94.
11. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10:59-70.
12. Waiselfisz JJ. Relatório de Desenvolvimento Juvenil, 2007. Brasília: RITLA; 2007. p. 91-114.
13. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo as características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004;38:630-6.
14. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública* 2009;43:405-12.
15. Thein MM, Lee BW, Bun PY. Knowledge, attitude and practices of childhood injuries and their prevention by primary caregivers in Singapore. *Singap Med J* 2005;46:122-126.
16. Pereira AS, Lira SVG, Moreira DP, Barbosa IL, Vieira LJES. Determinação de fatores de risco para a queda infantil a partir do Modelo Calgary de avaliação familiar. *Rev Bras Pesq Saúde* 2010; 23:101-8.
17. Martins CBG, Baccarat C. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev Bras Enferm* 2013;66:578-84.
18. National Center for Injury Prevention and Control. WISQARS leading causes of death reports, 1999-2015. Accessed: Aug. 6, 2018.
19. Jackson A, Moon RY. An analysis of deaths in portable cribs and playpens: what can be learned? *Clin Pediatr* 2008;47:261-6.
20. Colvin JD, Collie-Akers V, Schunn C, Moon RY. Sleep environment risks for younger and older Infants. *Pediatrics* 2014;134:e406-e412.
21. Drago DA, Dannenberg AL. Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980-1997. *Pediatrics* 1999;103:e59-e67.
22. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55.
23. Ford R P K, Taylor B J, Mitchell E A. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993;22:885-90.
24. Alm B, Wennergren G, Norvenius S G, Skjaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K et al Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Arch Dis Child* 2002;86:400-02.
25. Rodrigues M, Teixeira J, Nascimento P, Carvalho S, Gonçalves A, Almeida J et al. Aspiração de corpo estranho na criança: um perigo escondido. *Nasc Crescer* 2016;25:173-6.
26. Franklin RL, Rodgers GB. Unintentional child poisonings treated in United States hospital emergency departments: national estimates of incident cases, population-based poisoning rates, and product involvement. *Pediatrics* 2008;122:1244-51.
27. Kearns GL, Abdel-Rahman SM, Alander SW, Blowey DL, Leeder JS, Kauffman RE. Developmental pharmacology – drug disposition, action, and therapy in infants and children. *New Eng J Med.* 2003;349:1157-67.
28. Pordeus AMJ, Fraga MN, Faco TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003;19:1201-4.
29. Paes CEN, Gaspar VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(5 Suppl):S146-S154.
30. Krishnamoorthy V, Ramaiah R, Bhananker SM. Pediatric burn injuries. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2012;2:128-34.