

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**JACKELINE GONÇALVES BRITO FERREIRA**

**ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM  
ALTERAÇÕES DE FUNCIONALIDADE: ESTUDO  
ANALÍTICO, QUASE EXPERIMENTAL E METODOLÓGICO**

**CUIABÁ, MT  
2019**

**JACKELINE GONÇALVES BRITO FERREIRA**

**ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM ALTERAÇÕES DE  
FUNCIONALIDADE: ESTUDO ANALÍTICO, QUASE EXPERIMENTAL E  
METODOLÓGICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Área de concentração:** Enfermagem e o cuidado à saúde regional

**Linha de Pesquisa:** Estudos epidemiológicos e socioculturais de vida e saúde de sujeitos e populações

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup>. Pós-Dr.<sup>a</sup>. Christine Baccarat de Godoy (Brasil)

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula dos Santos Jesus Marques França (Portugal)

**CUIABÁ  
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

G635a Gonçalves Brito Ferreira, Jackeline.  
ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM  
ALTERAÇÕES DE FUNCIONALIDADE: ESTUDO  
ANALÍTICO, QUASE EXPERIMENTAL E METODOLÓGICO /  
Jackeline Gonçalves Brito Ferreira. -- 2019  
294 f. ; 30 cm.

Orientadora: Christine Bacarat de Godoy.  
Co-orientadora: Ana Paula dos Santos Jesus Marques França.  
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Mato Grosso,  
Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Cuiabá, 2019.  
Inclui bibliografia.

1. Acidentes. 2. População infantojuvenil. 3. Pessoas com

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.**

**JACKELINE GONÇALVES BRITO FERREIRA**

**ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM ALTERAÇÕES DE FUNCIONALIDADE: ESTUDO ANALÍTICO, QUASE EXPERIMENTAL E METODOLÓGICO**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**Doutor em enfermagem**

E aprovada na sua versão final em \_\_\_\_ de \_\_\_\_, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, área de concentração \_\_\_\_\_

---

Dr.<sup>a</sup> Marília Duarte Valim  
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

---

Pós- Dr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Christine Bacarat de Godoy  
Presidente (Orientadora)

---

Dr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Ana Paula dos Santos Jesus  
Marques França  
Co-orientadora Escola Superior de  
Enfermagem do Porto (ESEP)

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Rosangela Pimenta Ferrari  
Membro Efetivo Externo - Universidade  
Estadual de Londrina (UEL)

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Aguiar Barbieri de  
Figueiredo  
Membro Efetivo Externo - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto (ESEP)

---

Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Prado de Mello Jorge  
Membro Suplente Externo - Universidade  
de São Paulo (USP)

---

Dr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Fabiane Blanco e Silva  
Membro Efetivo Interno - Universidade  
Federal de Mato Grosso (UFMT)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Solange Pires Salomé de Souza  
Membro Efetivo Interno - Universidade  
Federal de Mato Grosso (UFMT)

---

Dr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Maria Aparecida Munhoz Gaíva  
Membro Suplente Interno - Universidade  
Federal de Mato Grosso (UFMT)

**Cuiabá  
2019**

## DEDICATÓRIA

*Toda honra e glória seja dada ao Senhor Jesus Cristo.*

*Dedico este trabalho a todas as crianças, adolescentes e jovens com deficiência, especialmente aqueles que foram vítimas de acidentes.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus por todo amor e misericórdia dispensado a mim ao longo desta trajetória.*

*Aos meus pais, Roberto e Neila, que com todo amor incondicional sempre me apoiam e torcem pela minha felicidade, e ao restante dos familiares em especial minha avó Darci e minha tia Neibe.*

*Ao meu esposo Kássio, pelo companheirismo, amor e paciência ao longo do doutorado.*

*À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Christine Baccarat de Godoy, pela oportunidade de me orientar durante este trabalho, pela amizade e conhecimento compartilhados ao longo desta caminhada, e principalmente por todo incentivo e dedicação ao longo destes anos como minha orientadora.*

*À minha coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula dos Santos Jesus Marques França por me receber e orientar em Portugal e por me possibilitar viver experiências incríveis que certamente deram novo sentido a minha vida profissional e pessoal. Também agradeço aos seus familiares que me acolheram com muito carinho.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Barbieri e seu esposo Delfim pelo apoio oferecido durante o Doutorado sanduíche e pela amizade construída. À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresa Martins, que disponibilizou o seu tempo e conhecimento em estatística. Aos amigos que vieram de presente com o doutorado sanduíche, em especial a minha amiga Lucilene Paes, pelo companheirismo e amizade. E obrigada aos amigos Sarah Leite, Enf.<sup>a</sup> Paula Reis, Isabel, José e a pequena Lara, pelo carinho e apoio em Portugal.*

*Ao Prof.<sup>o</sup> Dr. Hugo Hoffman, bioestatístico que me acompanhou durante a análise de dados, sempre paciente e disponível para esclarecer minhas dúvidas.*

*Às alunas de iniciação científica Natália, Iasmin, Ingridy, Inês e Fernanda que estiveram comigo durante um ano, estudando a temática, coletando dados e contribuindo com o estudo realizado.*

*Aos amigos doutorandos que me ajudaram com amizade e conhecimento, em especial a doutoranda Ana Carolina que me auxiliou durante a análise de dados, e as amigas Jandi, Léo, Gênesis e Bruna.*

*À coordenação das escolas de educação especial de Cuiabá-MT pela autorização para realizarmos o estudo, disponibilizando local para a coleta de dados.*

*Aos pais e responsáveis pelas crianças, adolescentes e jovens com deficiência que participam do estudo, disponibilizando seu tempo e empenho para promoverem a segurança daqueles.*

*À Faculdade de Enfermagem da UFMT e à Escola Superior de Enfermagem do Porto pelo acolhimento e aprendizado.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado e pela bolsa de doutorado sanduíche em Portugal.*

**Muito Obrigada!**

*“Cada um deles é uma irmã, um irmão ou um amigo que tem suas preferências – um prato, uma música ou um jogo; uma filha ou um filho que tem sonhos e o desejo de realizá-los; uma criança com deficiência que tem os mesmos direitos de qualquer menina ou menino.*

*Tendo oportunidades para florescer como outra criança qualquer, as crianças com deficiência têm potencial para viver plenamente e contribuir para a vitalidade social, cultural e econômica de suas comunidades.”*

*UNICEF, 2013*

## RESUMO

FERREIRA, J. G. B. **Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade: estudo analítico, quase experimental e metodológico**, 2019. Curso de Pós-graduação em Enfermagem – Nível Doutorado, UFMT, Cuiabá. 230 p.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Christine Bacarat de Godoy

Co-orientadora: Ana Paula dos Santos Jesus Marques França

Acidentes são considerados um problema de saúde pública entre a população infantojuvenil devido as inúmeras consequências para as vítimas, família e sociedade. Entre os diferentes fatores associados à ocorrência desses eventos, a funcionalidade está diretamente relacionada aos fatores de risco, tornando-se essencial conhecer a realidade desses eventos na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade de Cuiabá-MT. **OBJETIVO:** Analisar a prevalência, os fatores associados e a efetividade de intervenção educativa frente à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, matriculada em instituições de atendimento educacional especializado, de Cuiabá-MT. **MÉTODO:** O estudo concretizou-se em três desenhos: analítico; quase experimental e metodológico. Quanto ao primeiro, a população de estudo constituiu-se de crianças, adolescentes e jovens (0-24 anos) com alterações de funcionalidade, matriculadas nas escolas de atendimento educacional especializado de Cuiabá-MT, durante o ano de 2017. O instrumento de coleta de dados foi construído e validado pelas pesquisadoras, denominado Inquérito sobre Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade (IACID-IJ). Para análise estatística foi utilizado o Programa estatístico Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Utilizou-se estatísticas descritivas, inferências e o modelo de regressão múltipla de Poisson com variância robusta, método *stepwise forward*. A segunda etapa constituiu-se de um estudo quase experimental do tipo antes e depois com grupo único de comparação realizado com os profissionais que atuam nas escolas de atendimento educacional especializado de Cuiabá-MT e região. O teste não paramétrico de *McNemar* foi utilizado para avaliar o efeito da intervenção educativa no conhecimento sobre primeiros socorros. Quanto ao estudo metodológico, foi realizada adaptação transcultural do questionário IACID-IJ para a realidade portuguesa e constituiu-se da proposta de atividades desenvolvidas durante o doutorado sanduíche em Porto (Portugal). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller, sob nº 1.689.650 e pelo Comitê de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 318 pais/responsáveis e a prevalência de acidentes foi de 52,20% (IC 95%: 46,71; 57,69) entre a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade. A maior parte da população apresentava alterações múltiplas (43,08%) e intelectual (41,51%). Quedas foi o acidente mais prevalente (63,25%). O modelo múltiplo final ( $p < 0,001$ ) foi ajustado segundo o sexo e a alteração de funcionalidade da vítima. As variáveis que se associaram ao desfecho foram: Não acreditar que o acidente é um evento que pode ser evitado; idade menor de 12 anos, presença de pisos desnivelados/escorregadios; utilizar aparelho elétrico sem plug; responsável principal com depressão/sofrimento psíquico; utilizar o fogão sem a supervisão de um adulto e não ter animais domésticos em casa. Quanto a intervenção educativa, participaram 238 profissionais e houve aumento de acerto com significância estatística em todas as questões abordadas ( $\leq 0,05$ ). O IACID-IJ foi adaptado para a realidade portuguesa e está disponível para ser utilizado em estudos nessa população. **CONCLUSÕES:** Evidencia-se a necessidade de observar as especificidades na população infantojuvenil com alteração de funcionalidade a fim de desenvolver medidas que visem a promoção da segurança e a prevenção destes agravos.

**DESCRITORES:** Acidentes; Acidentes Domésticos; Criança; Adolescente; Adulto Jovem; Pessoas com Deficiência; Prevenção de acidentes; Fatores de Proteção; Fatores de Risco; Estudos Transversais.

## ABSTRACT

FERREIRA, J. G. B. **Accidents in children and adolescents with functionality changes: analytical, quasi-experimental and methodological study, 2019.** Postgraduate Nursing Course - Doctorate Level, UFMT, Cuiabá. 270 p.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Christine Bacarat de Godoy

Co-orientadora: Ana Paula dos Santos Jesus Marques França

Accidents are considered a public health problem among the juvenile population due to numerous consequences for the victims, families and society. Among the different factors associated with the occurrence of these events, the functionality is directly related to the factors of the environment, making it essential to realize the events of the juvenile population with changes in functionality of Cuiabá-MT. **OBJECTIVE:** To analyze the prevalence, the associated factors and the effectiveness of educational intervention against the occurrence of accidents in the population of children with functional alterations, enrolled in specialized educational institutions of Cuiabá-MT. **METHOD:** Or study materialized in three designs: analytical; Experimental and methodological almost. Regarding the first, a study population constituted by children, adolescents and young people (0-24 years) with functional alterations, enrolled in schools of specialized educational assistance of Cuiabá-MT, during or year of 2017. Or ponytail instrument of data was constructed and validated fishing nets, called Survey on Accidents in the Child-Adolescent Population with Functionality Changes (IACID-IJ). For statistical analysis was used or Statistical Program Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Use descriptive statistics, inferences and multiple return model of Poisson with robust variance, stepwise forward method. At the second stage, it was an experimental study of the type before that you had a single comparison group carried out with professionals who also carried out specialized educational assistance in Cuiabá-MT and region. Or test McNemar's parametric was used to endorse or effect educational intervention not knowledge on first aid. Already the methodological study on the part of the proposal of activities carried out during or during Sandwich in Porto (Portugal) and constituted transcultural adaptation of the IACID-IJ questionnaire for a Portuguese reality. The project was approved by the Ethics Committee of the Julius Muller University Hospital, no. 1,689,650 and the Ethics Committee of the Higher School of Diseases in Porto. **RESULTS:** 18 parents / guardians were interviewed, and the prevalence of accidents was 52.20% (95% CI: 46.71; 57.69) among the children and adolescents with functional changes. Most of the population had multiple (43.08%) and intellectual (41.51%) changes. Falls was the most prevalent accident (63.25%). The final multiple model ( $p < 0.001$ ) was adjusted second or sex and the alteration of functionality of life. As you can see, it was associated with a defrauded were: Do not prove that the incident is an event that can be avoided; age under 12 years of age, with uneven floors / slopes; use electric appliance without plug; main responsibility with depression / psychic suffering; Use or supervise semi-supervision of an adult and not domestic animals at home. During educational intervention, 238 professionals will participate and there will be a significant increase in statistical significance in all the issues addressed ( $\leq 0.05$ ). Or IACID-IJ was adapted for a Portuguese reality and is available for use in non-popular studies. **CONCLUSIONS:** Evidence is necessary to observe the specificities of the juvenile population with altered functionality in order to develop measures that are considered to be promoted and to prevent aggravation.

**DESCRIPTORES:** Accidents; Accidents, Home; Child; Adolescent; Young Adult; Disabled Persons; Accident Prevention; Risk Factors; Protective Factors; Cross-Sectional Studies.

## RESUMEN

FERREIRA, J. G. B. **Accidentes en niños y adolescentes con cambios de funcionalidad: estudio analítico, cuasiexperimental y metodológico**, 2019. Curso de posgrado de enfermería - Nivel de doctorado, UFMT, Cuiabá. 230 p.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Christine Bacarat de Godoy

Co-orientadora: Ana Paula dos Santos Jesus Marques França

Los accidentes se consideran un problema de salud pública entre niños y jóvenes debido a las numerosas consecuencias para las víctimas, la familia y la sociedad. Entre los diferentes factores asociados con la ocurrencia de estos eventos, la funcionalidad está directamente relacionada con los factores de riesgo, por lo que es esencial conocer la realidad de estos eventos en la población juvenil con cambios en la funcionalidad en Cuiabá-MT. **OBJETIVO:** Analizar la prevalencia, los factores asociados y la efectividad de la intervención educativa frente a accidentes en niños y adolescentes con cambios funcionales, inscritos en instituciones de atención educativa especializada en Cuiabá-MT. **MÉTODO:** El estudio consistió en tres dibujos: analíticos; cuasi experimental y metodológico. En cuanto al primero, la población de estudio consistió en niños, adolescentes y jóvenes (0-24 años) con alteraciones funcionales, inscritos en las escuelas de atención educativa especializada de Cuiabá-MT, durante 2017. El instrumento de recolección La recopilación de datos fue construida y validada por los investigadores, llamada Encuesta de Accidentes en niños y adolescentes con alteraciones de funcionalidad (IACID-IJ). El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete de software estadístico para las ciencias sociales (SPSS). Se utilizó estadística descriptiva, inferencias y modelo de regresión múltiple de Poisson con varianza robusta, método progresivo hacia adelante. La segunda etapa consistió en un estudio cuasi experimental antes y después con un solo grupo de comparación realizado con profesionales que trabajan en escuelas educativas especializadas en Cuiabá-MT y la región. La prueba no paramétrica de McNemar se utilizó para evaluar el efecto de la intervención educativa en el conocimiento sobre primeros auxilios. El estudio metodológico es parte de las actividades propuestas desarrolladas durante el doctorado sándwich en Oporto (Portugal) y consistió en la adaptación transcultural del cuestionario IACID-IJ a la realidad portuguesa. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Júlio Muller, bajo el número 1.689.650 y por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Oporto. **RESULTADOS:** Se entrevistó a 318 padres / tutores, y la prevalencia de accidentes fue del 52.20% (IC 95%: 46.71; 57.69) entre los niños y adolescentes con cambios funcionales. La mayoría de la población tuvo cambios múltiples (43.08%) e intelectuales (41.51%). Las caídas fueron el accidente más frecuente (63.25%). El modelo múltiple final ( $p < 0.001$ ) se ajustó según el género y el cambio en la funcionalidad de la víctima. Las variables asociadas con el resultado fueron: no creer que el accidente es un evento que puede evitarse; menores de 12 años, presencia de pisos irregulares / resbaladizos; use electrodomésticos sin enchufe; responsable principal con depresión / angustia psicológica; use la estufa sin la supervisión de un adulto y no tenga mascotas en casa. En cuanto a la intervención educativa, participaron 238 profesionales y hubo un aumento estadísticamente significativo en las respuestas correctas en todas las preguntas abordadas ( $\leq 0.05$ ). IACID-IJ se ha adaptado a la realidad portuguesa y está disponible para su uso en estudios en esta población. **CONCLUSIONES:** Se evidencia la necesidad de observar las especificidades en la población infantojuvenil con alteración de funcionalidad a fin de desarrollar medidas que apunte a la promoción de la seguridad y la prevención de estos agravios.

**DESCRIPTORES:** Accidentes; Accidentes Domésticos; Niño; Adolescente; Adulto Joven; Personas con Discapacidad; Prevención de Accidentes; Factores de Riesgo; Factores Protectores; Estudios Transversales.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1-	Interação entre os componentes da CIF.....	24
Figura 2-	Descrição das variáveis do instrumento de coleta de dados IACID-IJ. Brasil, 2017.....	64

### QUADROS

Quadro 1-	Descrição dos juízes convidados para compor o comitê de especialistas. Brasil, 2017.....	55
Quadro 2-	Resultado da avaliação geral do instrumento de coleta de dados IACID-IJ. Brasil, 2017.....	57
Quadro 3-	Apresentação do Índice de Validade de Conteúdo dos itens que compõem o IACID-IJ. Brasil, 2017.....	59
Quadro 4-	Manuscritos referentes às intervenções realizadas com os funcionários de atendimento educacional especializado, Cuiabá-MT, Brasil, 2019.....	115

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	População residente em Mato Grosso e Cuiabá-MT com pelo menos uma deficiência, dados do censo IBGE 2010.....	52
Tabela 2-	Distribuição da população infantojuvenil com alteração de funcionalidade segundo as escolas de educação especial que participaram do estudo. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	53
Tabela 3-	Perfil dos responsáveis pelos alunos matriculados nas instituições de ensino especializado para pessoas com deficiência. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	73
Tabela 4-	Rede de apoio das famílias da população infantojuvenil com alteração de funcionalidade, matriculada em instituição de ensino especial. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	75
Tabela 5-	Ocorrência de acidentes nos últimos 12 meses segundo faixa etária e alteração de funcionalidade da vítima. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	84
Tabela 6-	Características das vítimas de acidente segundo tipo de deficiência, sexo, faixa etária e local de ocorrência do evento. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	86
Tabela 7-	Características dos acidentes entre a população infantojuvenil com alteração de funcionalidade. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	89
Tabela 8-	Distribuição dos acidentes segundo tipo do acidente e parte do corpo atingida. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	91
Tabela 9-	Distribuição dos acidentes segundo tipo e necessidade de atendimento hospitalar. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	92

Tabela 10-	Características do primeiro atendimento e consequências dos acidentes. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	93
Tabela 11-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo variáveis sociodemográficas (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017	96
Tabela 12-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para quedas (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.	97
Tabela 13-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para acidentes ocasionados por forças inanimadas (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	98
Tabela 14-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para queimaduras e choque elétrico (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	99
Tabela 15-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para intoxicação (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	101
Tabela 16-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para afogamento e outros riscos à respiração (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	102

Tabela 17-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para acidentes por forças mecânicas animadas (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	103
Tabela 18-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para acidentes de transporte (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	104
Tabela 19-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de proteção e comportamentais (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	105
Tabela 20-	Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo vulnerabilidade do responsável (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	106
Tabela 21-	Modelo de Regressão múltipla de Poisson: variáveis associadas à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituições de ensino especial. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.....	109

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADI -	Auxiliar de Desenvolvimento Infantil
AEE -	Atendimento Educacional Especializado
BPC -	Benefício de Prestação Continuada
CAPES -	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID-10-	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF -	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIF-CJ –	Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde: Versão para Crianças e Jovens
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DENATRAN-	Departamento de Trânsito
ESEP -	Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESF -	Estratégia Saúde da Família
EUA-	Estados Unidos da América
GESCA -	Grupo de Estudo da Criança e do Adolescente
HUJM -	Hospital Universitário Júlio Muller
IACID-IJ-	Inquérito sobre Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC -	Intervalo de confiança
IVC -	Índice de Validade de Conteúdo
LIBRAS -	Língua de Sinais Brasileira

LOAS-	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC -	Ministério da Educação e Cultura
OMS-	Organização Mundial da Saúde
PCS -	Programa Creche Segura
PDSE -	Programa Doutorado Sanduíche no Exterior
PNAISC -	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PSE -	Programa Saúde na Escola
RP -	Razão de Prevalência
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH/SUS -	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM/MS -	Sistema de Informação Sobre Mortalidade/ Ministério da Saúde
SINITOX -	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SNIPI-	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SPSP -	Statistical Package for the Social Sciences
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH -	Transtorno de hiperatividade com déficit de atenção
UFMT –	Universidade Federal de Mato Grosso
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIVA -	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
WHO -	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
1.1. Definição de funcionalidade .....	23
1.2. A população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.....	25
1.3. Magnitude dos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.....	26
1.4. Consequências dos acidentes.....	29
1.5. Fatores de risco e de proteção associados aos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.....	31
1.6. Políticas públicas frente à problemática.....	35
1.7. A enfermagem frente aos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.....	37
1.8. Instituições de ensino especializado para a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.....	39
<b>2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....</b>	<b>41</b>
<b>3. PROBLEMA DE ESTUDO.....</b>	<b>43</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>45</b>
4.1. Objetivo geral.....	46
4.2. Objetivos específicos.....	46
<b>5. MÉTODO.....</b>	<b>47</b>
5.1. Delineamento do estudo.....	48
5.2. Local de estudo.....	48
5.2.1. Sobre a cidade.....	49
5.2.2. Sobre as instituições de Atendimento Educacional Especializado (AEE) participantes do estudo.....	50
5.3. População de estudo.....	51
5.3.1. Cálculo amostral.....	51
5.4. O instrumento de coleta de dados.....	53
5.4.1. Construção do instrumento de coleta de dados.....	53
5.4.2. Validação de conteúdo e aparência.....	54
5.4.3. Validação semântica e teste do questionário.....	62

5.5. Variáveis de estudo.....	63
5.5.1. Questionário sociodemográfico.....	65
5.5.2. Questionário referente ao acidente.....	65
5.5.3. Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes.....	65
5.6. Treinamento e estudo piloto.....	66
5.7. Protocolo de estudo.....	67
5.8. Tabulação e análise de dados.....	68
5.9. Procedimentos éticos.....	70
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>71</b>
6.1. Caracterização da população de estudo.....	72
6.1.1. Perfil dos cuidadores/responsáveis de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade.....	72
6.1.2. Perfil da população infantojuvenil com alteração de funcionalidade.....	80
6.2. Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.....	82
6.2.1. Perfil das vítimas.....	85
6.2.2. Características do acidente.....	88
6.2.3. Características do atendimento e consequências do acidente.....	91
6.3. Fatores de risco e de proteção relacionados à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.....	95
6.3.1. Modelo de regressão múltipla de Poisson.....	106
6.4. Quanto à intervenção.....	114
6.4.1. Efeito de atividade educativa sobre primeiros socorros em escolas de ensino especializado.....	116
6.4.2. Avaliação de treinamento sobre primeiros socorros para equipe técnica de escolas de ensino especializado.....	134
6.5. Quanto à validação transcultural do questionário para a realidade portuguesa	147
6.5.1. Manuscrito referente à adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados.....	148
<b>7. CONCLUSÕES.....</b>	<b>171</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>178</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>183</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>196</b>
Apêndice 1- Ofício para solicitação de autorização das instituições para coleta de dados.....	197
Apêndice 2- Primeira versão do instrumento de coleta de dados.....	199
Apêndice 3- Carta convite aos juízes.....	212
Apêndice 4- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-Validação.....	214
Apêndice 5- Instrumento de avaliação geral do IACID-IJ.....	215
Apêndice 6- Instrumento de avaliação específica do IACID-IJ.....	216
Apêndice 7- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Pesquisa.....	225
Apêndice 8- Versão final do IACID-IJ validado.....	227
Apêndice 9- Folheto sobre prevenção de acidentes.....	233
Apêndice 10- Termo de Compromisso das pesquisadoras.....	235
Apêndice 11- Pedido de autorização para utilizar o questionário do Programa Creche Segura.....	236
Apêndice 12- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -Intervenção.....	238
Apêndice 13- Carta convite aos especialistas para validação transcultural.....	240
Apêndice 14- Termo de Consentimento Livre Esclarecido- Adaptação Transcultural.....	242
Apêndice 15- Primeira versão do questionário IACID-IJ adaptado para a realidade portuguesa.....	243
Apêndice 16- Instrumento de avaliação geral do questionário IACID-IJ- versão portuguesa.....	251
Apêndice 17- Instrumento de avaliação específica do questionário IACID-IJ- versão portuguesa.....	252
Apêndice 18- Questionário IACID-IJ adaptado para a realidade portuguesa.	265
Apêndice 19- Questionário para validação semântica- Adaptação transcultural.....	272
<b>ANEXOS.....</b>	<b>274</b>
Anexo 1- Autorização da escola A.....	275
Anexo 2- Autorização da escola B.....	276
Anexo 3- Autorização da escola C.....	277
Anexo 4- Autorização da escola D.....	278
Anexo 5- Autorização da escola E.....	279

Anexo 6- Autorização da escola F.....	280
Anexo 7- Autorização da escola G.....	281
Anexo 8- Autorização da escola H.....	282
Anexo 9- Autorização da escola I.....	283
Anexo 10- Autorização para utilizar questionário do Disabkids.....	284
Anexo 11- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	285
Anexo 12- Autorização para uso do questionário do Programa Creche Segura.....	289
Anexo 13- Questionário Creche Segura.....	290
Anexo 14- Aprovação do Comitê de Ética da ESEP.....	292

# **1. INTRODUÇÃO**

## **1.1. Definição de funcionalidade**

Um dos obstáculos dos estudos envolvendo pessoas com deficiência está relacionado à imprecisão dos conceitos e definições, dificultando a aplicação e o aproveitamento das pesquisas produzidas em diversos países (AMIRALIAN et al., 2000). Também existe uma dificuldade em comparar a qualidade da educação e apoio para indivíduos com deficiência intelectual profunda e deficiência múltipla, devido à falta de padronização em definir essas alterações (NAKKEN; VLASKAMP, 2007).

Dessa forma, com a finalidade de padronizar e unificar a linguagem em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 1980 a “Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações (ICIDH)”, como uma versão experimental para oferecer uma linguagem comum e permitir a comunicação entre diferentes disciplinas, em todo o mundo (OMS, 2015).

Esse documento foi revisado e desenvolvido após vários estudos e consultas internacionais com a participação de pessoas com deficiência, sendo aprovada pela 54ª Assembleia Mundial de Saúde, em 22 de maio de 2001, a versão conhecida como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2015).

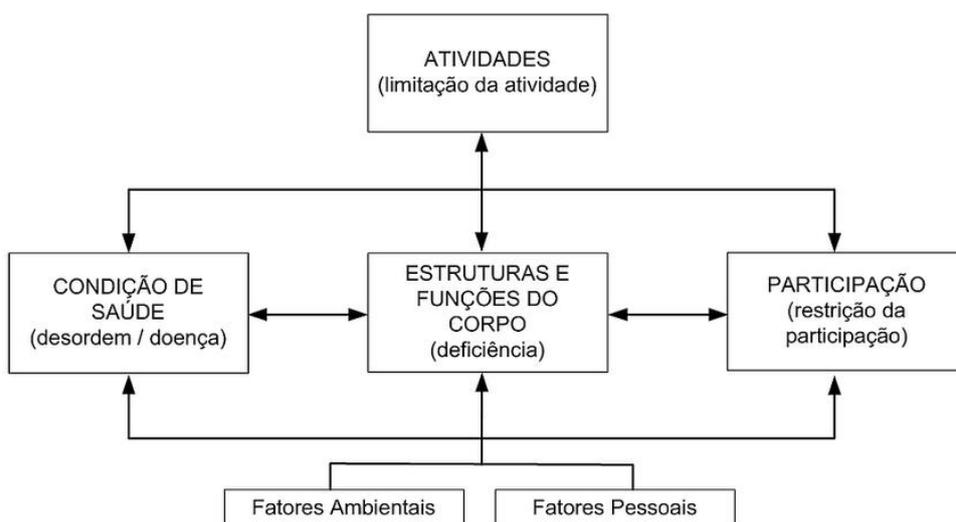
A CIF faz parte das classificações internacionais da OMS e serve de complemento juntamente com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Esta última classifica os estados de saúde do indivíduo como doenças, distúrbios e lesões, já a CIF classifica a funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde. Portanto, a CIF não classifica pessoas, e sim, descreve a situação de saúde e os estados relacionados à saúde. Usando as informações em conjunto, sobre o diagnóstico e a funcionalidade, é possível se ter uma visão mais ampla sobre a situação de saúde da população (OMS, 2015).

Ainda como parte da CIF, em 2007 foi publicada uma versão adaptada para crianças e jovens, a “Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ)” com o objetivo de auxiliar a classificação de funcionalidade atendendo as peculiaridades do público infantojuvenil. Entretanto, recentemente houve uma junção entre a versão da CIF para adultos e a CIF-CJ resultando na versão em português do Brasil mais atualizada, publicada pela Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP) em 2015 e substituindo os documentos publicados anteriormente (OMS, 2015).

A CIF apresenta domínios classificados como “domínios da saúde” e “domínios relacionados à saúde” que estão descritos com base na perspectiva do corpo, indivíduo e sociedade e constituiu-se de uma abordagem com múltiplas perspectivas de funcionalidade, sendo um processo dinâmico e evolutivo. Nesse sentido a CIF fornece base para os usuários

que desejam estudar os diferentes aspectos desse processo e compreender a interação entre os componentes da classificação (OMS, 2015).

A figura 1 evidencia a interação entre os componentes da CIF.



**Figura 1- Interação entre os componentes da CIF.**

**FONTE: Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidades, 2015.**

As deficiências são definidas como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda”. Já funcionalidade é “um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação” (OMS, 2015, p.23). Segundo o modelo da classificação, a funcionalidade de uma pessoa é uma interação complexa entre o estado de saúde do indivíduo, como por exemplo, uma deficiência ou uma doença, e os fatores contextuais (ambientais e pessoais) que podem resultar em uma incapacidade (OMS, 2015).

Dessa forma, uma pessoa pode ter uma deficiência e não ter limitações de capacidade (alterações de funcionalidade), ou pode ter alterações de funcionalidade em decorrência de uma doença, sem ter uma deficiência evidente (OMS, 2015). Nesse sentido, essa classificação pode ser vista como uma linguagem utilizada pelos usuários e pesquisadores (OMS, 2015).

Portanto, em consonância com a linguagem da Classificação Internacional de Funcionalidade, o presente estudo se refere a crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade em decorrência de diferentes tipos de deficiência, como intelectual, auditiva, visual ou múltipla (OMS, 2015).

## **1.2. A população infantojuvenil com alterações de funcionalidade**

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que existam mais de 200 milhões de crianças no mundo com alguma deficiência, o que representaria aproximadamente 10% das crianças de todo o mundo (UNICEF, 2013). No panorama nacional, os dados do último censo realizado no Brasil no ano de 2010, evidenciou que 45.606.048 de brasileiros, 23,9% da população total, têm algum tipo de deficiência – visual, auditiva, motora e mental/intelectual (IBGE, 2010).

Deste último total, 25.800.681 (26,5%) são mulheres e 19.805.367 (21,2%) são homens, 38.473.702 pessoas vivem em áreas urbanas e 7.132.347 em áreas rurais. Quanto à faixa etária, a população infantojuvenil (0 a 24 anos) com pelo menos uma deficiência representa 46,41% da população com deficiência no Brasil (entre 0 a 4 anos 2,79%; entre 5 a 9 anos 7,67%; entre 10 a 14 anos 11,22%; entre 15 a 19 anos 11,88% e entre 20 a 24 anos 12,85%). Evidenciando, portanto, um significativo número de crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos) com algum tipo de deficiência (IBGE, 2010).

Analisando toda a população residente no Brasil, 23,90% possuíam pelo menos uma das deficiências investigadas: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A prevalência da deficiência variou da seguinte forma: a deficiência visual foi a de maior ocorrência (18,6% da população brasileira), seguida da motora (7% da população), auditiva (5,10%) e da deficiência mental ou intelectual (1,40%) (IBGE, 2010).

A proporção da população com deficiências segundo as grandes regiões do Brasil identificou a região Centro-Oeste com 22,51% do total de pessoas com deficiência. Já entre os estados brasileiros, Mato Grosso apresentou 669.010 pessoas que declararam ter pelo menos um tipo de deficiência (22,04%) (IBGE, 2010). Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre as cidades brasileiras não especificam a quantidade de crianças menores de dez anos com deficiência, mas informa que há 8.416 pessoas residentes em Cuiabá, com idade entre 10 a 24 anos, que declararam ter pelo menos uma deficiência (IBGE, 2010).

Quanto às condições de vida e saúde desta população, o relatório da situação mundial da infância sobre crianças com deficiência, trouxe informações importantes através de diversos estudos realizados no mundo. Entre as situações evidenciadas, foi apontado que sobreviver e prosperar é uma tarefa difícil para a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade diante das inúmeras barreiras encontradas na sociedade, como uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, educação, segurança e lazer (UNICEF, 2013).

Além da falta de acessibilidade que contribui para a exclusão social desta população, a mesma tem maior risco de permanecer em situação de baixas condições socioeconômicas do que seus pares que não têm deficiência, pois há custos adicionais relacionados à deficiência, como quando um responsável sai do mercado de trabalho para exercer o papel de cuidador principal, e o aumento de despesas com tratamento médico, viagens, reabilitação ou assistência (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015; UNICEF, 2013).

Essa exclusão social, somada ao fato de que são os poucos países que possuem um sistema de informação fidedigno sobre quantas crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade existem em seu território, quais são estas alterações e como isso se reflete em suas vidas, resultam em invisibilidade. Quando suas necessidades não são conhecidas pelos serviços públicos aos quais têm direito, essa população sofre com privações de cuidados essenciais para ocupar um lugar na comunidade e contribuir para a mesma (UNICEF, 2013).

Essas situações revelam a vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens para situações como violência e acidente. No Brasil, há estudos que analisaram a ocorrência de violência entre crianças e adolescentes com deficiência, e identificaram que esta população apresenta maior risco de sofrer todo tipo de violência, física, sexual, emocional e inclusive negligência por parte dos cuidadores (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016; PINA; ARAÚJO, 2014).

Já quanto aos acidentes, evidencia-se casuísticas internacionais que investigaram a ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com deficiência, e uma lacuna no conhecimento no que se refere a estudos que desenvolveram e avaliaram intervenções para prevenção de acidentes nesta população específica (SALAM et al., 2016; SHI et al., 2015a; XIANG; WHEELER; STALLONES, 2014).

Uma revisão de literatura sobre o tema revelou que a deficiência é um importante fator de risco que deve ser considerado juntamente com variáveis sociodemográficas, em pesquisas sobre acidentes (XIANG; WHEELER; STALLONES, 2014).

### **1.3. Magnitude dos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade**

Segundo a CID-10, os acidentes são classificados dentro de um grupo maior, chamado causas externas, o que engloba tanto as causas não intencionais (acidentes) como as intencionais (violência) (OMS, 2000).

A OMS define acidente como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais, ocorridos no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer.” (BRASIL, 2001, p.3).

A “acidentalidade” destes eventos é discutida em muitos estudos, pois se admite que tais eventos são previsíveis e preveníveis, e considerá-la como casual faz com que os esforços para controle e prevenção sejam pobres (BRASIL, 2001; FILÓCOMO et al., 2017; HURTADO-SIERRA; SARMIENTO-LIMAS, 2015).

Estudos internacionais e nacionais sobre acidentes têm evidenciado que a população infantojuvenil (0 a 24 anos) é a mais vulnerável para os diversos tipos de acidentes, em diferentes ambientes domiciliares ou extradomiciliares (BRASIL, 2015; EUROSAFE, 2013; MURPHY et al., 2017; SENGOELGE; HASSELBERG; LAFLAMME, 2011; WHO, 2008).

Contudo, grande parte das pesquisas sobre injúrias acidentais tem se concentrado em populações sem deficiência, poucas pesquisas têm se desenvolvido em subpopulações de risco como, por exemplo, crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade (BRENNER et al., 2013).

Uma pesquisa que analisou as publicações referentes à deficiência intelectual em doze anos verificou que apesar de muitos estudos ainda utilizarem termos retrógrados para referir-se à temática, houve um aumento significativo na produção dos últimos cinco anos em relação ao início da década passada. Os temas mais abordados referem-se à conceituação, inclusão e representação social. Foram encontrados poucos estudos sobre avaliação, etiologia e epidemiologia da deficiência intelectual, assim como não foi evidenciado neste estudo bibliográfico nenhuma pesquisa relacionada a acidentes com pessoas com deficiência intelectual (MILIAN; WECHSLER, 2013).

Ainda assim, os acidentes afetam as características de morbidade e mortalidade de crianças, adolescentes e jovens com algum tipo de deficiência (BOYLE et al., 2011). Algumas casuísticas internacionais têm mostrado a magnitude dos acidentes na população infantojuvenil com deficiência, evidenciando que estes apresentam um risco maior para acidentes do que seus pares (BRENNER et al., 2013; LEFF et al., 2010; PETRIDOU et al., 2003; SINCLAIR; XIANG, 2008; XIANG et al., 2005; ZHU et al., 2014).

Estudo que analisou o impacto da deficiência nos acidentes com crianças deficientes de Hubei, uma província da China, durante o ano de 2011, identificou que o número de injúrias acidentais entre crianças (0 a 14 anos) com deficiência foi significativamente maior do que entre as crianças sem deficiência (10,2% vs 4,4% p <001). Ao buscar associação entre o tipo de deficiência e o acidente, as crianças com deficiência múltipla apresentaram maior risco

para acidentes do que crianças com outras deficiências e a magnitude das injúrias variou de acordo com a gravidade da deficiência (ZHU et al., 2014).

Outra casuística realizada em cinco países de Hubei, província da China, comparou os atendimentos de emergência no período de um ano (2011) por acidentes entre criança e adolescentes (0 a 14 anos), com e sem algum tipo de deficiência, explorando os fatores de risco domiciliares a partir de entrevistas com cuidadores (ZHU et al., 2012). Foi identificada maior prevalência de injúrias não intencionais entre crianças e adolescentes com deficiência, e os dois grupos se diferenciaram conforme quantidade de episódios, lugar, atividade e hora do acidente. Quedas em ambiente domiciliar foi o acidente mais prevalente e o principal fator de risco para acidentes no ambiente domiciliar foi a presença de gatos e cachorros (ZHU et al., 2012).

Nos Estados Unidos da América, uma análise dos acidentes entre menores de idade (0 a 17 anos), com ou sem algum tipo de deficiência, a partir dos atendimentos de emergência (2006-2007), evidenciou que não houve significativa variação entre a quantidade de acidentes nestes grupos; contudo, houve significativa variação entre os acidentes e o tipo de deficiência. As crianças com algum tipo de deficiência intelectual apresentam maior risco para acidentes do que as crianças com outro tipo de deficiência (BRENNER et al., 2013).

Outra casuística nos Estados Unidos da América, que objetivou determinar se o risco de acidente difere entre as crianças e adolescentes (0 a 17 anos), de acordo com o tipo de deficiência, e se as características de lesão diferem pelo estado de incapacidade, evidenciou que crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência apresentaram maior risco para acidentes do que crianças e adolescentes sem; contudo, o risco de lesão e o tipo de lesão diferem de acordo com a incapacidade da criança (SINCLAIR; XIANG, 2008).

Já na Grécia, uma casuística associou as implicações diferenciais de fatores sociodemográficos e situacionais sobre o risco de lesões, entre crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência, ou não. Dessa forma, evidenciou-se que estes menores (0 a 14 anos) com algum tipo de deficiência apresentaram maior risco para injúrias não intencionais do que aqueles sem deficiência. Os acidentes de maior frequência entre crianças e adolescentes com deficiência foram as quedas e os traumatismos cranianos, e o tipo de deficiência que apresentou maior risco foi a deficiência motora e intelectual (PETRIDOU et al., 2003).

Apesar destas pesquisas em diferentes locais do mundo evidenciarem a magnitude do tema proposto, observa-se a carência de estudos na população brasileira sobre acidentes entre

crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade (SHI et al., 2015a; YUNG; HAAGSMA; POLINDER, 2014).

#### **1.4. Consequências dos acidentes**

Os eventos acidentais trazem inúmeras consequências, não somente para a vítima, mas também para a família, serviços de saúde e para a sociedade como um todo (BRITO; PEDROSO; MARTINS, 2016).

Para a vítima, destacamos as lesões físicas que causam dor e muitas vezes até sequelas, como por exemplo, amputações, lesões cerebrais, paralisias, avulsão dentária, fraturas de ossos e cicatrizes, mas também se salienta a ocorrência de consequências emocionais e sociais (ATTARZADEH et al., 2017; AVRAHAM et al., 2017; PANAGOPOULOU et al., 2012).

A criança, o adolescente ou o jovem, vítimas de acidente, podem ficar traumatizados com o evento, ocorrendo estresse pós-traumático evidenciado por sintomas como: *flashbacks* ou pesadelos, tentativas de evitar os locais, eventos ou outros lembretes do acidente, sintomas de hipersensibilidade, como insônia, problemas de concentração ou comportamento agressivo. A principal consequência social são os dias letivos perdidos na escola/faculdade, em decorrência do evento (MEIJEL et al., 2015).

Para a família, as principais repercussões do acidente atingem as dimensões emocionais, econômicas e sociais. Entre as consequências emocionais ocorrem sentimentos de medo, culpa, arrependimento, protesto e resignação. O trauma emocional e a culpa são evidentes principalmente quando ocorre óbito da criança/adolescente/jovem. Já entre as consequências sociais podemos citar o absenteísmo no trabalho para cuidar da vítima, fato que gera também repercussões financeiras, somado aos gastos com medicação e assistência de saúde (VIEIRA et al., 2007).

Um estudo em Filadélfia objetivou avaliar os sintomas psicológicos após o atendimento no pronto-socorro de crianças e adolescentes vítimas de acidentes (com idade entre 8 e 17 anos), para examinar a relação entre estresse pós-traumático e sintomas depressivos, evidenciou que a ocorrência de acidente resultantes em atendimento de emergência pode estar associada a sequelas psicológicas negativas em cerca de 17% das vítimas (KASSAM-ADAMS et al., 2015).

Os atendimentos decorrentes de causas acidentais também geram sobrecarga nos serviços de saúde e acarretam elevado custos para os cofres públicos. Diversos estudos têm evidenciado que a maior parte dos atendimentos em serviços de urgências e emergências é

decorrente de causas acidentais (BRITO; MARTINS, 2016; FILÓCOMO et al., 2017; SEIGNEMARTIN et al., 2014).

Já quanto às internações, segundo dados do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATA-SUS), no ano de 2018 (janeiro até dezembro) a morbidade no SUS por causas acidentais evidenciou 923.269 internações decorrentes de eventos não intencionais (BRASIL, 2018a).

Os impactos para a comunidade, em parte, são um conjunto das repercussões descritas acima que se refletem diretamente na sociedade. Os acidentes trazem implicações onerosas para os serviços públicos de saúde e reabilitação, como por exemplo, atendimento médico, internações, cirurgias, exames, fisioterapias, entre outros. Estes valores poderiam ser investidos em prevenção ao invés de tratamento (ANDRADE; MELLO-JORGE, 2017; CABRAL; KRANZ; ROSA, 2013).

Estudo realizado em Porto Alegre- RS, evidenciou que os gastos hospitalares com internações por causas externas, na faixa etária de 0 – 19 anos, corresponderam durante o período de 2010 a 2013 a R\$ 13.039.829,17, com um gasto médio de R\$ 1.226,93 e um custo-dia de R\$ 213,90 (CABRAL; KRANZ; ROSA, 2013).

Outros estudos também constataram elevada mortalidade em decorrência de causas acidentais na população infantojuvenil, sendo que as mortes de indivíduos em plena fase de crescimento e desenvolvimento significa uma perda para a sociedade de indivíduos que fazem parte e contribuem com a mesma (ANDRADE; MELLO-JORGE, 2016; MOREIRA et al., 2018).

A ocorrência da elevada mortalidade na população infantojuvenil, contribui para o aumento dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), indicador de saúde que traduz o número de anos que uma pessoa, morta prematuramente, poderia ter vivido. Este indicador tem como objetivo permitir a comparação da importância relativa das diferentes causas de morte para uma dada população, e seu cálculo leva em consideração o estabelecimento de um limite de idade para referência abaixo do qual a morte é considerada prematura (ANDRADE; MELLO-JORGE, 2016; MOREIRA et al., 2018).

Estes estudos evidenciam parte da magnitude das consequências dos acidentes, e ressaltam a importância de se conhecer a realidade destes eventos na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, para que medidas preventivas específicas para este público sejam sugeridas de forma a reduzir estes agravos.

Para tanto, além da ocorrência deste evento nesta população específica, é necessário que se conheça também os fatores associados, tanto de risco como de proteção, pois a intervenção sobre os fatores associados pode produzir a prevenção e redução dos acidentes neste grupo.

### **1.5. Fatores de risco e de proteção associados aos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade**

Estudiosos da área apontam que os acidentes estão associados a alguns fatores, como o sexo da vítima (com maior incidência no sexo masculino), idade (características de desenvolvimento), as condições ambientais, socioeconômicas, culturais, estilo de vida e hábitos da família, o que se soma à falta de vigilância e à atitude de conformismo de que o acidente se constitui-se evento imprevisível e imprevenível (MARTINS; ANDRADE, 2008; MARTINS, 2006).

Outros fatores associados referem-se ao grau de desenvolvimento neuropsicomotor, de maturidade física e mental, inexperiência, incapacidade de prever e evitar situações de risco, curiosidade, tendência a imitar comportamentos, falta de noção corporal e espacial, além de algumas características de personalidade e comportamento, como hiperatividade, distração, agressividade, impulsividade, entre outros (CIAMPO et al., 2011).

Neste contexto, crianças, adolescentes e jovens com deficiência física, intelectual, sensitiva e múltipla, podem apresentar maior risco para acidentes devido às características físicas, intelectuais e comportamentais que são peculiares a cada tipo de deficiência (NAKKEN; VLASKAMP, 2007; PETRIDOU et al., 2003).

O risco para acidentes corresponde ao estágio de desenvolvimento do indivíduo. Estudos nacionais e internacionais com crianças, adolescentes e jovens sem deficiência evidenciam que as crianças menores apresentam maior risco para acidentes, e o tipo de acidente se diferencia conforme a faixa etária (BRITO; MARTINS, 2015; BRITO; PEDROSO; MARTINS, 2016; FERNANDES et al., 2012; MALTA et al., 2009).

Contudo, o tipo de alteração de funcionalidade interfere diretamente no grau de desenvolvimento físico e intelectual de crianças, adolescentes e jovens com deficiência. E este fator se evidenciou em um estudo que indicou que, enquanto o risco para acidentes entre crianças com deficiência é diretamente proporcional ao aumento da idade, o contrário acontece entre aquelas sem nenhum tipo de deficiência. As crianças deficientes que procuraram atendimento em departamentos de emergência devido a uma lesão acidental representam 1,1% de todas as crianças feridas entre 0 a 4 anos de idade, mas este número

quase triplica para 3,1% entre aqueles na faixa etária entre 10 a 14 anos (PETRIDOU et al., 2003).

De acordo com esse estudo, as crianças sem deficiência se acidentam mais na faixa etária menor de quatro anos, enquanto as crianças com deficiência se acidentam mais em faixas etárias maiores que nove anos (PETRIDOU et al., 2003). Esta característica também foi evidenciada em outros estudos que comparam os acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com e sem algum tipo de deficiência (BRENNER et al., 2013; SINCLAIR; XIANG, 2008; ZHU et al., 2012).

Este fato pode ser justificado pelo aumento da mobilidade ou das tentativas para aumentar a mobilidade associadas com o aumento da idade, conferindo maior independência ou dispensando menor vigilância nas faixas etárias maiores (PETRIDOU et al., 2003). A menor mobilidade entre crianças menores de quatro anos com algum tipo de deficiência incorre em menor risco para lesões acidentais (BRENNER et al., 2013).

Os padrões de causa, as circunstâncias e a gravidade de lesões em jovens com deficiência intelectual têm mais semelhanças com crianças mais jovens do que com a sua mesma faixa etária na população em geral e o aumento do risco de lesão nesta população é provavelmente por causa das limitações, tanto em compreender os riscos quanto em lidar com os desafios ambientais (SHERRARD; TONGE; OZANNE-SMITH, 2001).

Quanto ao sexo da vítima, estudos mostram que o sexo masculino é um fator de risco para a ocorrência de acidentes na população infantojuvenil, o que pode ser justificado pelas representações históricas e culturais de gênero desde a infância até a juventude (CAVALCANTI; MARTINS; MENEZES, 2008; SILVA et al., 2010).

Estudo realizado em Ontário-Canadá, com crianças de 6-11 anos, evidenciou que os meninos se envolvem significativamente em mais atividades de risco do que as meninas, uma vez que os meninos apresentam comportamentos mais impulsivos que as meninas (MORRONGIELLO; RENNIE, 1998). Este fato também está aliado aos fatores culturais em que os pais e responsáveis restringem menos o comportamento dos meninos em comparação com as meninas, as quais ficam sob maior vigilância, apesar das atividades e brincadeiras daqueles serem julgadas de maiores riscos para acidentes (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

Quanto aos acidentes com crianças, adolescentes e jovens com algum tipo de deficiência, as casuísticas internacionais também demonstram prevalência de vítimas do sexo masculino (BRENNER et al., 2013; PETRIDOU et al., 2003; SINCLAIR; XIANG, 2008; XIANG et al., 2005; ZHU et al., 2014).

Nos Estados Unidos da América (EUA) uma pesquisa que comparou o risco para injúrias não intencionais entre crianças com algum tipo de deficiência e crianças saudáveis (0 a 17 anos), evidenciou que o risco para acidentes é maior em crianças no sexo masculino, independente de terem alguma deficiência ou não (SINCLAIR; XIANG, 2008).

Na Grécia, as crianças e os adolescentes (0 a 14 anos) do sexo masculino com alguma alteração de funcionalidade física, intelectual ou múltipla apresentaram uma prevalência 2,3% maior de acidentes do que as crianças do sexo feminino (PETRIDOU et al., 2003).

Quanto à etnia das vítimas, essa característica em si não é considerada um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico constitui característica de vulnerabilidade, pois a raça, cor ou etnia têm sido um importante marcador de desigualdade social (BASTOS et al., 2009; MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

Quanto aos fatores socioeconômicos, uma pesquisa transversal reafirmou a relação entre o perfil sociodemográfico e econômico de famílias residentes em áreas de vulnerabilidade socioambiental com a ocorrência de acidentes domiciliares em crianças (VIEIRA et al., 2012).

Há evidências de que quedas, queimaduras, cortes acidentais, envenenamentos e mordidas de animais são acidentes comuns para as crianças, adolescentes e jovens com deficiências em países de baixa e média renda, e que essas lesões acontecem na maior parte das vezes no ambiente domiciliar, onde estão presentes muitos desses fatores de risco, frequentemente ligados a fatores econômicos (BARTLETT, 2002; ZHU et al., 2012).

Estudo desenvolvido na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (UQ-HCFMRP) identificou que o baixo nível de instrução das mães e responsáveis, seria um fator de risco para ocorrência de acidentes. Isto foi associado a alguns comportamentos como realizar atividades de risco na presença das crianças, ou permitir que as crianças brinquem com produtos perigosos ou realizem atividades de risco, por falta de conhecimento e instrução dos riscos e as formas de prevenção (VENDRUSCULO et al., 2010).

Para uma pessoa sem deficiência, existem alguns fatores ambientais que aumentam o risco para certos tipos de acidentes, e estes fatores representam um risco ainda maior quando se trata da população infantojuvenil com alteração de funcionalidade, pois, muitas vezes essas alterações requerem adaptações nos diferentes ambientes e comprometem o entendimento dos riscos e os reflexos de proteção do indivíduo (BRENNER et al., 2013; PETRIDOU et al., 2003).

Pesquisa na Grécia, que investigou os fatores ambientais para a ocorrência de acidentes com crianças e adolescentes com deficiência identificou que aqueles que residiam em área

urbana se acidentaram mais do que os residentes em área rural, indicando que o risco de lesão para pessoas com deficiência aumenta de acordo com características da vida urbana, como o aumento da mobilidade, o aumento da complexidade das necessidades ambientais e de ajustes e a redução da supervisão direta dos responsáveis (PETRIDOU et al., 2003).

Outro estudo que comparou os padrões dos atendimentos por acidentes entre as crianças e adolescentes, com e sem deficiência e idade entre 1 a 14 anos, explorou os riscos ambientais e evidenciou que mais da metade das lesões acidentais com crianças e adolescentes deficientes ocorreram no ambiente domiciliar, sendo este ambiente um dos fatores contextuais mais significativas de risco de lesão acidental para a população infantojuvenil com deficiência (ZHU et al., 2012).

Pesquisa desenvolvida com 362 famílias residentes em uma comunidade de Fortaleza (CE), identificou a presença de alguns fatores de risco para acidentes presentes em ambientes domiciliares, como por exemplo: a exposição à fiação elétrica, cisternas descobertas, poços abertos, cercas de madeira e / ou de arame farpado, fogão a lenha, piso escorregadio ou irregular, árvores no quintal, material perfuro cortantes, medicamentos, materiais de limpeza e abrasivos de fácil acesso, crianças sob a supervisão de crianças maiores, entre outros (VIEIRA et al., 2012).

Dessa forma, seja o ambiente domiciliar, escolar ou público, o mesmo precisa ser adaptado de forma que atendam as mais diversas necessidades das pessoas com alterações de funcionalidade, promovendo a acessibilidade. Contudo, devido a diversos fatores, como condições socioeconômicas e a falta de políticas públicas ou do cumprimento das existentes, fazem com que nem sempre estes espaços sejam adaptados da maneira eficiente para promover a segurança e eliminar os riscos para acidentes (BRENNER et al., 2013).

Para além dos fatores de risco, há que se destacar os fatores de proteção.

Segundo estudiosos, existem fatores de resiliência ou proteção relacionados à ocorrência das causas externas, como os acidentes. Alguns desses fatores são: a família estável da criança, adolescente ou jovem com deficiência, afeto, valorização prioritária do cuidado, saúde e proteção da pessoa com deficiência, impedimento de estresses cotidianos, comunicação efetiva, fontes de apoio social, serviços educacionais de atendimento especializado a pessoas com deficiência, recursos na vizinhança, educação e respeito as normas de trânsito, entre outros (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013).

Outros autores acrescentam medidas de proteção em relação ao ambiente doméstico, tais como: portão em escada, grade em janelas e piscina, alarme de fumaça, protetores de porta e de tomadas, hábitos de guardar fora do alcance da criança objetos perfurocortantes,

produtos de limpeza, farmacológicos e inseticidas, cuidado com animais, além da supervisão direta sobre a criança. Essas medidas podem reduzir as taxas de morbimortalidade por acidentes domiciliares (BLANK, 2005; BRITTON, 2005).

Considera-se que a falta de conexão entre os fatores de proteção, juntamente com a intensidade e diversidade dos fatores de risco, favorecem a ocorrência de acidentes (MARTINS; MELLO-JORGE, 2013). Diante disto, torna-se essencial compreender essa dinâmica na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, a fim de possibilitar a realização de ações que visem prevenir os acidentes nesta população específica.

Além disso, a compreensão da dinâmica entre os fatores de risco e de proteção, também fornece conhecimento e embasamento teórico para contribuir com a formulação e o aprimoramento de políticas públicas que visam a redução desses agravos.

## **1.6. Políticas públicas frente à problemática**

Os acidentes são reconhecidamente um problema de saúde pública no Brasil, devido ao grande impacto que provoca no perfil de morbimortalidade da população brasileira, principalmente na população infantojuvenil (BRASIL, 2002; FILÓCOMO et al., 2017; MATOS; MARTINS, 2013). A Constituição de 1988, em seu Artigo 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, inclusive que estejam em *segurança* e salvos de toda forma de negligência (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal serviu de fundamento para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que estabelece no seu artigo 24 que o Estado deve assegurar que todos os setores da sociedade conheçam as medidas de prevenção de acidentes e recebam apoio para a aplicação deste conhecimento (BRASIL, 1990).

Contudo, diante do cenário, onde a ocorrência de acidentes tem gerado consequências alarmantes, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos), surge à necessidade de estabelecer uma política pública, voltada para a redução destes agravos. Dessa forma, sendo aprovada pela Resolução n.º 309, de 8 de março de 2001, a Política Nacional de redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), objetiva prover estratégias e intervenções, articuladas e sistematizadas, para a redução da morbimortalidade por acidentes e violência (BRASIL, 2001).

Além de uma política específica para tratar diretrizes e ações sobre o assunto, esta questão também ganhou destaque em 2015 com a instituição da Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, sendo o objetivo do quinto eixo: “promover a atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz”. Este eixo temático prevê ações estratégicas para conhecimento da situação dos acidentes na população infantojuvenil, prevenção e recuperação (BRASIL, 2015).

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela portaria nº10.060/2002, objetiva reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, colaborando para a sua inclusão total na vida social, e também prevê ações para promover a proteção da saúde de agravos que ocasionem as deficiências, além da prevenção de acidentes (domésticos, no trânsito e no trabalho) na população brasileira com diferentes tipos de deficiência (BRASIL, 2010).

Quanto às informações sobre acidentes, podemos contar com fontes oficiais nas diferentes fases do evento. No Brasil, os sistemas de informação que analisam o impacto das causas externas é o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM/MS); o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS e engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País; o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), que objetiva conhecer a dimensão e o perfil das causas externas atendidas nos serviços de saúde; o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do Departamento do Trânsito (DENATRAN) e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) (BRASIL, 2001, 2015).

Mesmo com estes sistemas de informações, sabe-se que ocorrem subnotificações, e que as pessoas atendidas por serviços particulares, na rede privada, não são notificadas, além do fato que muitas crianças, adolescentes e jovens acidentados nem chegam a ser atendidos pelo serviço de saúde, pois os socorros são prestados no próprio local do acidente (BRASIL, 2001, 2015).

Entretanto, como muitas vezes o primeiro atendimento é realizado por familiares ou cuidadores, são de grande importância as ações que visam capacitar a população para a prevenção de acidentes e para o correto manejo dos primeiros socorros. Nesse sentido, destaca-se a importância do projeto SAMUZINHO, idealizado pelo Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) do Distrito Federal em maio 2007, que tem como um dos

seus objetivos capacitar leigos para realizar os primeiros socorros de forma correta e eficiente até que os socorristas cheguem ao local (MOTA; ANDRADE, 2016).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, instituíram o Programa Saúde na Escola (PSE), por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, com o objetivo de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Entre as ações de educação em saúde, estão previstas atividades que visam à redução da morbimortalidade por acidentes e violências (BRASIL, 2009b).

Portanto, são de grande importância as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em especial a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), junto às instituições de ensino do bairro, creches, escolas e faculdades, com o objetivo de orientar os professores e a comunidade quanto às formas de prevenção de acidentes, e também de instruir a realização dos primeiros socorros diante da ocorrência destes eventos (BRASIL, 2009b; MOTA; ANDRADE, 2016).

Diante da importância de capacitar a população para os primeiros socorros, principalmente profissionais que lidam diretamente com a população de risco, foi aprovada recentemente a Lei Lucas nº 13.722 de 04 de outubro de 2018, tornando obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil (BRASIL, 2018b).

Diante do contexto do atual arcabouço das políticas públicas frente a problemática dos acidentes, ressaltam-se as inúmeras possibilidades de ação do profissional de enfermagem contribuindo para a efetivação das intervenções e dos objetivos propostos pelas políticas.

### **1.7. A enfermagem frente aos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade**

A enfermagem exerce um papel essencial frente à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, podendo exercer este papel nos diferentes níveis de atenção. As ações de enfermagem envolvem ações do âmbito de promoção da saúde e da segurança desta população, prevenção de acidentes, recuperação e reabilitação da saúde das vítimas.

Na atenção básica, inserida na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o enfermeiro tem a oportunidade de mapear quantas crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade são atendidas na sua área de cobertura, identificar quais as necessidades de saúde desta população; a presença de fatores de risco para acidentes no ambiente domiciliar

pode ser constatada a partir de visitas domiciliares, orientações sobre medidas de prevenção e adaptações arquitetônicas podem ser direcionadas para as famílias, dando apoio e suporte para que as mesmas tenham condições de implementar estas medidas de segurança (BRANQUINHO; LANZA, 2018; BRASIL, 2009a).

A consulta de puericultura realizada na ESF é uma excelente oportunidade para avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança e fornecer orientações sobre os riscos para acidente, de acordo com a etapa do desenvolvimento das mesmas. Inclusive o próprio Caderno de nº 33, referente a saúde da criança, e a caderneta da criança, trazem importantes orientações a serem oferecidas aos pais e responsáveis (BRASIL, 2009a; GÓES et al., 2018).

Um estudo realizado em um município brasileiro, avaliando intervenções educativas com mães jovens pertencentes à área de abrangência de uma unidade de saúde da família, identificou que o conhecimento das mães sobre prevenção de acidentes era insuficiente antes da intervenção, e após a atividade educativa houve alteração na aquisição de conhecimentos das participantes, evidenciando a importância das intervenções educativas de enfermagem, sobre prevenção de acidentes (BLANCO E SILVA et al., 2018).

Outras ações educativas e preventivas podem ser desenvolvidas junto à comunidade através de atividades realizadas em creches, escolas e centros comunitários. É possível divulgar informações, medidas de prevenção e até mesmo capacitar a população leiga para realizarem os primeiros socorros de forma adequada até a chegada de profissionais de saúde (BRASIL, 2009b). Estas medidas educativas podem ser desenvolvidas em parceria com a equipe de enfermagem do Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) (MOTA; ANDRADE, 2016).

Em ambulatórios, atividades educativas sobre medidas de prevenção de acidentes podem ser realizadas na sala de espera, oferecendo informações em linguagem acessível e de forma rápida (FERREIRA et al., 2016).

Na atenção hospitalar, a equipe deve estar constantemente preparada para receber as vítimas e seus familiares, de forma a minimizar os danos e sofrimento. Atualizações devem ser realizadas, para que a enfermagem tenha conhecimento técnico e científico para atuar diante das diversas intercorrências nesta população específica. Destaca-se também a importância do suporte emocional, social e familiar oferecido pela enfermagem durante o processo de cuidar (SOARES et al., 2015).

O enfermeiro também pode fazer uso dos diferentes meios de comunicação, como por exemplo, programas de televisão, programas de rádio, jornais, sites, blogs, canal de vídeos e redes sociais para divulgar informações sobre a prevenção de acidentes entre crianças,

adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade. Os profissionais de saúde devem reconhecer que esses espaços virtuais na Internet, como por exemplo Facebook, Instagram e Youtube, podem ser espaços de produção do cuidado em saúde principalmente para o público infantojuvenil (ARAGÃO et al., 2018).

Além dessas diferentes formas de intervenção, a enfermagem tem grande potencial de contribuição, com o desenvolvimento de estudos, participação na criação de tecnologias assistivas para melhorar a independência e a segurança das pessoas com deficiência, e o desenvolvimento de programas, materiais e tecnologias que visem a prevenção de acidentes.

Diante do exposto, salientamos que o enfermeiro é o profissional com visão holística e integral do cuidado e há inúmeras possibilidades de intervenções para promover a segurança e a prevenção de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade.

Destaca-se, ainda, a relevância deste profissional desenvolver pesquisas que visem dimensionar a ocorrência de acidentes neste grupo específico, bem como identificar os fatores de risco e proteção associados.

Para tanto, é preciso se inserir nos diferentes ambientes em que estas crianças, adolescentes e jovens se encontram, dentre eles, as instituições de Atendimento Educacional Especializado (AEE), onde passam a maior parte de seu dia-a-dia.

### **1.8. Instituições de ensino especializado para a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade**

Tradicionalmente, a educação especial no Brasil se organizou como atendimento educacional especializado substitutivo ao ensino comum, caracterizado por instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais (GARCIA, 2013; BRASIL, 2008; MENDES, 2010).

Essas instituições tiveram o seu marco histórico com a criação de duas instituições de educação especializada para pessoas com deficiência visual e auditiva: em 1854, o Imperial Instituto dos meninos cegos, atual Instituto Benjamin Constant e em 1857 o Instituto dos Surdos-Mudos, atual Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES). Desde então, várias outras instituições foram criadas que permanecem até os dias atuais, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e o Instituto Pestalozzi (MENDES, 2010).

O sistema educacional no Brasil está passando por um processo de transformação de um sistema educacional excludente das crianças, adolescentes e jovens com deficiência, para um

sistema inclusivo. Contudo, apesar das muitas conquistas alcançadas, ainda há barreiras práticas a serem eliminadas, principalmente no que se refere a atitudes e algumas lacunas na legislação (GARCIA, 2013; MENDES, 2010).

A nossa Constituição Federal, no artigo 208, refere que o atendimento educacional especializado a pessoas com deficiência deve ser feito *preferencialmente* na rede regular de ensino (BRASIL, 1988). Quando se observa o uso da palavra “preferencialmente”, infere-se que há a possibilidade de existirem instituições de ensino especializado específicas para pessoas com deficiência e não complementar à rede de ensino regular (GARCIA, 2013; MENDES, 2010; BRASIL, 1996).

Este fato é reforçado também com o uso da palavra “preferencialmente” no Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Art. 54. “É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente...III – atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino” (BRASIL, 1990, p. 47).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 9394/96), em capítulo próprio, especificou a denominada educação especial como modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino. Também afirma que:

(...) haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de Educação Especial. (...) o atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a integração nas classes comuns de ensino regular (BRASIL, 1996, p. 25).

Apesar dos avanços, este processo tem enfrentado diversos obstáculos: barreiras atitudinais, como por exemplo as diferentes formas de discriminação, o medo, a rejeição e a ignorância; barreiras arquitetônicas e de acessibilidade nos ambientes escolares; barreiras comunicacionais e pedagógicas, como por exemplo a falta de profissionais capacitados e a falta de adequação curricular (MENDONÇA, 2013; OLIVA, 2016).

Portanto, as escolas de Atendimento Educacional Especializado (AEE) ainda são uma realidade da educação brasileira, caracterizada pelo forte assistencialismo filantrópico com financiamento do poder público e da comunidade, e por um sistema educacional que vem abrindo espaço para a educação escolar inclusiva (MENDES, 2010). Essas instituições possuem a sua importância no papel educacional de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, além de constituírem campos ricos para pesquisas e intervenções por concentrarem, em sua maioria, a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.

## **2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

Considerando a magnitude dos acidentes na população infantojuvenil, as estratégias e diretrizes das políticas públicas de saúde voltadas para atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, o papel do enfermeiro e a sua potencialidade de atuação para redução destes agravos, e principalmente considerando a escassez de estudos que evidenciam a realidade dos acidentes entre a população infantojuvenil brasileira com alterações de funcionalidade, revela-se a importância do presente estudo.

Torna-se essencial investigar a realidade dos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, conhecer a magnitude desses eventos nesta população específica, as circunstâncias em que eles ocorrem e os fatores associados. A partir deste conhecimento, será possível contribuir com medidas preventivas visando à redução dos riscos e a promoção de ambientes seguros para o crescimento e desenvolvimentos desta população vulnerável.

### **3. PROBLEMA DE ESTUDO**

O presente estudo visa responder aos seguintes questionamentos:

- Qual o perfil dos pais/responsáveis de crianças, adolescentes e jovens com alteração de funcionalidade, matriculados em instituição de Atendimento Educacional Especializado (AEE)?
- Qual a ocorrência e o perfil dos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituições de AEE de Cuiabá-MT?
- Quais as características e as consequências dos acidentes nesta população?
- Quais são os fatores de risco e proteção associados à ocorrência destes eventos nesta população específica?
- O conhecimento sobre primeiros socorros nos principais acidentes infantis, entre os profissionais de instituições de AEE, se modificam após uma intervenção educativa?

## **4. OBJETIVOS**

#### **4.1. Objetivo geral**

Analisar a prevalência, os fatores associados e a efetividade de intervenção educativa frente à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, matriculada em instituições de atendimento educacional especializado, de Cuiabá-MT.

#### **4.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil dos cuidadores/responsáveis de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, matriculados em instituições de atendimento educacional especializado, de Cuiabá-MT.
- Caracterizar a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, matriculada em instituições de atendimento educacional especializado, de Cuiabá-MT.
- Investigar a ocorrência de acidente(s), nos 12 meses anteriores à entrevista, na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.
- Analisar o acidente mais recente, ocorrido nos 12 meses anteriores à entrevista, quanto ao perfil das vítimas e às características do evento, primeiro atendimento e consequências.
- Analisar os fatores de risco e proteção associados à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.
- Avaliar, por meio de pré-teste e pós-teste, a efetividade de intervenção educativa sobre primeiros socorros junto à equipe das escolas educacionais especializadas, onde a pesquisa se desenvolveu.
- Realizar a adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados para o português de Portugal.

## **5. MÉTODO**

## **5.1. Delineamento do estudo**

Para responder aos objetivos propostos, o presente estudo concretizou-se em três etapas metodológicas. O estudo principal possui uma abordagem descritiva e transversal, no que se refere à análise da prevalência e fatores associados à ocorrência de acidentes na população de estudo. No estudo descritivo, os dados sobre a exposição a fatores de risco e a presença da ocorrência de acidente são coletados simultaneamente em um único ponto no tempo. Esse tipo de estudo é de grande importância para investigar problemas de saúde pública e descrever as características de uma população em determinada época.

A descrição da distribuição de um agravo de saúde em uma população é imprescindível para a fundamentação de políticas públicas, planejar serviços estabelecendo prioridades, para o reconhecimento de grupos vulneráveis e para a elaboração e administração de ações voltadas à prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo (MEDRONHO et al., 2009).

Quanto à avaliação da intervenção educativa, trata-se de estudo quase experimental do tipo antes e depois, com grupo único de comparação. A pesquisa quase-experimental envolve a manipulação de uma variável independente, no caso a intervenção educativa sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros, no entanto, não possuem as características de randomização ou grupo controle (POLIT; BECK, 2011).

Já a validação transcultural do questionário para a realidade Portuguesa constituiu-se como um estudo metodológico. Esse tipo de estudo refere-se às investigações do método de obtenção, organização e análise dos dados, como a validação, adaptação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). Foi realizado um estudo metodológico de adaptação transcultural para a realidade portuguesa do questionário construído e validado no Brasil para esta pesquisa.

Na presente sessão serão descritos os aspectos metodológicos utilizados no estudo principal, o estudo transversal. A descrição do método utilizado para responder aos objetivos de avaliação da intervenção educativa e da adaptação transcultural do questionário encontram-se abordados nos seus respectivos manuscritos apresentados na sessão de resultados.

## **5.2. Local de estudo**

O estudo foi desenvolvido em escolas de ensino especializado para crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, na capital de Mato Grosso.

Realizou-se um levantamento na Secretaria de Educação do Estado de Mato Grosso (SEDUC) das escolas de educação especializada que atendem crianças, adolescentes e jovens com deficiência, de Cuiabá-MT e região circunvizinha, e constatou-se um total de nove escolas. Todas as instituições receberam convite para participar do estudo por meio de um ofício (APÊNDICE 1) e uma apresentação resumida do projeto de pesquisa. Como resposta, todas as instituições de ensino aceitaram o convite e forneceram uma autorização por escrito para realizar o estudo (ANEXOS 1 a 9).

Portanto, participaram do estudo nove escolas de atendimento educacional especializado, três filantrópicas e seis públicas, que atendem crianças, adolescentes e jovens com alteração de funcionalidade em decorrência de deficiência múltipla, intelectual, auditiva e visual.

### **5.2.1. Sobre a cidade**

A cidade de Cuiabá é capital do Estado de Mato Grosso, foi fundada oficialmente no dia 08 de abril de 1719 e está localizada exatamente no centro geográfico da América do Sul, fazendo parte da região Centro-Oeste do Brasil (IBGE, 2014).

Com uma área territorial de 3.495,424 km<sup>2</sup> e uma de população estimada de 607.153 habitantes (estimativa para o ano de 2018), Cuiabá exibiu em 2016, o Produto Interno Bruto (PIB) de 22.203.168,44 reais (IBGE, 2016). Quanto à educação, a taxa de analfabetismo foi de apenas 4,3% na população total e 1% na população de 15 a 24 anos, segundo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Quanto aos serviços de saúde, consulta realizada em abril de 2019 evidencia que Cuiabá conta com um total de 1.584 estabelecimentos de saúde. Esses serviços estão divididos em: Central de regulação médica das urgências; Centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica; Centro de atenção psicossocial-CAPS; Centro de saúde/Unidade básica de saúde; clínica especializada/ambulatório especializado; consultório; cooperativa; farmácia; hospital especializado; hospital geral; hospital dia; Laboratório central de saúde pública – LACEN; policlínica; posto de saúde; pronto atendimento; secretaria de saúde; serviço de atenção domiciliar isolado (*home care*); Unidade de atenção à saúde indígena; unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia; unidade móvel de nível pré-hospitalar urgência/emergência; unidade móvel terrestre e; tele saúde (BRASIL, 2019).

## **5.2.2. Sobre as instituições de atendimento educacional especializado (AEE) participantes do estudo**

As instituições participantes do estudo, são escolas públicas e filantrópicas, de atendimento educacional especializado, conveniadas com a Secretaria de Educação de Mato Grosso, e constituem um serviço complementar ou suplementar à escolarização nas escolas de ensino regular (BRASIL, 2008).

Essas instituições estão previstas nas Diretrizes Nacionais da Educação Básica, instituídas pela Resolução CNE/CEB nº 4/2010, conforme disposto no seu art. 1º: § 1º:

Os sistemas de ensino devem matricular os estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas classes comuns do ensino regular e no atendimento educacional especializado (AEE), complementar ou suplementar à escolarização ofertado em sala de recursos multifuncionais ou em centros de AEE da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos (BRASIL, 2009c, p. 1)

Os alunos público-alvo do AEE são definidos da seguinte forma:

A partir dessa conceituação, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Os estudantes com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo estudantes com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Estudantes com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes, além de apresentar grande criatividade, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse (BRASIL, 2009c, p. 2).

Para admissão do aluno nessas instituições, é realizado uma avaliação da sua funcionalidade pela equipe multidisciplinar da instituição de ensino. Essa equipe é constituída pelo pedagogo, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta, sendo realizada uma verificação em conjunto da funcionalidade da criança/adolescente/jovem, e, considerando a CID-10 e a CIF durante essa avaliação.

A deficiência, ou o transtorno global do desenvolvimento, não são considerados de forma isolada, mas são considerados os aspectos sociais, fatores ambientais, pessoais, de atividade e de participação. O desenvolvimento e a funcionalidade dos alunos são constantemente acompanhados e avaliados pela equipe multidisciplinar da instituição.

### **5.3. População de estudo**

A população de estudo foi composta por crianças, adolescentes e jovens com idade entre 0 a 24 anos, com alteração de funcionalidade em decorrência de alguma deficiência múltipla, intelectual, auditiva ou visual, matriculados em instituições de ensino especializado de Cuiabá-MT, durante o ano de 2017.

**Critério de inclusão:** alunos regularmente matriculados em instituições de Atendimento Educacional Especializado (AEE) de Cuiabá-MT, com idade entre (0 a 24 anos) e cujo cuidador principal aceitou participar do estudo.

**Critério de exclusão:** Foram excluídos do estudo os responsáveis que estavam com as informações de cadastro desatualizadas e quando o aluno não estava frequentando a instituição, não sendo possível fazer contato para convite. Também foram excluídos os responsáveis que agendaram a entrevista por mais de cinco vezes e não compareceram para a mesma.

#### **5.3.1. Cálculo amostral**

Diante da falta de um sistema de informação sobre quantas crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos) com deficiência existem em Cuiabá-MT e onde localizá-las, realizou-se um cálculo estimativo da população infantojuvenil com alterações de funcionalidade residente em Cuiabá-MT. Este cálculo foi realizado utilizando-se dados do último censo realizado pelo IBGE, com base na quantidade da população em Mato Grosso com pelo menos uma deficiência.

Visto que o último censo não traz informações dos residentes em Cuiabá-MT com pelo menos uma deficiência e idade menor de dez anos, realizou-se um cálculo aproximado, com base na porcentagem evidenciada nesta faixa etária para a população de Mato Grosso e essa estimativa foi somada com os dados da população acima de dez anos que relatou ter pelo menos uma deficiência. Portanto, há uma estimativa de que a população de 0 a 24 anos de Cuiabá com pelo menos uma deficiência seja de 11.582 pessoas (TABELA 1).

**Tabela 1- População residente em Mato Grosso e Cuiabá-MT com pelo menos uma deficiência, dados do censo IBGE 2010.**

<b>Faixa Etária</b>	<b>População de MT</b>	<b>População de MT com pelo menos uma deficiência</b>	<b>População de Cuiabá</b>	<b>População de Cuiabá com pelo menos uma deficiência</b>
0-4 anos	243261	5.437 (2,23%)	40619	906*(2,23%)
5- 9 anos	254201	14.233(5,59%)	40423	2260*(5,59%)
10-14 anos	281507	23.683(8,41%)	45449	2053(4,51%)
15-19 anos	284316	28.530(10,03%)	49082	2896(5,90%)
20-24 anos	285991	32.067(11,21%)	55651	3467(6,22%)
<b>TOTAL</b>	<b>1.349.276</b>	<b>103.950(34,47%)</b>	<b>231.224</b>	<b>11.582(24,45%)</b>

Fonte: As informações foram retiradas do último censo demográfico do IBGE 2010.

\* Não há dados da quantidade de menores de 15 anos com deficiência residentes em Cuiabá, dessa forma estes números foram estimados de acordo com os dados de Mato Grosso.

Diante da ausência de um estudo realizado no Brasil evidenciando a prevalência da ocorrência de acidentes especificamente na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, utilizou-se como referência a prevalência de 10,20% encontrada em um estudo internacional realizado na China (ZHU et al., 2012).

Utilizando-se o módulo Statcalc do software Epi Info 7.2 (CDC, 2018) calculou-se uma amostra de 140 indivíduos tomando por referência um nível de confiança de 95%, uma população de 11.582, uma prevalência [frequência esperada] de 10,2% e um limite de confiança de 5%.

Fórmula de cálculo\*:

$$n = \frac{N \cdot z^2 p(1 - p)}{z^2 p(1 - p) + e^2(N - 1)}$$

\*n: amostra calculada; N: população; Z: variável normal; p: real probabilidade do evento; e: erro amostral

A amostra foi selecionada por conveniência nas escolas de atendimento especializado para crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade.

Nas instituições de ensino especializado participantes do estudo havia alunos com deficiência múltipla, sensorial (visual e/ou auditiva) e intelectual/transtornos globais do desenvolvimento. Não havia alunos com altas habilidades/superdotação matriculados.

Em 2017, havia 437 alunos menores de 24 anos matriculados nas instituições de ensino especializado de Cuiabá-MT, desse total 59 (13,50%) estavam com os dados de cadastro desatualizados e 60 (13,73%) dos pais e responsáveis não aceitaram participar do estudo (TABELA 2).

**Tabela 2- Distribuição da população infantojuvenil com alteração de funcionalidade segundo as escolas de educação especial que participaram do estudo. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

<b>ESCOLA</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Excluído**</b>	<b>Recusou</b>	<b>Matriculado*</b>
Escola A	51	5	6	62
Escola B	72	8	7	87
Escola C	47	8	5	60
Escola D	29	9	7	45
Escola E	30	3	7	40
Escola F	6	9	8	23
Escola G	9	--	3	12
Escola H	16	13	8	37
Escola I	58	4	9	71
<b>TOTAL</b>	<b>318(72,77%)</b>	<b>59 (13,50%)</b>	<b>60(13,73%)</b>	<b>437(100,00%)</b>

\*Total de alunos menores de 24 anos matriculados em cada instituição para o ano letivo de 2017.

\*\*Foram excluídos os alunos matriculados que não estavam indo à escola, e que o cadastro estava desatualizado no sistema, impossibilitando contato com os pais.

#### **5.4. O instrumento de coleta de dados**

Para realização do estudo foi construído um questionário denominado Inquérito sobre Acidentes na População Infantojuvenil com alterações de funcionalidade (IACID-IJ), composto por 150 questões, que integram 3 questionários: 1- Questionário sociodemográfico (20 questões); 2- Questionário referente ao acidente (25 questões) e 3- Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes (105 questões).

Foram seguidas etapas metodológicas de construção e validação do instrumento de coleta de dados utilizados neste estudo, pois a validade de um instrumento é crucial para sua aplicação, sendo válido na extensão em que mede aquilo a que se propõe medir (LYNN, 1986).

O processo de construção e validação de aparência e conteúdo baseou-se nos procedimentos metodológicos sugeridos por Lynn (1986) e Polit e Beck (2006) e constituiu-se de três etapas: 1- Construção do instrumento de coleta de dados; 2- Validação de aparência e conteúdo e 3- Validação Semântica e teste do questionário.

As etapas metodológicas ocorreram no período de agosto de 2016 a fevereiro de 2017 e serão descritas a seguir.

##### **5.4.1. Construção do instrumento de coleta de dados**

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre o tema e tendo sido identificados as esferas do conhecimento (características dos acidentes e fatores associados à ocorrência

dos mesmos) seguiu-se a formação dos itens e a construção das perguntas que compõe o instrumento (LYNN, 1986).

A versão inicial do questionário foi formada por 164 questões subdivididas em três questionários: 1- Questionário sociodemográfico (26 questões); 2- Questionário referente ao acidente (24 questões); 3- Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes (114 questões) (APÊNDICE 2).

#### **5.4.2. Validação de conteúdo e aparência**

Após o questionário ter sido elaborado e revisado pelas pesquisadoras, seguiu-se a realização da validade de conteúdo e aparência, a primeira com o objetivo de responder se as perguntas do instrumento são representativas dentro da possibilidade de questões que poderiam ser desenvolvidas quanto ao assunto estudado (POLIT; BECK, 2011). Enquanto a validade aparente diz respeito à linguagem, compreensão e adequação dos itens (relevância e adequação das perguntas) (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; POLIT; BECK, 2011).

A validação de conteúdo deu-se através de procedimentos qualitativos e quantitativos por meio da avaliação por comitê de especialistas. Para formar o comitê de especialistas, seguimos as recomendações de Lynn que sugere um número no mínimo de cinco e no máximo de dez participantes (LYNN, 1986).

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para seleção dos juízes: ser pesquisador brasileiro, ser profissional da saúde com experiência de pesquisa na área da saúde da criança e do adolescente, e/ou pesquisa sobre acidentes na população infantojuvenil, e/ou pesquisa sobre pessoas com alterações de funcionalidade. Os currículos de professores que se enquadravam nos critérios de inclusão e dos autores dos estudos publicados sobre o tema foram analisados através da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Dessa forma, o convite foi encaminhado a 14 (quatorze) pessoas selecionadas para fazer parte do comitê de especialistas, entre as quais 6 pessoas aceitaram e enviaram a avaliação no prazo (Quadro 1).

**Quadro 1- Descrição dos juízes convidados para compor o comitê de especialistas. Brasil, 2017.**

<b>Descrição dos juízes selecionados</b>	<b>Convidado</b>	<b>Aceitou</b>
Enfermeiro (a) Professor (a) Doutor (a)/mestre com experiência em pesquisa na área da saúde da criança e do adolescente e com experiência docente na área da enfermagem infantojuvenil.	4	2
Enfermeiro (a) Professor (a) Doutor(a)/mestre com experiência em pesquisa sobre acidentes com crianças/adolescentes e jovens.	9	3
Fisioterapeuta Professor(a) doutor(a) em saúde pública, com experiência de pesquisa sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>6</b>

O questionário foi enviado aos participantes do comitê de especialistas por meio da técnica Delphi, na qual consiste em submeter o instrumento construído à apreciação e avaliação de especialistas, que irão questionar e revisar sobre o conteúdo específico (CASTRO; REZENDE, 2009). Esta técnica possibilita aos avaliadores expressarem suas opiniões sobre um determinado tema, sem serem identificados pelos outros participantes, além de facilitar a participação de especialistas de diferentes locais, o que muitas vezes não é possível por causa dos custos com o deslocamento e dificuldade de encontrar uma data em comum para todos (CASTRO; REZENDE, 2009).

O convite foi feito por meio do endereço eletrônico do especialista, sendo encaminhados: a carta de convite ao especialista (uma carta de apresentação dos pesquisadores, contendo o objetivo do estudo, a descrição do instrumento, informações sobre o contexto e a população alvo, explicação do motivo pelo qual o profissional foi escolhido como juiz e orientações quanto à avaliação do instrumento de coleta de dados) (APÊNDICE 3), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os juízes (APÊNDICE 4), o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE 2), o questionário de avaliação geral (APÊNDICE 5) e o questionário de avaliação específica (APÊNDICE 6) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para validação de conteúdo foi utilizado um questionário de avaliação geral (APÊNDICE 5) e um questionário de avaliação específica (APÊNDICE 6), construídos com base no instrumento de avaliação geral e específica para adaptação cultural do DISABKIDS® para o Brasil (DEON et al., 2011; FEGADOLLI, 2008). A autora do questionário autorizou a utilização do mesmo (ANEXO 10).

Todos estes documentos foram compartilhados em uma pasta do Dropbox, de forma exclusiva com cada especialista, como uma ferramenta facilitadora para que o mesmo pudesse compartilhar a avaliação do questionário de coleta de dados. Além do Dropbox os arquivos

também poderiam ser encaminhados por e-mail. Após a confirmação de aceite do especialista foi concedido um prazo de 30 dias para avaliação do instrumento de coleta de dados.

Os especialistas, utilizando os instrumentos enviados, puderam avaliar cada questão quanto à aparência, compreensão, clareza (avaliando a redação dos itens) e pertinência (avaliando a relevância de cada questão e se estão adequadas para atingir os objetivos propostos). Também foi deixado um espaço ao lado de cada questão, para que os especialistas redigissem sugestões ou fizessem comentários (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

As respostas foram apresentadas em uma escala do tipo Likert com alternativas entre 1 a 4 valores numéricos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006). Através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), identificou-se o grau de concordância entre os especialistas analisando cada item individualmente. Como se trata de um instrumento novo os valores recomendados para o índice de concordância foram de 0,90 ou mais (POLIT; BECK, 2006).

O instrumento de coleta de dados foi avaliado através do questionário de avaliação geral quanto à aparência, compreensão e relevância. Mais da metade dos especialistas avaliaram a aparência geral como “muito bom” (66,68%), as questões foram consideradas claras e objetivas (83,33%), e, apesar do questionário ser extenso ninguém solicitou para excluir questões por considerar algum item irrelevante, e 4 especialistas pediram para acrescentar novas perguntas que consideraram pertinentes (QUADRO 2).

**Quadro 2- Resultado da avaliação geral do instrumento de coleta de dados IACID-IJ. Brasil, 2017.**

<b>Avaliação da aparência do questionário</b>				
<b>Pergunta</b>	<b>Muito bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>
1. O que você achou das questões em geral?	4 (66,68%)	2 (33,32%)	-	-
2. No questionário colocamos algumas perguntas com recursos visuais (imagens que estão no final do questionário e serão mostradas para o responsável ao fazer a pergunta). O que você achou deste recurso?	5 (83,33%)	1 (16,67%)	-	-
3. O que você achou da aparência do questionário?	3 (50,00%)	3 (50,00%)	-	-
	<b>Sim</b>	<b>Em parte</b>	<b>Não</b>	
4. Os itens do questionário estão agrupados de forma adequada?	5 (83,33%)	1 (16,67%)	-	-
<b>Avaliação da compreensão do questionário</b>				
<b>Pergunta</b>	<b>Sim</b>	<b>Em parte</b>	<b>Não</b>	
5. As questões são objetivas e claras?	5 (83,33%)	1 (16,67%)	-	
6. As alternativas são coerentes?	5 (83,33%)	1 (16,67%)		
<b>Pergunta</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
7. Existe alguma questão que queira reescrever de outra forma?	4 (66,68%)	2 (33,32%)		
<b>Avaliação da relevância do questionário</b>				
<b>Pergunta</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
8. Existe alguma questão que queira excluir do instrumento por considerar irrelevante?	-		6 (100,00%)	
9. Existe alguma questão que queira acrescentar no instrumento por considerar relevante?	4 (66,68%)		2 (33,32%)	

Por meio do questionário de avaliação específica do instrumento de coleta de dados, foram avaliadas a relevância e a clareza de cada questão individualmente. As respostas foram dicotomizadas em “Relevante” e “Não relevante” e foi calculado o IVC para cada item (QUADRO 3).

Das 26 questões do questionário sociodemográfico, 25 apresentaram IVC=1, permanecendo no questionário, e 1 questão (Tipo de família: nuclear/não nuclear) apresentou IVC= 0,83 e por isso foi excluída (QUADRO 3). Foi sugerido o acréscimo de duas perguntas consideradas relevantes: “Quantos anos de estudo tem o responsável pela criança/adolescente/jovem?”; “A criança/adolescente/jovem recebe algum benefício do INSS em decorrência de sua alteração de funcionalidade? Se recebe o benefício, este é a principal fonte de renda da família?”.

O item “Qual tipo de deficiência?” foi alterado para “Qual alteração de funcionalidade?” ficando em consonância com a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidades (CIF).

O questionário referente à ocorrência de acidentes apresentou IVC=1 para todas as 24 questões, sendo todas as perguntas consideradas relevantes, por isso nenhum item deste bloco foi excluído (QUADRO 3). Contudo, foram sugeridas alterações de redação em algumas sentenças, acréscimo de 4 perguntas e de uma escala de dor para avaliar a dor resultante do acidente: “Se queimadura, qual a extensão da queimadura?”; “Se o acidente causou sofrimento emocional para a família?”; “A criança/adolescente/jovem faltou na escola em decorrência do acidente? Se sim, quantos dias?”; “O responsável da criança/adolescente/jovem faltou no trabalho em decorrência do acidente? Se sim, quantos dias?”.

Quanto ao questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes, contendo 119 questões, 107 apresentaram ICV=1,00 e por isso permaneceram no questionário e 12 apresentaram ICV abaixo de 0,90 e por isso foram excluídas (QUADRO 3).

Itens excluídos: “Varandas: com proteção/sem proteção /não há varanda”; “Rampas: com proteção /sem proteção/ não há rampas”; “Painéis com tampa que não se encaixam: sim/não”; “Vidros e latas no chão ou locais baixos? Sim/ não”; “Lixo destampado? Sim/ não”; “O adolescente/ jovem costuma abusar da velocidade? Sim/não/não se aplica”; “O adolescente/ jovem costuma consumir bebida alcoólica e dirigir? Sim/não / não se aplica”; “Valorização das qualidades do filho: sim/não /indiferente”.

Também houve sugestão de acrescentar 6 itens: “Com que frequência deixa carregador de celular/outros carregadores ligados à tomada sem estar sendo utilizados?”; “Com que frequência a criança/adolescente/jovem costuma aproximar-se de animais estranhos na rua ou na casa de outras pessoas?”; “Quando a criança era menor de 7 anos, andou na garupa de moto/motocicleta?”; “Após estacionar, a criança/adolescente/jovem costuma sair do carro sozinha?”; “Acredita que a alteração de funcionalidade (deficiência) da sua criança/adolescente/jovem é um fator de risco para a ocorrência de algum acidente?”; “Tem interesse em participar de palestras/atividades sobre prevenção de acidentes que serão desenvolvidas na escola?”.

**Quadro 3- Apresentação do Índice de Validade de Conteúdo dos itens que compõem o IACID-IJ. Brasil, 2017.**

<b>Questionário sociodemográfico</b>					
<b>Item</b>	<b>IVC</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Item</b>	<b>IVC</b>	<b>Interpretação</b>
1	1,00	Validado	15	1,00	Validado
2	1,00	Validado	16	1,00	Validado
3	1,00	Validado	17	1,00	Validado
4	1,00	Validado	18	1,00	Validado
5	1,00	Validado	19	1,00	Validado
6	1,00	Validado	20	1,00	Validado
7	1,00	Validado	21	1,00	Validado
8	1,00	Validado	22	1,00	Validado
9	1,00	Validado	23	1,00	Validado
10	1,00	Validado	24	1,00	Validado
11	1,00	Validado	25	1,00	Validado
12	0,83	Eliminado	26	1,00	Validado
13	1,00	Validado			
14	1,00	Validado			
<b>Questionário referente ao acidente</b>					
<b>Item</b>	<b>IVC</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Item</b>	<b>IVC</b>	<b>Interpretação</b>
1	1,00	Validado	13	1,00	Validado
2	1,00	Validado	14	1,00	Validado
3	1,00	Validado	15	1,00	Validado
4	1,00	Validado	16	1,00	Validado
5	1,00	Validado	17	1,00	Validado
6	1,00	Validado	18	1,00	Validado
7	1,00	Validado	19	1,00	Validado
8	1,00	Validado	20	1,00	Validado
9	1,00	Validado	21	1,00	Validado
10	1,00	Validado	22	1,00	Validado
11	1,00	Validado	23	1,00	Validado
12	1,00	Validado	24	1,00	Validado

(Continuação)

<b>Item</b>	<b>IVC</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Item</b>	<b>IVC</b>	<b>Interpretação</b>
1	1,00	Validado	58	1,00	Validado
2	1,00	Validado	59	1,00	Validado
3	1,00	Validado	60	1,00	Validado
4	1,00	Validado	61	0,83	Eliminado
5	1,00	Validado	62	0,66	Eliminado
6	1,00	Validado	63	1,00	Validado
7	1,00	Validado	64	1,00	Validado
8	0,83	Eliminado	65	1,00	Validado
9	0,83	Eliminado	66	1,00	Validado
10	1,00	Validado	67	1,00	Validado
11	1,00	Validado	68	1,00	Validado
12	1,00	Validado	69	1,00	Validado
13	1,00	Validado	70	1,00	Validado
14	1,00	Validado	71	1,00	Validado
15	1,00	Validado	72	1,00	Validado
16	1,00	Validado	73	1,00	Validado
17	1,00	Validado	74	1,00	Validado
18	1,00	Validado	75	1,00	Validado
19	1,00	Validado	76	1,00	Validado
20	1,00	Validado	77	1,00	Validado
21	1,00	Validado	78	1,00	Validado
22	1,00	Validado	79	1,00	Validado
23	1,00	Validado	80	1,00	Validado
24	1,00	Validado	81	1,00	Validado
25	1,00	Validado	82	1,00	Validado
26	1,00	Validado	83	1,00	Validado
27	1,00	Validado	84	0,83	Eliminado
28	1,00	Validado	85	1,00	Validado

(Continuação)

<b>Item</b>	<b>IVC</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Item</b>	<b>IVC</b>	<b>Interpretação</b>
29	1,00	Validado	86	0,83	Eliminado
30	1,00	Validado	87	1,00	Validado
31	1,00	Validado	88	1,00	Validado
32	1,00	Validado	89	1,00	Validado
33	1,00	Validado	90	0,66	Eliminado
34	1,00	Validado	91	1,00	Validado
35	1,00	Validado	92	1,00	Validado
36	1,00	Validado	93	1,00	Validado
37	1,00	Validado	94	0,66	Eliminado
38	1,00	Validado	95	0,66	Eliminado
39	1,00	Validado	96	1,00	Validado
40	1,00	Validado	97	1,00	Validado
41	1,00	Validado	98	1,00	Validado
42	1,00	Validado	99	1,00	Validado
43	1,00	Validado	100	1,00	Validado
44	1,00	Validado	101	1,00	Validado
45	1,00	Validado	102	1,00	Validado
46	1,00	Validado	103	1,00	Validado
47	1,00	Validado	104	1,00	Validado
48	1,00	Validado	105	1,00	Validado
49	1,00	Validado	106	1,00	Validado
50	1,00	Validado	107	1,00	Validado
51	1,00	Validado	108	0,83	Eliminado
52	0,83	Eliminado	109	1,00	Validado
53	1,00	Validado	110	1,00	Validado
54	1,00	Validado	111	0,83	Eliminado
55	1,00	Validado	112	1,00	Validado
56	1,00	Validado	113	1,00	Validado
57	1,00	Validado	114	1,00	Validado

O Índice de Validade de Conteúdo geral (IVC- Geral) foi calculado somando os IVC de cada item individual e dividido pelo número total de itens (POLIT; BECK, 2011). O IVC-Geral do questionário sociodemográfico foi de 0,99; do questionário referente a acidentes foi de 1,0; e do questionário referente aos fatores associados foi de 0,97. Os itens com IVC igual ou superior a 0,90 foram mantidos ou redigidos conforme recomendações e os inferiores a 0,90 foram excluídos. Sendo considerados validados de acordo com o referencial teórico adotado (POLIT; BECK, 2006).

#### **5.4.3. Validação semântica e teste do questionário**

A validação semântica objetivou avaliar se os itens são entendíveis pela população à qual o instrumento se remete (PASQUALI, 2010). Para isto realizou-se o pré-teste do instrumento de coleta de dados, com a participação de 11 pais de uma escola de ensino especializado para crianças com alterações de funcionalidade de Cuiabá-MT.

Pesquisadoras previamente treinadas realizaram entrevistas face a face com cada responsável, individualmente, mediante explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 7). As questões foram avaliadas pela população alvo quanto à compreensão, e alterações de redação sugeridas foram implementadas para garantir a validação semântica dos itens. Posteriormente, o instrumento com as considerações provenientes do pré-teste foi encaminhado ao comitê de especialistas para avaliação e concordância, sendo que todos os especialistas aprovaram a versão final.

O instrumento foi denominado de Inquérito sobre acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade (IACID-IJ).

A versão final do IACID-IJ é composta por 150 questões, que integram 3 questionários: 1- Questionário sociodemográfico (20 questões); 2- Questionário referente ao acidente (25 questões) e 3- Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes (105 questões) (APÊNDICE 8).

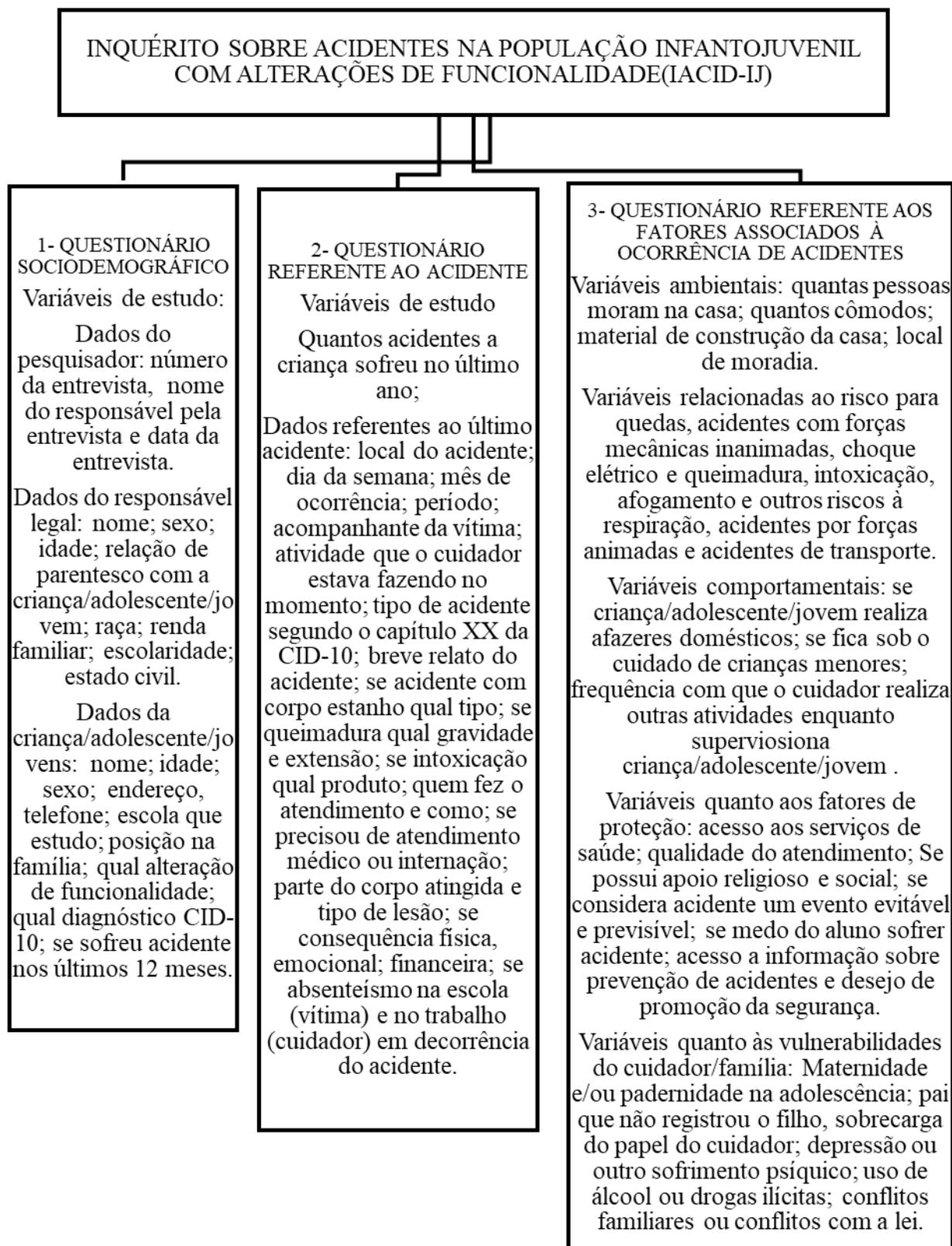
O IACID-IJ foi construído e testado para ser aplicado por meio de entrevista face a face e será utilizado para investigar ocorrência de acidentes nos últimos 12 meses, e os fatores associados à ocorrência de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade (contempla a faixa etária entre 0 a 24 anos).

A utilização deste instrumento contribuirá para o avanço do conhecimento no que se refere à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, orientando os cuidados de enfermagem para promoção da segurança em

diferentes ambientes, podendo também subsidiar políticas de saúde e a criação de tecnologias para prevenção de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com deficiência.

### **5.5. Variáveis de estudo**

O IACID-IJ apresenta 150 questões divididas em três questionários (APÊNDICE 8). As variáveis do instrumento estão apresentadas de forma resumida em um diagrama na figura 2.



**Figura 2- Descrição das variáveis do instrumento de coleta de dados IACID-IJ. Brasil, 2017.**

### **5.5.1. Questionário sociodemográfico**

- Dados para o pesquisador: número da entrevista, responsável pela entrevista, data da entrevista.
- Variáveis referentes às informações do responsável: nome, sexo, idade, relação com o aluno, raça, renda familiar, se aluno recebe provento em decorrência da sua alteração de funcionalidade, se o provento é a principal fonte de renda da família, escolaridade, estado civil.
- Variáveis referentes às informações do aluno: nome, idade, sexo, endereço, instituição de ensino especializado, qual alteração de funcionalidade, qual diagnóstico segundo CID-10, e se sofreu acidentes no último ano.

### **5.5.2. Questionário referente ao acidente**

- Variáveis relacionadas ao acidente: Quantos acidentes o aluno sofreu no último ano.
- Variáveis relacionadas ao último acidente: local do acidente, dia da semana, mês e período em que ocorreu o acidente, com quem a criança estava na hora do acidente, o que o cuidador responsável estava fazendo na hora do acidente, tipo do acidente segundo capítulo XX da CID, relato breve do acidente, se introdução de corpo estranho o que foi introduzido, se queimadura grau e extensão corporal atingida, se intoxicação, qual foi a substância ingerida.
- Variáveis relacionadas ao primeiro atendimento: quem fez o primeiro atendimento, como foi realizado o primeiro atendimento, o que foi feito, qual parte do corpo foi atingida e o tipo de lesão que ocorreu, se o acidente precisou de atendimento hospitalar, tempo de internação, gasto financeiro, sofrimento emocional, dor física, se aluno faltou na escola em decorrência do acidente e se o responsável faltou no serviço.

### **5.5.3. Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes**

- Variáveis ambientais: quantas pessoas moram na residência, quantos cômodos tem a residência, tipo de material da moradia (alvenaria, madeira, palha, lona) e local de moradia (zona urbana, rural, periferia, favela).

- Variáveis relacionadas ao risco para quedas, acidentes com forças mecânicas inanimadas, choque elétrico e queimadura, intoxicação, afogamento e outros riscos à respiração, acidentes por forças animadas e acidentes de transporte.
- Variáveis comportamentais: frequência que a criança/adolescente/jovem realiza afazeres domésticos, se a criança/adolescente/jovem fica sob o cuidado de crianças menores ou adolescentes, frequência com que o cuidador realiza outras atividades como afazeres domésticos ou uso de telefone celular enquanto está responsável pelo cuidado da criança/adolescente/jovem.
- Variáveis quanto aos fatores de proteção: acesso aos serviços de saúde, qualidade do atendimento, acesso a apoio religioso, acesso a apoio social, se considera acidente um evento evitável e previsível, se tem medo do aluno sofrer acidente, se já recebeu informação sobre prevenção de acidentes, qualidade da informação, se o aluno já recebeu informação quanto à prevenção de acidentes, se conhece a política de prevenção de acidentes, se tem o desejo de promover ambientes seguros, se tem vontade de participar de atividade realizada na escola sobre prevenção de acidentes.
- Variáveis quanto às vulnerabilidades do cuidador/família: Maternidade na adolescência, paternidade na adolescência, presença de pai que não registrou o filho, sobrecarga do papel do cuidador, presença de depressão ou outro sofrimento psíquico, se uso de álcool ou drogas ilícitas, se conflitos familiares ou conflitos com a lei.

## **5.6. Treinamento e estudo piloto**

O treinamento realizado objetivou a padronização do procedimento de coleta de dados e a uniformidade da entrevista realizada, sendo realizadas técnicas de simulação que reproduziram as situações em campo. Durante a aplicação do questionário no período de simulação e nas primeiras entrevistas em campo, todas as pesquisadoras foram acompanhadas pela pesquisadora principal.

Para compor a equipe de coleta de dados foi realizado um processo seletivo entre os alunos de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). Foram selecionados quatro bolsistas de iniciação científica e uma voluntária de iniciação científica. As alunas começaram a participar do Grupo de Estudo da Criança e do Adolescente (GESCA) para melhor aproximação com o objeto de estudo

através das discussões e posteriormente foram treinadas pela pesquisadora responsável para realizar a entrevista.

No início do treinamento, todas receberam informações detalhadas sobre o procedimento de coleta de dados e a técnica de abordagem dos indivíduos a serem entrevistados. O treinamento ocorreu em um período de um mês, e envolvia entrevista uma com as outras, para familiarização com as perguntas, e visitas às instituições de educação especializada. Alguns responsáveis que não faziam parte da população de estudo foram convidados para fazer o teste do instrumento e as entrevistas ocorrem na própria instituição de ensino (pais e responsáveis de jovens acima de 24 anos de idade matriculados nas instituições de ensino).

As primeiras entrevistas realizadas pelas alunas de iniciação científica, foram supervisionadas pela pesquisadora principal, e sempre que necessário a mesma realizava intervenções. Ao final de cada dia era realizada uma reunião com as alunas, para compartilhamento sobre o andamento do estudo e semanalmente todas participavam do grupo de pesquisa GESCA.

## **5.7. Protocolo de estudo**

Após aprovação do comitê de ética em pesquisa e autorização das instituições de ensino a pesquisadora principal teve acesso à lista de contato telefônico dos pais/responsáveis dos alunos de cada instituição de ensino. A direção de cada instituição enviou um comunicado na agenda dos alunos informando aos pais/responsáveis que a pesquisadora iria entrar em contato por telefone, para que eles não suspeitassem do convite realizado.

Posteriormente, o contato com os responsáveis foi realizado por telefone, durante o horário escolar dos alunos, explicando-se o motivo da ligação e os objetivos do estudo. O responsável era convidado a comparecer na instituição de ensino para participar do estudo e, se o mesmo aceitasse, era agendada um dia e um horário de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Apenas a pesquisadora principal ficou responsável pelo convite e agendamento das entrevistas nas escolas.

Cada instituição de ensino ofereceu salas para realização das entrevistas e as mesmas eram realizadas no período matutino e vespertino, de segunda-feira a sexta-feira e em horário de funcionamento da instituição.

Com a chegada do responsável no dia e horário agendados, os mesmos eram direcionados pela secretária até a sala de entrevista. A entrevistadora se apresentava,

entregava uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 7) para o responsável principal. Após a leitura, esclarecimento de dúvidas e assinatura de ambas as vias, dava-se início à entrevista que teve uma duração média de 40 a 60 minutos.

A seguir, as pesquisadoras comentavam sobre medidas de prevenção de acidentes, considerando os comportamentos de risco evidenciados no momento da entrevista. Esse procedimento foi considerado como uma medida de intervenção e teve duração média de 15 a 20 minutos. Posteriormente, era entregue ao responsável o folheto contendo um resumo das informações e o contato da pesquisadora principal para dúvidas e esclarecimentos (APÊNDICE 9).

Ao final de cada dia, os responsáveis que estavam agendados e que não compareceram para a entrevista eram contatados, um novo agendamento era realizado mediante disponibilidade do participante. O número máximo de reagendamentos estipulado pelas pesquisadoras foi de cinco, para aqueles responsáveis que marcavam a entrevista, mas não compareciam. Essa decisão foi tomada em conjunto com as diretoras das instituições para que os responsáveis não se sentissem perturbados com as constantes ligações para convite e novo agendamento.

Também foram excluídos os contatos que não estavam atualizados no sistema. Apesar do aluno estar na lista de matriculado, o mesmo não estava comparecendo na instituição e as informações de telefone e endereço estavam desatualizadas, não sendo possível realizar o convite.

O procedimento de coleta de dados teve duração de seis meses e se realizou entre os meses de fevereiro a agosto de 2017, exceto no período de férias escolar. Concomitantemente, foram realizadas intervenções com a equipe das escolas, capacitando quanto ao correto manejo de primeiros socorros diante de acidentes e as medidas preventivas. Estas intervenções foram avaliadas quanto à sua efetividade e estão descritas no capítulo de intervenções.

## **5.8. Tabulação e análise de dados**

Os dados coletados foram codificados e digitados em uma planilha do Excel pela pesquisadora principal. A mesma realizou conferência do banco de dados, juntamente com a ajuda de um voluntário, para verificação de erro de digitação.

Para análise estatística dos dados foram utilizados o Programa estatístico software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0 e o Programa estatístico Software for Statistics and Data Science (STATA) versão 13.

Foram realizadas as estatísticas descritivas dos dados, frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (moda, média e mediana) e as de variabilidade (Desvio padrão e variância), buscando associação entre ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com deficiência e as variáveis de estudo. Para análise bivariada, foi utilizado *teste de qui-quadrado de Pearson* com nível de significância de 5% para identificar associação entre a variável dependente e independente ( $p < 0,05$ ).

As variáveis que possuíam respostas em escala do tipo likert (sempre, frequentemente, às vezes, raramente, nunca) foram dicotomizadas. As opções “sempre, frequentemente e às vezes” foram classificadas como “sim” e as opções “raramente e nunca” como “não”.

Foram estimadas as prevalências, as Razões de Prevalências (RP) brutas e ajustadas, bem como os respectivos intervalos de confiança (95%) da ocorrência de acidentes. Para identificar os fatores associados a este evento, utilizou-se o modelo de regressão múltipla de *Poisson* com variância robusta e com método *stepwise forward*. Somente as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$ , na análise bivariada, foram consideradas para a construção do modelo múltiplo final e a variável permaneceu no modelo se  $p < 0,05$ .

Quando se tem um grande número de variáveis preditoras, o método *stepwise*, “regressão passo a passo”, é uma boa alternativa para encontrar o conjunto de variáveis e a direção *forward* inicia-se a partir de um modelo nulo e se adiciona uma variável de cada vez, sendo o comportamento da variável observado pelo pesquisador (FRANCISCO et al., 2008).

Por se tratar de um estudo de corte transversal com desfecho binário, a associação entre exposição e desfecho foi estimada pela razão de prevalência (RP) e o modelo de regressão de *Poisson* foi utilizado para obter estimativas da RP ajustadas para variáveis de confusão. Este modelo desempenha importante papel pois é utilizado para analisar a associação de variáveis discretas e um conjunto de variáveis explicativas (FRANCISCO et al., 2008).

O modelo de *Poisson* tem sido descrito na literatura como uma alternativa mais eficiente que a regressão logística quando é necessário ajustar para potenciais variáveis de confusão, pois a regressão produz estimativas de odds ratios (OR) interpretado como a RP. Contudo o OR não se aproxima da RP, especialmente quando a prevalência é elevada enquanto o modelo de *Poisson* produz estimativas não enviesadas da RP (BARROS; HIRAKATA, 2003; COUTINHO; MENEZES, 2008).

## **5.9. Procedimentos éticos**

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), sob o número de comprovante 019098/2016 e foi aprovado no dia 22/08/2016, sob nº 1.689.650 e registro CAAE 54171116.2.0000.5541 (ANEXO 11).

As pesquisadoras se comprometeram em garantir o anonimato dos sujeitos de pesquisa com o Termo de Compromisso (APÊNDICE 10). Todas as escolas de atendimento educacional especializado forneceram uma autorização para a realização do presente estudo (ANEXOS 1 a 9) e todos os entrevistados assinaram o TCLE (APÊNDICE 7). Dessa forma, todos os princípios éticos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 foram respeitados durante o desenvolvimento do presente estudo.

Também em respeito aos princípios éticos de pesquisa e profissional de enfermagem, logo após a entrevista com cada responsável foi realizada uma intervenção educativa em forma de diálogo, que teve duração média de 15 minutos, onde cada pesquisadora abordou sobre os comportamentos de risco identificados durante a entrevista e as formas de prevenção dos diferentes acidentes, finalizando com a entrega de um folheto educativo sobre as principais medidas preventivas (APÊNDICE 9).

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## **6.1. Caracterização da população de estudo**

Foram entrevistados 318 pais/responsáveis de crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos) com alterações de funcionalidade, matriculados em nove instituições de ensino especializado que atendem a população de Cuiabá-MT e região circunvizinha.

Apesar do total de participantes contemplar a amostra estimada, este número representa 72,77% dos alunos matriculados, de acordo com a lista de matrículas fornecida pelas instituições. Uma parte significativa da perda foi em decorrência do número de cadastro desatualizados de alunos que constavam como matriculados, mas não estavam frequentando a instituição. Salienta-se a necessidade de atualização contínua do cadastro dos alunos, uma vez que este fato interfere em informações estatísticas sobre educação, matrículas, instituições de ensino e, principalmente, no repasse de verbas às instituições, uma vez que a verba é repassada por aluno matriculado (FRANÇA, 2015).

### **6.1.1. Perfil dos cuidadores/responsáveis de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade**

A maior parte dos entrevistados era do sexo feminino (84,91%) e com idade entre 30 a 39 anos (34,59%) (Tabela 3). A média das idades dos responsáveis foi de 41,62 anos (11,28%). A idade mínima foi de 16 anos e a idade máxima foi de 77 anos.

Mais da metade dos responsáveis eram as mães (71,07%). O estado civil e a raça mais frequentes foram, respectivamente, solteiro (33,65%) e parda (50,31%). Ao analisar o estado civil de forma dicotomizada (sozinho ou acompanhado), observa-se que 144 (45,28%) dos responsáveis estão sozinhos e 174 (54,72%) acompanhados (Tabela 3).

Quanto à escolaridade e renda, mais da metade dos responsáveis estudaram até o ensino fundamental (51,26%) e vivem com uma renda familiar menor que dois salários mínimos (69,50%); mais da metade dos responsáveis não trabalham/exercem atividade remunerada (56,29%) (Tabela 3). A média de anos de estudo foi de 9,64 anos (IC 9,13; 10,13) mediana 11 anos (amplitude 22).

**Tabela 3 - Perfil dos responsáveis pelos alunos matriculados nas instituições de ensino especializado para pessoas com deficiência. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

<b>Sexo do responsável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	270	84,91
Masculino	48	15,09
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>
<b>Idade por grupo etário</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 20 anos	6	1,89
20 até 29 anos	30	9,43
30 até 39 anos	110	34,59
40 até 49 anos	105	33,02
50 até 59 anos	43	13,52
60 até 69 anos	19	5,97
>69 anos	5	1,57
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>
<b>Raça ou cor do responsável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Branca	46	14,47
Preta	101	31,76
Parda	160	50,31
Amarela	9	2,83
Indígena	2	0,63
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>
<b>Cuidador principal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mãe	226	71,07
Pai	39	12,26
Avó/avô	22	6,92
Tia/tio	14	4,40
Madrasta/padrasto	12	3,78
Irmão/irmã	4	1,26
Primo/prima	1	0,31
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>
<b>Estado civil do cuidador principal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Solteiro	107	33,65
Casado	95	29,87
União estável	79	24,84
Divorciado/separado	23	7,32
Viúvo	14	4,40
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>
<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sem estudo	21	6,60
Educação infantil	92	28,93
Ensino fundamental	49	15,41
Ensino médio	117	36,79
Ensino superior	37	11,64
Doutorado	2	0,63
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>

(Continuação)

<b>O Responsável principal trabalha</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	139	43,71
Não	179	56,29
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>
<b>Renda familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menos de 1 salário mínimo	87	27,36
1 até 2 salário mínimo	134	42,14
Acima de 2 até 3 salário mínimo	55	17,30
Acima de 3 até 5 salário mínimo	22	6,92
Acima de 5 até 10 salário mínimo	15	4,72
10 até 15 salário mínimo	4	1,26
15 até 20 salário mínimo	1	0,31
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>

No que concerne ao apoio recebido pelas famílias das crianças, adolescentes e jovens com alteração de funcionalidade, mais da metade relatou receber apoio religioso de instituições religiosas/espirituais (73,90%) e a maior parte (81,76%) não recebe nenhum tipo de apoio social (apoio da família, instituições ou de profissionais) (Tabela 4).

Quanto ao recebimento do Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC/LOAS) a maior parte das famílias 240 (75,47%) recebia, e destes mais da metade (57,92%) tinham o benefício como única renda familiar no momento da entrevista (Tabela 4).

A tabela 4 ainda traz informações sobre o serviço de saúde utilizado pela criança, adolescente e jovem com alteração de funcionalidade. A maioria das famílias (71,70%) depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao avaliarem a qualidade dos serviços de saúde prestados, houve relação com significância estatística entre o tipo de serviço e a avaliação ( $p < 0,001$ ), sendo que 67,55% dos usuários do SUS avaliaram o mesmo entre regular e péssimo e 88,89% dos que pagavam assistência particular avaliaram os serviços entre ótimo e bom.

**Tabela 4- Rede de apoio das famílias da população infantojuvenil com alteração de funcionalidade, matriculada em instituição de ensino especial. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

<b>Recebe apoio religioso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	235	73,90	
Não	83	26,10	
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>	
<b>Recebe apoio social</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	58	18,24	
Não	260	81,76	
<b>TOTAL Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC),</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>	
<b>O aluno recebe Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	240	75,47	
Não	78	24,53	
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>	
<b>Se recebe é a principal fonte de renda da família?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	139	57,92	
Não	101	42,08	
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,00</b>	
<b>Utiliza qual serviço de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
SUS	228	71,70	
Plano de saúde	72	22,64	
Particular	18	5,66	
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100,00</b>	
<b>Tipo de serviço de saúde*</b>			
<b>Avaliação do serviço</b>	<b>SUS</b>	<b>Particular</b>	<b>Plano</b>
Ótimo	13(5,70%)	4(22,22%)	16(22,22%)
Bom	61(26,75%)	12(66,67%)	38(52,78%)
Regular	60(26,32%)	1(5,56%)	17(23,61%)
Ruim	27(11,84%)	1(5,56%)	1(1,39%)
Péssimo	67(29,39%)	-	-
<b>Total</b>	<b>229(100,00%)</b>	<b>18(100,00%)</b>	<b>72(100,00%)</b>

\* p< 0,001

O sexo feminino e o vínculo materno foram predominantes entre os responsáveis entrevistados, corroborando com outros estudos nacionais e internacionais, e evidenciando a prevalência das mulheres, principalmente mães, exercendo o papel de cuidadoras principais de crianças, adolescentes e jovens com alteração de funcionalidade (BARROS et al., 2017; CAICEDO, 2014; DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018; GIALLO et al., 2011; MUYLAERT; DELFINI; REIS, 2015; SILVA; FEDOSSE, 2018).

Este fato pode ser associado ao papel da mulher que histórica e culturalmente possui uma relação direta com o cuidado dos diferentes membros da família e com a maternidade

(MUYLAERT; DELFINI; REIS, 2015). Apesar das mudanças ocorridas quanto ao papel social das mulheres na sociedade atual, as mesmas ainda continuam sendo as cuidadoras principais, não apenas dos filhos, mas dos restantes familiares e das atividades domésticas (BORSA; NUNES, 2017).

No que se refere à idade dos responsáveis, um estudo evidenciou a média de idade entre os responsáveis por crianças e adolescentes em sofrimento mental de 38,92 anos. Aplicando o teste estatístico, de comparação entre duas médias, para verificar a hipótese de que as médias são semelhantes, observa-se que não há diferença estatisticamente significativa com a média encontrada em nosso estudo (41,62 anos) (DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018).

Quanto à raça/cor parda representar um pouco mais da metade dos entrevistados, pode ser consequência da grande miscigenação da população brasileira, sendo que a raça/cor parda é predominante em todo território nacional. Segundo dados do IBGE no último censo realizado em 2010, a raça/cor parda é a mais prevalente no Brasil 82.277.333 (43,13%), no estado de Mato Grosso 1.590.707 (52,40%) e na capital de Cuiabá-MT com 299.166 (54,28%) (IBGE, 2010).

No que se refere ao estado civil do responsável principal, corroborando com nosso estudo, Silva e Fedosse (2018) constataram maior ocorrência de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual acompanhados/casados (SILVA; FEDOSSE, 2018). Já um estudo sobre cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais identificou igual incidência de cuidadores casados (48,40%) e sozinhos (solteiros ou divorciados) (48,40%) (DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018).

Estudos evidenciam que as relações parentais afetam a dinâmica de relacionamento do casal e o inverso é recíproco (CHAMBERS; CHAMBERS, 2015; DESSEN; BRAZ, 2005; PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015). O ajustamento diádico é a avaliação da percepção de casais acerca de seus relacionamentos. Quando essa medida de ajustamento conjugal foi comparada entre casais com filhos que apresentam deficiência intelectual e os que apresentam filhos sem deficiência intelectual, observou-se maior porcentagem de “díade desajustada” entre aqueles, mas sem significância estatística, evidenciando assim, que o relacionamento conjugal em ambos os grupos é bom, e que não há diferenças significativas quanto ao ajustamento diádico entre os casais (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015).

Observa-se na literatura que as famílias com uma criança/adolescente/jovem com deficiência não apresentam mais disfunções em suas vidas ou casamentos piores do que as famílias com filhos que apresentam desenvolvimento típico, apenas pelo fato da alteração de

funcionalidade do dependente (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015; RISDAL; SINGER, 2004).

Apesar de ocorrer um estresse maior entre os genitores, em decorrência da maior demanda de cuidados com as necessidades especiais e o luto do filho perfeito, esta situação pode tanto agravar as tensões familiares que já são peculiares a chegada de uma criança, quanto melhorar os vínculos e os relacionamentos (RISDAL; SINGER, 2004).

São vários os fatores que somados a situação de saúde do filho interferem no relacionamento conjugal, como a renda, escolaridade, divisão de tarefas domésticas, apoio do parceiro e até mesmo a fase de desenvolvimento do filho (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015). O padrão de relacionamento conjugal encontrado em famílias com filhos com deficiência é similar ao encontrado em famílias com filhos sem deficiência, e há um declínio na qualidade do relacionamento conjugal quando os filhos estão na adolescência e, posteriormente, um aumento nos níveis dessa qualidade quando os filhos estão na idade adulta (RICHARDSON, 2012).

Diante disso, alguns estudiosos observam que a relação conjugal e familiar é interferida pelo apoio que a família da criança/adolescente/jovem com deficiência recebe para cuidar dos mesmos, como um sistema de saúde de qualidade, serviços de apoio social, psicológico e educacional prestados à família (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015).

No presente estudo, observou-se presença de elevado apoio religioso recebido, semelhante ao estudo de Barros e colaboradores (2017) que evidenciou uma porcentagem significativa (82,10%) de cuidadores de crianças e adolescentes com síndrome de Down que contavam com apoio de alguma religião. Este fato é relevante para minimizar a sobrecarga do processo de cuidar à medida que oferece apoio para um melhor enfrentamento e superação das dificuldades diárias (BARROS et al., 2017).

Já quanto ao apoio social, observamos que poucos pais consideraram receber este apoio, que poderia ser vindo de qualquer parte de sua rede social, como familiares, instituições profissionais e não familiares. Uma pesquisa comparando a rede de apoio social entre casais observou que as díades com filho sem deficiência intelectual apresentavam maior rede de apoio social do que os casais com filho com deficiência intelectual quando, em realidade, estes precisariam ter uma rede mais extensa, incluindo de profissionais e de instituições (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015).

Por se tratar de uma importante variável para o bom funcionamento familiar, sugere-se que novos estudos sejam realizados investigando de forma específica a rede de apoio social de famílias com crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, pois conhecer

as formas de enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos cuidadores possibilitaria a elaboração de programas de atendimento familiar mais eficazes, e conseqüentemente a promoção da segurança de forma específica com as necessidades (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015).

Sobre atividades laborais dos responsáveis, um estudo sobre a sobrecarga de cuidadores de crianças e adolescentes com síndrome de Down, evidenciou uma maior porcentagem de cuidadores primários que não trabalham (79,8%) (BARROS et al., 2017). Na Austrália, pesquisa realizada com mães de crianças com autismo, identificou que 64,0% não exerciam nenhuma atividade remunerada, e cuidavam exclusivamente da criança (GIALLO et al., 2011).

Este fato está associado a demanda de cuidados necessários em decorrência das limitações de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade. O cuidador principal apresenta uma jornada diária intensa, e na maioria das vezes é preciso abdicação de suas atividades profissionais, dedicando exclusivamente a pessoa cuidada e aos afazeres domésticos (BARROS et al., 2017; VIEIRA et al., 2008).

Isso também reflete na baixa escolaridade e renda familiar identificada em nosso estudo, e corrobora com outros estudos que identificaram baixa renda e escolaridade entre cuidadores de crianças, adolescentes e jovens com deficiência (BARROS et al., 2017; DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018; SILVA; FEDOSSE, 2018).

Corroborando com nossos achados, quanto a renda familiar, um estudo realizado no Rio Grande do Sul, traçou o perfil de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual, e também identificou que mais da metade das famílias (52,94%) recebiam uma renda familiar mensal de um a dois salários mínimos (SILVA; FEDOSSE, 2018).

Os casais com filhos que apresentam alguma alteração de funcionalidade declaram menor renda familiar do que os casais com filhos sem deficiência (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015). Além do fato da redução de renda familiar causada pela saída do mercado de trabalho de um familiar para ser o cuidador principal, ainda tem os custos adicionais relacionados à deficiência, como despesas com tratamento médico, viagens, reabilitação ou assistência (UNICEF, 2013).

Em decorrência disso, nos países em desenvolvimento como o Brasil, a probabilidade de viver na pobreza é mais alta entre pessoas com deficiência do que entre seus pares sem deficiência (MITRA; POSARAC; VICK, 2011). Os governos lidam com isso por meio de iniciativas de proteção social tais como programas de transferência monetária (UNICEF, 2013).

No Brasil, há a possibilidade das famílias receberem o Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS- Lei 8.742/93), no valor de um salário-mínimo mensal garantido à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993, 2007).

Em nosso estudo a maior parte dos entrevistados recebiam o BPC/LOAS e mais da metade dependiam exclusivamente desta renda, corroborando com outros estudos brasileiros (AOKI; OLIVER; NICOLAU, 2011; BARROS et al., 2017; DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018). Nos Estados Unidos da América, a maioria das famílias com crianças e jovens com deficiência também recebem assistência financeira adicional por serviços previdenciários (CAICEDO, 2014).

O fato de não serem todas as crianças, adolescentes e jovens que recebem este benefício é justificado pelos requisitos legais para a concessão do benefício: incapacidade para a vida independente e para o trabalho; a renda mensal per capita da família inferior a um quarto do salário mínimo e que o requerente não receba qualquer outro benefício da Seguridade Social ou de outro regime, salvo o de assistência médica, e da pensão especial de natureza indenizatória (BRASIL, 1993, 2007).

No presente estudo, o fato de mais da metade das famílias estarem dependentes do benefício no momento da entrevista, evidencia a importância do mesmo como mecanismo de segurança de renda e proteção de situação de vulnerabilidade social resultante da pobreza e do desemprego, proporcionando os bens básicos de alimentação, tratamentos de saúde e gastos com moradia da população infantojuvenil com deficiência e de suas famílias (SANTOS, 2011).

Quanto ao serviço de saúde, evidenciou-se que mais de setenta por cento dos participantes são usuários do SUS. Este achado corrobora com dados do Ministério da Saúde que estima que mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O SUS foi instituído em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil e desde então passou a oferecer aos brasileiros acesso gratuito aos serviços de saúde, considerando princípios de integralidade, universalidade e equidade. Os serviços disponíveis beneficiam cerca de 180 milhões de brasileiros, com mais de 2,8 bilhões de atendimentos, e mesmo aqueles que possuem plano de saúde ou preferem o atendimento particular, são beneficiados de forma indireta (BRASIL, 1988; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Mesmo diante da importância desse sistema de saúde, sabemos que o mesmo enfrenta inúmeras barreiras para que possa ser concretizado em sua totalidade. Estudos que avaliaram a satisfação dos usuários identificaram como principais aspectos negativos: a falta de tempo despendido por parte dos profissionais, dificuldade de acesso aos procedimentos de alta complexidade e problemas com infraestrutura (RODRIGUES et al., 2018; CRUZ et al., 2017; HILGEMBERG; LEMOS; GOMES, 2018).

Quanto à satisfação com os serviços prestados, diferente do presente estudo, casuística realizada em Salgueiro-PE identificou que apenas 42,31% dos usuários entrevistados se apresentaram “pouco satisfeitos” e “insatisfeitos” com os serviços de saúde do SUS (CRUZ et al., 2017). Entretanto, corroborando com o presente estudo, usuários de uma unidade de saúde de Campo Largo-PR que avaliaram os serviços em “regular”, “Ruim” e “péssimo”, somaram 72,60% das avaliações (RODRIGUES et al., 2018).

Uma pesquisa realizada em unidades da Estratégia de Saúde da Família, em uma cidade do Paraná, apontou fragilidades quanto ao atendimento em nível de atenção primária para pessoas com deficiência. Observou-se que os profissionais dessas unidades têm pouca proximidade com a população com deficiência atendida pelo serviço, formação insuficiente durante a graduação, precária infraestrutura arquitetônica e de material de apoio, voltadas as pessoas com deficiência e falta de programas de saúde direcionadas as necessidades específicas dessa população (HILGEMBERG; LEMOS; GOMES, 2018).

Diante do significativo número de participantes que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde e da insatisfação expressada ao avaliarem os serviços podemos inferir que ainda há barreiras a serem superadas para que o SUS ofereça uma assistência de saúde com equidade e qualidade à população infantojuvenil com alterações de funcionalidade.

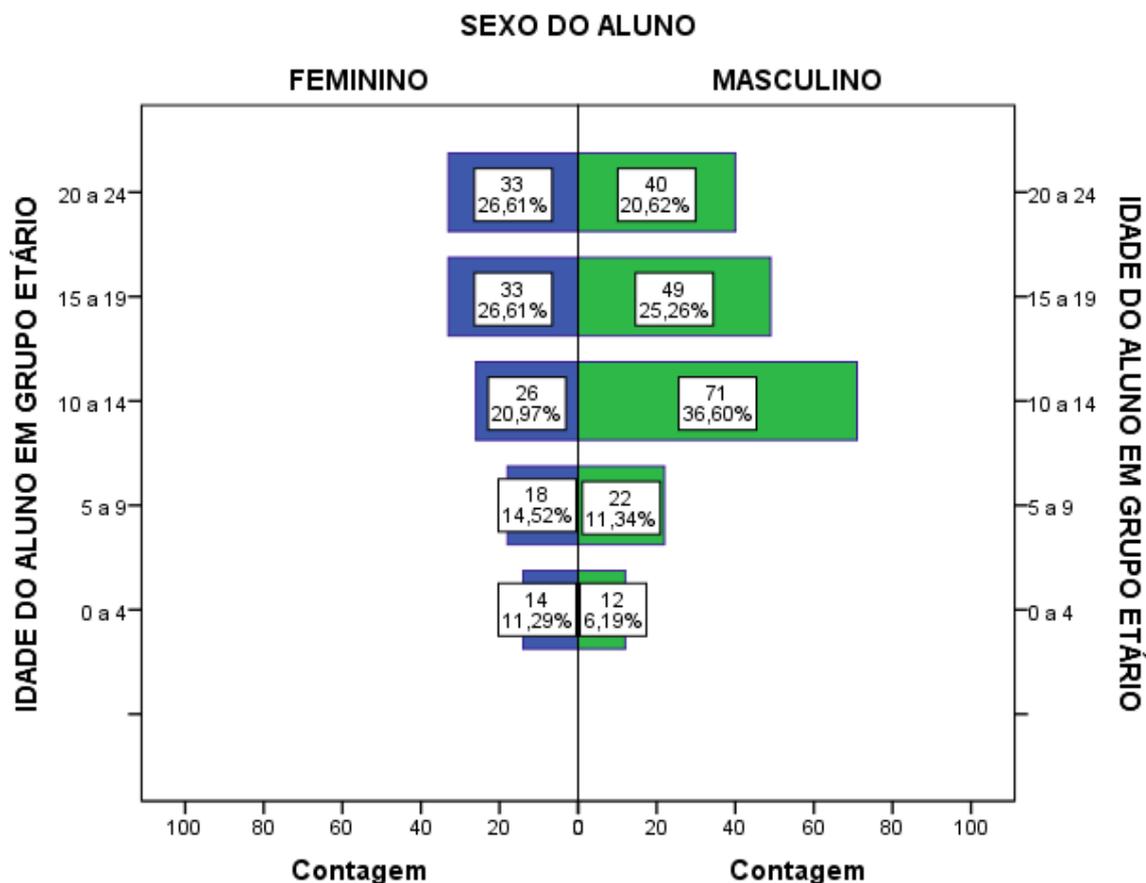
### **6.1.2. Perfil da população infantojuvenil com alteração de funcionalidade**

Os alunos participantes apresentaram as seguintes características quanto ao gênero: feminino (124-38,99%); masculino (194-61,01%). Já com relação à faixa etária, evidenciou-se a seguinte distribuição: 0 a 4 anos (26-8,18%); 5 a 9 anos (40-12,58%); 10 a 14 anos (97-30,50%); 15 a 19 anos (82-25,79%) e 20 a 24 anos (73-22,96%).

O Gráfico 1 evidencia que há associação com significância estatística entre o sexo e faixa etária do aluno ( $p=0,035$ ). Entre os meninos prevaleceu a faixa etária de 10 a 14 anos (71-36,60%), enquanto entre as meninas prevaleceu a faixa etária de 15 a 19 anos (33-26,61%) e 10 a 24 anos (33-26,61%). Em ambos os sexos há maior quantidade de alunos entre 10 a 24 anos.

Quanto ao tipo de alteração de funcionalidade da população infantojuvenil: 137 apresentaram deficiência múltipla (43,08%), 132 deficiência intelectual (41,51%) e 49 deficiência de sentido (15,41%). Destes últimos, 16 apresentavam deficiência visual e 33 auditivas.

**Gráfico 1- Sexo do aluno segundo faixa etária. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017. (p=0,035)**



Em nosso estudo, prevaleceu o número de crianças, adolescentes e jovens com alteração de funcionalidade do sexo masculino e houve associação com significância estatística entre sexo e faixa etária. Por se tratar de uma população escolar, este fato pode estar associado à exclusão de gênero no que se refere ao acesso à educação de meninas com deficiência à medida que as mesmas alcançam a adolescência e a juventude (PEREIRA, 2016).

Estudo realizado pela OMS, com base em pesquisas realizadas em 51 países participantes, evidenciou que as meninas com alteração de funcionalidade apresentam menores taxas de escolaridade quando comparadas com os meninos. Assim, 42% das meninas

com deficiência concluíram o curso primário enquanto entre os meninos com deficiência 51% o concluíram. Entre meninos e meninas sem alteração de funcionalidade a diferença também existe, sendo a conclusão do curso primário entre 61% e 53%, respectivamente (UNICEF, 2013).

Conforme o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o total da população infantojuvenil com alteração de funcionalidade, entre 0 a 24 anos, é de 7.692.729, sendo que 3.556.256 são homens e 4136474 mulheres. Em relação à escolarização, o número total de meninas com deficiência que frequentavam a creche ou escola no ano de 2010 era de 2.733.118, ou seja, 33,93% das meninas com deficiência não frequentavam a creche ou escola (IBGE, 2010).

Contudo, no que se refere a estudos brasileiros, Souza (2011) constatou um predomínio de matrículas de alunos com deficiência do sexo masculino, nos anos de 2008 e 2009 e um estudo realizado por França (2010) a partir dos dados do censo do IBGE, considerou que o sexo não implicaria diretamente no processo de escolarização de pessoas com deficiência (FRANÇA; RIOS-NETO, 2012; SOUZA, 2011).

Diante da escassez de estudos relacionado ao tema, Pereira (2016) sugere que novos estudos sejam realizados para que se possa responder sobre a garantia da igualdade de acesso e oportunidade para meninas com deficiência no Brasil (PEREIRA, 2016).

Quanto à faixa etária mais prevalente em ambos os sexos ser a população de adolescentes e jovens, entre 10 a 19 anos, um estudo realizado em Los Angeles (EUA) que comparou a ocorrência de acidentes entre alunos com e sem deficiência, também identificou que a faixa etária mais prevalente nas escolas de educação especial foi entre 10-19 anos (47%) (RAMIREZ et al., 2010).

Este fato pode estar associado com a procrastinação em iniciar as atividades escolares entre as crianças com deficiência, em decorrência da percepção das dificuldades na realização de tarefas e atividades escolares. A grande quantidade de alunos acima de 18 anos, também evidencia a dificuldade que a população com deficiência encontra em ser absorvida no mercado de trabalho, ou de dar continuidade nas atividades acadêmicas, permanecendo matriculadas em instituições de atendimento educacional especializado (FRANÇA; RIOS-NETO, 2012).

## **6.2. Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade**

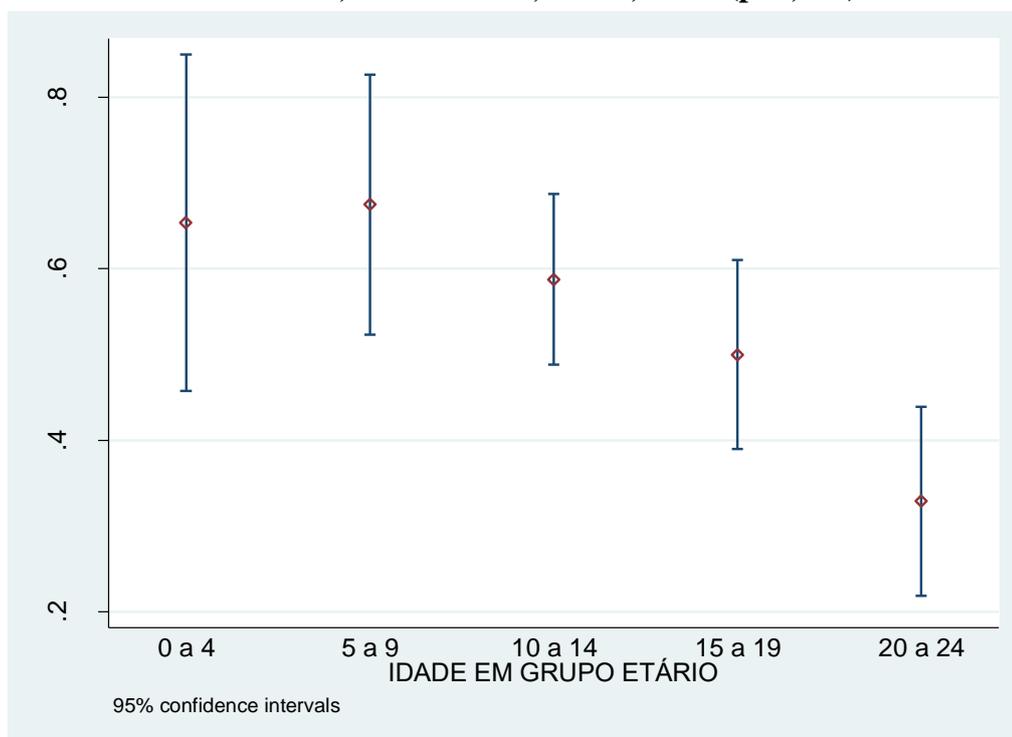
Entre as crianças, adolescentes e jovens com deficiência, houve um número de 166 vítimas de acidente nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista. A prevalência de

acidentes nessa população foi de 52,20% (IC 95%: 46,71; 57,69). Quanto à quantidade de episódios, 63 (37,95%) sofreram apenas um acidente no último ano, 55(33,13%) sofreram 2-3 acidentes, 24 (14,46%) sofreram 3-4 acidentes, 24(14,46%) acima de 5 episódios de acidentes. O histograma evidenciou que não houve simetria quanto ao número de episódios de acidentes ocorridos durante o ano. Dessa forma a mediana foi de 2 episódios (11 amplitude), com mínimo de 1 episódio e máximo de 12.

A tabela 5 evidencia que há associação, com significância estatística, entre a ocorrência de acidentes e a faixa etária, sendo que estes eventos foram mais prevalentes entre as faixas etárias 0 a 4 anos e 5 a 9 anos, e o teste de tendência linear (qui-quadrado de tendência) mostrou que a ocorrência de acidentes diminuiu com o aumento da idade ( $p < 0,000$ ) (Gráfico 2).

Analisando ocorrência de acidente com alteração de funcionalidade, não foi encontrada associação com significância estatística (Tabela 5).

**Gráfico 2- Ocorrência de acidentes segundo idade da vítima por grupo etário, qui-quadrado de tendência. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017. ( $p < 0,001$ )**



**Tabela 5- Ocorrência de acidentes nos últimos 12 meses segundo faixa etária e alteração de funcionalidade da vítima. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Idade em grupo etário	Sofreu acidente no último ano n(%)			p
	Não	Sim	Total	
0 a 4 anos	9 (34,62)	17(65,38)	26 (100,00)	0,001
5 a 9 anos	13(32,50)	27(67,50)	40 (100,00)	
10 a 14 anos	40(41,24)	57(58,76)	97(100,00)	
15 a 19 anos	41(50,00)	41(50,00)	82(100,00)	
20 a 24 anos	49(67,12)	24(32,88)	73(100,00)	
<b>Total</b>	<b>152(47,80)</b>	<b>166(52,20)</b>	<b>318(100,00)</b>	
Alteração de funcionalidade	Não	Sim	Total	0.076
Deficiência de sentido (visual e auditiva)	20(40,82)	29(59,18)	49(100,00)	
Deficiência intelectual	73(55,30)	59(44,70)	132(100,00)	
Deficiência múltipla	59(43,07)	78(56,93)	137(100,00)	
<b>Total</b>	<b>152(47,80)</b>	<b>166(52,20)</b>	<b>166(52,20)</b>	

A prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade evidenciada em nosso estudo foi de 52,20%. Contrastando com esse achado, um estudo realizado na China evidenciou uma prevalência de ocorrência de acidente nos últimos 12 meses de 10,20% entre crianças e adolescentes com alterações de funcionalidade (ZHU et al., 2012). Já nos EUA a prevalência de pelo menos um acidente nos três últimos meses antes da entrevista foi de 3,8% (CI 3,40; 4,10) entre crianças e adolescentes com diferentes tipos de deficiência (0 a 17 anos) (SINCLAIR; XIANG, 2008).

A elevada prevalência de acidentes nessa população sinaliza a impreterível necessidade de intervenções objetivando a prevenção de acidentes e a promoção da segurança na população estudada. A alta taxa de morbimortalidade por acidentes na população infantojuvenil é mundialmente reconhecida como um problema de saúde pública, contudo esses achados indicam a necessidade de se voltar o olhar para as necessidades peculiares dessa população específica (SETHI et al., 2008; UNICEF, 2013).

Estudos que compararam a ocorrência de acidentes entre a população com deficiência e sem, evidenciaram que a crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade apresentam maior prevalência e maior risco para ocorrência destes eventos do que seus pares (SANTAGATI; VEZZOSI; ANGELILLO, 2016; SINCLAIR; XIANG, 2008; ZHU et al., 2014, 2012).

Ao contrário do nosso estudo, que identificou que quanto menor a idade maior a ocorrência de acidentes, sendo mais prevalente entre a população de 5 a 9 anos, o estudo de Brenner e colaboradores (2013), evidenciou que entre a população de 0 a 17 com alterações de funcionalidade, houve maior prevalência de acidentes entre a faixa etária de 15 a 17 anos, e

uma menor ocorrência de acidentes entre 0 a 4 anos (BRENNER et al., 2013). Já corroborando com nossos achados, um estudo realizado na China, com crianças entre 1 a 14 anos, evidenciou a maior ocorrência de acidentes na faixa etária de 5 a 10 anos (ZHU et al., 2012).

Semelhante ao nosso estudo, alguns pesquisadores reportaram uma tendência linear decrescente entre a ocorrência de acidentes e o aumento da idade, mas estes estudos analisaram apenas os acidentes ocorridos em ambiente escolar (LIMBOS et al., 2004; RAMIREZ, 2004). Em oposição, outros estudos evidenciaram uma tendência crescente, onde a ocorrência de acidentes aumentou com a idade (PETRIDOU et al., 2003; SHI et al., 2015a).

A relação entre faixa etária e ocorrência de acidente evidenciada no presente estudo, pode ser explicada pelo desenvolvimento da criança que, nos primeiros anos de vida, apresenta menor compreensão dos riscos, desenvolvimento musculoesquelético incompleto e menor incapacidade para se proteger em situações de perigo e por isso maior ocorrência de injúrias não intencionais (CIAMPO et al., 2011).

Apesar de não termos encontrado associação com significância estatística entre tipo de deficiência e ocorrência de acidentes, alguns estudos evidenciaram esta associação e relevaram que existe um maior risco para acidentes entre pessoas com deficiência múltipla e intelectual quando comparado com outras alterações de funcionalidade (BRENNER et al., 2013; SHI et al., 2015b; YUNG; HAAGSMA; POLINDER, 2014; ZHU et al., 2014)

### **6.2.1. Perfil das vítimas**

A tabela 6 evidencia que mais da metade das vítimas eram do sexo masculino (104-62,65%) e que não houve associação entre o sexo da vítima e o tipo de deficiência, sendo predominante o número de meninos acidentados entre todas as alterações de funcionalidade.

Também não houve associação entre faixa etária e tipo de deficiência, sendo que a faixa etária de 10 a 14 anos foi maior entre a população infantojuvenil com deficiência de sentido (12-41,38%), intelectual (20-33,90%) e múltipla (25-32,05%) (TABELA 6). A mediana de idade entre as vítimas foi de 13 anos (amplitude 23), mínima 6 meses de idade, e máxima de 24 anos.

Quanto ao local de ocorrência mais da metade ocorreu em ambiente domiciliar 97(58,4%) e houve associação com significância estatística entre o local de acidente e o tipo de deficiência ( $p = 0,033$ ). As vítimas com alteração de funcionalidade de sentido (visual e auditiva) se acidentaram mais no ambiente extradomiciliar (17-58,62%), enquanto o ambiente

domiciliar predominou entre as deficiências intelectual (32-54,24%) e múltipla (53-67,95%) (Tabela 6).

Entre todos os 69 (41,57%) acidentes ocorridos no ambiente extradomiciliar: 26 (37,68%) ocorreram dentro da escola/instituição de ensino, 26 (37,68%) na rua ou estrada, 7 (10,14%) foram acidentes de transporte, 6(8,70%) ocorreram em zona rural (fazenda, chácara ou sítio) e 4 (5,80%) ocorreram em áreas públicas de comércio ou de prestação de serviço.

**Tabela 6- Características das vítimas de acidente segundo tipo de deficiência, sexo, faixa etária e local de ocorrência do evento. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

	Sentido	Intelectual	Múltipla	Total	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Sexo</b>					
feminino	9(31,03)	23(38,98)	30(38,46)	62(37,35)	p = 0,740
Masculino	20(68,97)	36(61,02)	48(61,54)	104(62,65)	
<b>TOTAL</b>	<b>29(100,00)</b>	<b>59(100,00)</b>	<b>78(100,00)</b>	<b>166(100,00)</b>	
<b>Idade em grupo etário</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
0- 4 anos	-	6(10,17)	11(14,10)	17(10,24)	p = 0,103
5- 9 anos	6(20,69)	11(18,64)	10(12,82)	27(16,27)	
10- 14 anos	12(41,38)	20(33,90)	25(32,05)	57(34,34)	
15-19 anos	8(27,59)	18(30,51)	15(19,23)	41(24,70)	
20-24 anos	3(10,34)	4(6,78)	17(21,79)	24(14,46)	
<b>TOTAL</b>	<b>29(100,00)</b>	<b>59(100,00)</b>	<b>78(100,00)</b>	<b>166(100,00)</b>	
<b>Local do acidente</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Domiciliar	12 (41,38)	32(54,24)	53(67,95)	97(58,43)	p = 0,033
Extradomiciliar	17(58,62)	27(45,76)	25(32,05)	69(41,57)	
<b>TOTAL</b>	<b>29(100,00)</b>	<b>59(100,00)</b>	<b>78(100,00)</b>	<b>166(100,00)</b>	

Em nosso estudo identificamos que a maior parte das crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade que sofreram acidentes nos 12 meses anteriores a entrevista, não sofreram apenas um episódio. Um estudo na China, entre crianças de 1 a 14 anos, identificou que crianças com deficiência são mais propensas a sofrerem 3 ou mais episódios de acidentes em um ano do que as sem deficiência (ZHU et al., 2012).

Este fato salienta a necessidade e a relevância das medidas de prevenção de acidentes, pois uma vez que estes eventos se tornam recorrentes podem estar sinalizando a constante exposição das vítimas aos fatores de risco. Ressalta-se o papel do enfermeiro em intervir na comunidade com ações educativas e preventivas, auxiliando os cuidadores e responsáveis a perceber a susceptibilidade desta população para a ocorrência destes eventos (GURGEL; MONTEIRO, 2016).

A maior ocorrência de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com alteração de funcionalidade do sexo masculino também foi evidenciada em outras casuísticas (BRENNER

et al., 2013; SHI et al., 2015a; ZHU et al., 2014, 2012). Devido as características inerentes do sexo masculino, desde a infância se observa que há um maior comportamento de risco, uma menor capacidade para respeitar regras e ordens, e uma menor predisposição para identificar a possibilidade de ocorrência de acidentes entre os meninos quando comparado com as meninas (MORRONGIELLO; RENNIE, 1998).

Estudiosos sobre a temática também relacionaram a forma como, socialmente e culturalmente, os pais e as mães educam filhos e filhas quanto aos fatores de risco para acidentes. Reações emocionais e parentais aos comportamentos foram avaliadas antes e após um evento não intencional e os resultados revelaram poucas diferenças entre as reações das mães e dos pais, mas as reações variaram entre filhos versus filhas. Para as meninas as ações se concentram na segurança e para os meninos na disciplina, e há uma maior vigilância sobre as meninas do que sobre os meninos (MORRONGIELLO; ZDZIEBORSKI; NORMAND, 2010).

Corroborando com nosso estudo, Brenner e colaboradores (2013) estudaram a ocorrência de acidentes na população de 0 a 17 anos com deficiência, e evidenciaram maior ocorrência de acidentes entre a faixa etária de 10 a 14 anos (BRENNER et al., 2013). Nosso estudo não evidenciou associação entre idade e tipo de deficiência, semelhantemente a outra casuística onde a idade não exibiu nenhuma modificação de efeito quando relacionada à deficiência de sentido, múltipla e intelectual (RAMIREZ et al., 2010).

O ambiente domiciliar foi o local mais prevalente na ocorrência de acidentes, corroborando com outros estudos em população infantojuvenil com alteração de funcionalidade (SHI et al., 2015a; XIANG et al., 2005; ZHU et al., 2012).

Contudo evidenciou-se que há relação entre local de acidente e tipo de deficiência, uma vez que as crianças, adolescentes e jovens com deficiência de sentido (auditiva e visual) se acidentaram mais no ambiente extradomiciliar, enquanto aqueles com deficiência múltipla e intelectual no ambiente domiciliar. Um estudo sobre acidentes em ambiente extradomiciliar revelou que as crianças e adolescentes (5 a 19 anos), com deficiência física (ortopédicas, visual e auditiva) são os mais propensos a sofrer acidentes em ambiente escolar quando comparados com outras deficiências (RAMIREZ et al., 2010).

A relação entre ambiente do acidente e alteração de funcionalidade pode ser explicada pela mobilidade e funcionalidade do indivíduo que são características que interagem com os fatores ambientais. As crianças com paralisia cerebral, e múltiplas alterações de funcionalidade apresentam menor mobilidade e por isso se envolvem em poucas atividades extradomiciliares, como prática de esportes, praças e locais para lazer.

Este fato também chama a atenção sobre a falta de acessibilidade nos diversos ambientes extradomiciliares, dificultando a socialização e a segurança das pessoas com deficiência múltipla e intelectual. Também se ressalta a falta de segurança para pessoas com deficiência auditiva e visual em ambientes extradomiciliares. No Brasil não são todos os locais públicos que possuem piso tátil, sistema conhecido como *wayfinding*, para orientar a locomoção das pessoas com deficiência visual, mesmo sendo umas das medidas estabelecidas pela Norma Brasileira Regulamentadora 9050 e pela NBR 16537 (ABNT, 2004, 2016).

Para aumentar ainda a segurança de pessoas com deficiência visual, medidas que já são uma realidade em outros países, como em Portugal, poderiam ser implementadas no Brasil, como por exemplo os avisos sonoros em ônibus públicos, orientando os passageiros o nome de cada parada, e semáforos com ruído sonoro indicando quando estão abertos para passagem de pedestre nas ruas. Inclusive as sinalizações sonoras também estão previstas na NBR 9050:

Os semáforos ou focos para pedestres instalados em vias públicas com grande volume de tráfego ou concentração de passagem de pessoas com deficiência visual devem estar equipados com mecanismos que emitam um sinal sonoro entre 50 dBA e 60 dBA, intermitente e não estridente, ou outro mecanismo alternativo, que sirva de auxílio às pessoas com deficiência visual, quando o semáforo estiver aberto para os pedestres (ABNT, 2004, p. 96).

### **6.2.2. Características do acidente**

Quando o aluno apresentou mais de um episódio de acidente no último ano, foram coletadas informações quanto ao acidente mais recente para evitar o viés de memória. Dessa forma as características dos acidentes estão descritas na Tabela 7.

A maior parte dos acidentes ocorreram no período vespertino (39,16%), seguido do matutino (31,93%). A mãe era a pessoa que estava presente em um pouco mais da metade dos acidentes (50,60%). Apenas 19 (11,44%) responsáveis estavam fazendo supervisão direta da criança/adolescente/jovem no momento do acidente, e quase a metade (48,20%) estavam desempenhando afazeres domésticos enquanto supervisionava os mesmos. Os acidentes mais prevalentes foram quedas (63,25%) seguido por acidentes ocasionados por forças mecânicas inanimadas (18,67) (Tabela 7).

**Tabela 7- Características dos acidentes entre a população infantojuvenil com alteração de funcionalidade. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

<b>Período do dia em que ocorreu o acidente</b>	<b>n(%)</b>
Matutino	53 (31,93%)
Vespertino	65 (39,16%)
Noturno	24 (14,46%)
Não se lembra	24 (14,46%)
<b>Total</b>	<b>166 (100,00%)</b>
<b>Quem estava com a vítima na hora do acidente?</b>	<b>n(%)</b>
Mãe	84 (50,60%)
Professora ou cuidadora da instituição	27 (16,26%)
Avôs	14 (8,43%)
Sozinha	13 (7,83%)
Outra criança menor de 12 anos	10 (6,02%)
Outro familiar (tio, primo, irmão acima de 18 anos)	7 (4,21%)
Pai	6 (3,61%)
Amigo ou vizinho do responsável	5 (3,01%)
<b>Total</b>	<b>166 (100,0%)</b>
<b>Atividade do responsável no momento do acidente</b>	<b>n(%)</b>
Afazeres domésticos	80 (48,20%)
Outra atividade (dormir, comer, tomar banho, ver TV, usar celular)	33 (19,88%)
Cuidando de outras crianças	25 (15,06%)
Cuidando da criança (supervisão direta)	19 (11,44%)
Trabalhando	9 (5,42%)
<b>Total</b>	<b>166 (100,0%)</b>
<b>Tipo de acidente</b>	<b>n(%)</b>
Transporte	7(4,22)
Quedas	105(63,25)
Forças mecânicas inanimadas	31(18,67)
Forças mecânicas animadas	11(6,63)
Queimadura e choque elétrico	8(4,82)
Intoxicação e asfixia	4(2,41)
<b>Total</b>	<b>166(100,00)</b>

O fato de o presente estudo ter evidenciado a maior ocorrência de acidentes no período vespertino e matutino (diurno) é justificado por ser o período em que a população infantojuvenil está desperta e se envolvendo em atividades de recreação, escolar, e atividades da vida diária. Sendo, portanto, estas horas de maior risco para ocorrência de acidentes, deve haver maior vigilância e supervisão durante o dia (ZIMMERMAN et al., 2019).

A mãe foi o responsável que mais esteve presente no momento do acidente, e a atividade que mais estava sendo realizada pelos responsáveis foi afazeres domésticos. Poucos supervisores estavam exercendo a supervisão direta sobre a criança, adolescente ou jovem no momento da injúria não intencional. Uma casuísta evidenciou que as crianças e adolescentes com deficiência cuja supervisão diária dos adultos é menos de 30%, ou entre 30-89%,

apresentaram maiores riscos para acidentes do que seus pares sem deficiência e a porcentagem de supervisão entre 90 a 100% foi a mais segura (ZHU et al., 2014).

Pesquisadores investigaram a análise do escore de supervisão e demonstraram que as chances de lesão foram maiores para as crianças com níveis mais baixos de supervisão. Uma menor supervisão não apenas aumenta as chances de acidente, mas aumenta as chances de lesões mais graves (SCHNITZER et al., 2015).

Uma supervisão direta está relacionada com proximidade, atenção e continuidade, ou seja, refere-se à atenção contínua e próxima dos cuidadores para com as crianças, adolescentes e jovens. Embora a supervisão ativa e direta pelos pais e responsáveis tenha se mostrado eficaz para prevenir acidentes, evidências indicam que os pais não aplicam consistentemente essa estratégia (MORRONGIELLO et al., 2013).

O desenvolvimento e a implementação de intervenções que efetivamente melhorem a supervisão dos pais e responsáveis, como o Programa de Supervisão para Segurança Doméstica desenvolvido por Morrongiello, podem reduzir a quantidade de acidentes que requerem atenção médica. Esse programa inclui uma apresentação em vídeo, discussão de acompanhamento adaptada ao indivíduo e uma série de atividades realizadas no período de um mês que servem para alterar padrões habituais de supervisão e promover estratégias de supervisão ativa, sendo demonstrado por pesquisas a eficácia para impactar as atitudes de supervisão dos pais, com os efeitos persistindo por mais de um ano após a intervenção (MORRONGIELLO et al., 2013).

Corroborando com nossos resultados, outros estudos também identificaram que a queda é o principal tipo de acidente que acontece entre crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, e o segundo tipo de acidente mais frequente são aqueles causados por forças mecânicas inanimadas (BRENNER et al., 2013; PEIRIS-JOHN et al., 2016; SINCLAIR; XIANG, 2008; WHITE et al., 2018).

Os pesquisadores concordam que as quedas resultam das interações entre características ambientais e outros fatores de risco, principalmente características pessoais, como funcionalidade, uso de medicações, e grau de desenvolvimento neuropsicomotor. Contudo estudos tem evidenciado os benefícios de modificações no ambiente domiciliar, resultando na ocorrência da redução dos riscos e da ocorrência do evento (KEALL et al., 2015).

São pertinentes orientações para que os responsáveis coloquem grades de proteção impedindo acesso a escadas, além de pisos antiderrapantes e corrimão, eliminar degraus e pisos irregulares, não deixar objetos e brinquedos espalhados pelo chão, instalar barras de

segurança em banheiros e promover a segurança e a acessibilidade para pessoas com alterações de funcionalidade.

### 6.2.3. Características do atendimento e consequências do acidente

A tabela 8 evidencia que houve associação com significância estatística entre tipo do acidente e parte do corpo atingida. Quedas são responsáveis por um número de lesões na cabeça (34,29%) e membros inferiores (34,29%). Quase todos os acidentes de transporte causaram lesões em múltiplas partes do corpo das vítimas (85,71%).

**Tabela 8- Distribuição dos acidentes segundo tipo do acidente e parte do corpo atingida. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Tipo do acidente	Parte do corpo atingida				Total
	Cabeça	MMSS*	MMII**	Múltiplas	
Transporte	1(14,29)	-	-	6(85,71)	7(100,00)
Quedas	36(34,29)	13(12,38)	36(34,29)	20(19,05)	105(100,00)
FMI***	5(16,13)	9(29,03)	12(38,71)	5(16,13)	31(100,00)
FMA****	4(36,36)	4(36,36)	1(9,09)	2(18,18)	11(100,00)
Queimadura e choque	5(62,50)	3(37,50)	-	-	8(100,00)
Intoxicação e asfixia	-	-	-	4(100,00)	4(100,00)
<b>Total</b>	<b>51(30,72)</b>	<b>29(17,47)</b>	<b>49(29,52)</b>	<b>37(22,29)</b>	<b>166(100,00)</b>

p < 0,001

\* Membros superiores (mão, braço, antebraço)

\*\* Membros inferiores (pé, perna)

\*\*\*Forças Mecânicas Inanimadas (introdução de corpo estranho em orifício natural, queda de objetos sobre a pessoa, imprensar membros, entre outros)

\*\*\*\* Forças Mecânicas Animadas (Mordida de animais domésticos ou outros animais, picada de insetos e animais peçonhentos)

Quanto ao atendimento em decorrência do acidente, houve relação estatisticamente significativa entre tipo de acidente e necessidade de atendimento hospitalar. Apesar das quedas serem o principal tipo de acidente, poucas precisaram de atendimento hospitalar (22,86%), enquanto os acidentes de transporte e os causados por forças mecânicas inanimadas resultaram em maior demanda por atendimento, 71,43% e 48,39%, respectivamente (Tabela 9).

Dos que precisaram de atendimento médico, seis pessoas ficaram internadas, a mediana do tempo de internação foi de 5 dias (amplitude =34 dias), com mínimo de um dia e máximo de 35 dias de internação.

**Tabela 9- Distribuição dos acidentes segundo tipo e necessidade de atendimento hospitalar. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Tipo de acidente	Atendimento hospitalar		Total
	Sim	Não	
Transporte	5(71,43)	2(28,57)	7(100,00)
Quedas	24(22,86)	81(77,14)	105(100,00)
Forças mecânicas inanimadas	15(48,39)	16(51,61)	31(100,00)
Forças mecânicas animadas	1(9,09)	10(90,91)	11(100,00)
Queimadura e choque	-	8(100,00)	8(100,00)
Intoxicação e asfixia	1(25,00)	3(75,00)	4(100,00)
<b>TOTAL</b>	<b>46(27,71)</b>	<b>120(72,29)</b>	<b>166(100,00)</b>

p= 0,002

Quanto aos primeiros socorros, mais da metade dos acidentados teve o primeiro atendimento sendo realizado pelos seus pais (65,66%), seguido pelos professores ou cuidadores de instituições de ensino (10,84%). O SAMU/profissional de saúde teve o menor número de participação nos primeiros socorros (7,83%) (Tabela 10).

A consequência física em mais da metade das vítimas (55,42%) foi uma ferida aberta (escoriações ou corte) (Tabela 10). Houve uma grave consequência de amputação de falange distal que, segundo relato do acidente a criança estava brincando de consertar a bicicleta, enquanto o avô estava dormindo, e teve o dedo imprensado no rolamento da bicicleta/corrente.

Quanto aos gastos financeiros, 63 responsáveis (37,95%) relataram ter tido alguma despesa em decorrência do acidente e a maioria (70,48%) informou que o evento acidental trouxe sofrimento emocional para a família (Tabela 10).

Um total de 59 vítimas (35,54%) faltou na escola em decorrência do acidente sofrido, a mediana de dias faltados foi de 3 dias (amplitude de 33 dias), mínimo de 2 dias faltados e máximo de 35 dias. Houve também absenteísmo no trabalho por parte de 16 responsáveis (9,64%) para cuidar da criança em decorrência do acidente e um número significativo de responsáveis que não trabalhavam (48,80%). A mediana dos dias de trabalho perdido foi de 3 dias (amplitude de 33 dias), mínimo de 2 e máximo de 35 dias (Tabela 10).

**Tabela 10- Características do primeiro atendimento e consequências dos acidentes. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

<b>Quem fez o primeiro atendimento?</b>	<b>n(%)</b>
Mãe/pai	109(65.66%)
Professor/Cuidador da instituição (ADI)	18(10.84%)
Outros familiares (Tios, irmãos e primos)	17(10,24%)
Avó/avô	14(8.43%)
SAMU/ profissional de saúde em unidade de saúde	13(7.83%)
<b>Total</b>	<b>166(100.00%)</b>
<b>Consequência física em decorrência do acidente?</b>	<b>n(%)</b>
Não teve	22(13.25%)
Escoriações ou corte na pele	92(55,42%)
Luxação e hematomas	39(23,49%)
Perda de dente e fratura óssea	9(5,42%)
Lesão neurológica	2(1.20%)
Amputação de falange distal do dedo	1(0.60%)
Pneumonia em decorrência de bronco aspiração	1(0,60%)
<b>Total</b>	<b>166(100.00%)</b>
<b>Houve gasto financeiro em decorrência do acidente?</b>	<b>n(%)</b>
Sim	63(37.95%)
Não	103(62.05%)
<b>Total</b>	<b>166(100.00%)</b>
<b>O acidente causou sofrimento emocional para família?</b>	<b>n(%)</b>
Sim	117(70.48%)
Não	49(29.52%)
<b>Total</b>	<b>166(100.00%)</b>
<b>O aluno faltou na escola por conta do acidente?</b>	<b>n(%)</b>
Sim	59(35.54%)
Não	107(64.46%)
<b>Total</b>	<b>166(100.00%)</b>
<b>O responsável faltou no trabalho para cuidar da criança?</b>	<b>n(%)</b>
Sim	16 (9.64%)
Não	69(41.57%)
Não trabalha	81(48.80%)
<b>Total</b>	<b>166(100.00%)</b>

Alguns estudiosos relacionaram tipo de acidente com parte do corpo atingida, e corroborando com nossos achados evidenciaram que o acidente mais frequente entre as crianças e adolescentes com deficiência foi a queda com lesão na cabeça (concussões cerebrais) (BRENNER et al., 2013; LIMBOS et al., 2004; PETRIDOU et al., 2003). Diferentemente, adolescentes com deficiência intelectual tiveram as quedas como principal mecanismo de acidente, mas a maioria das lesões envolveram membros superiores e inferiores (WHITE et al., 2018).

Essa diferença de risco pode estar relacionada a limitações físicas, como equilíbrio e deambulação prejudicados. A população infantojuvenil com deficiência ortopédica ou de

sentido (auditiva e visual) pode ser menos capaz de se proteger de quedas, a principal causa de traumatismo craniano. Além disso, sua cognição normal pode permitir que eles explorem o ambiente como crianças sem deficiência, expondo-os a potenciais riscos de acidentes se houver barreiras e falta de acessibilidade no mesmo. Já aqueles com deficiências intelectual, apesar de apresentarem prejuízo no funcionamento cognitivo e social, não apresentavam incapacidades físicas, sugerindo que limitações físicas mais do que limitações cognitivas colocam as crianças em maior risco de traumatismo cranioencefálico (LIMBOS et al., 2004).

O fato de quase todos os acidentes de transporte resultarem em múltiplas lesões e precisarem de atendimento hospitalar, chama a atenção para a gravidade deste tipo de acidente, e reforça a necessidade de respeitar as regras do trânsito, e utilizar cadeira apropriada de acordo com a condição física da criança e não apenas de acordo com a idade (CONTRAN, 2008).

O motivo de um número menor de acidentes ter precisado de atendimento médico é corroborado com a literatura, que salienta que apesar de haver uma grande demanda de atendimentos de saúde em decorrência de causas acidentais na população infantojuvenil, o que sobrecarrega os serviços de saúde e gera gastos para o sistema, estes atendimentos representam apenas parte dos acidentes, uma vez que a grande maioria tem os primeiros socorros sendo realizados pelos responsáveis ou pessoa presente no momento da injúria (EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE, 2012; SETHI et al., 2008; UNICEF, 2013).

O presente estudo evidenciou que o primeiro atendimento foi realizado na maior parte das vezes pelos pais da criança, adolescente e jovem com deficiência e em segundo lugar pelos professores cuidadores de instituições de ensino, o que alerta sobre a necessidade dos pais e professores serem capacitados para fazer os primeiros socorros, bem como a restante comunidade (CALANDRIM et al., 2017; DIXE; GOMES, 2015).

Quando os primeiros socorros são realizados da forma correta podem diminuir as sequelas e salvar vidas (MARKENSON et al., 2010). Muitos pais se sentem inseguros quanto aos cuidados de seus filhos, e a enfermagem tem um papel essencial para orientá-los e capacitá-los para agirem em emergências quando necessário (NETO et al., 2017).

Várias são as atividades educativas que o enfermeiro pode realizar com os familiares e com a comunidade, em diferentes contextos da atenção à saúde, inclusive no ambiente escolar capacitando os professores e cuidadores e fortalecendo a relação social entre profissionais de saúde e da escola, como propõe o Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2009b).

Corroborando com nosso estudo, outros autores também identificaram corte ou escoriações (ferida aberta) como a principal consequência física dos acidentes (SINCLAIR;

XIANG, 2008; TAI; GAU; GAU, 2013; ZHU et al., 2012). Já a amputação de falange adverte sobre a gravidade das consequências físicas de alguns acidentes e chama a atenção para outras consequências do tipo financeira, emocional e social que estes eventos trazem para a vítima, família e para a sociedade (SETHI et al., 2008).

Um número significativo de crianças faltou na escola em decorrência do acidente, e o fato de poucos responsáveis terem faltado no trabalho para cuidar da vítima é justificado por quase a metade não trabalhar. Um estudo realizado na Índia evidenciou número alto de absenteísmos por parte do cuidador principal e falta das crianças na escola (INBARAJ et al., 2017).

### **6.3. Fatores de risco e de proteção relacionados à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade**

Os resultados da análise de associação entre acidentes e variáveis sociodemográficas (Tabela 11) permitiram identificar associação significativa com as variáveis: faixa etária da vítima ( $p < 0,001$ ) e renda familiar ( $p = 0,002$ ).

A prevalência de acidentes foi maior entre crianças menores de 12 anos (RP=1,47; IC 95%:1,19-1,80) e 68% maior entre as famílias com renda familiar menor de dois salários mínimos, quando comparada com famílias que recebiam mais de cinco salários mínimos (Tabela 11).

**Tabela 11- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo variáveis sociodemográficas (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Sexo da vítima</b>				
Feminino	62	50,00	1,00	0,530
Masculino	104	53,61	1,07 (0,86 - 1,33)	
<b>Idade em 2 grupos</b>				
Menor de 12 anos	81	64,80	1,47(1,19-1,80)	p< 0,001
Maiores de 12 anos	85	44,04	1,00	
<b>Tipo de deficiência</b>				
Uma deficiência	88	48,62	1,00	0,142
Múltipla	78	56,93	1,17 (0,94-1,44)	
<b>Tipo de deficiência</b>				
Auditiva e visual	29	59,18	1,32(0,98-1,78)	0,076
Intelectual	59	44,70	1,00	
Múltipla	78	56,93	1,27(1,00-1,61)	
<b>Estado civil do responsável</b>				
Sozinho	78	54,17	1,07(0,86-1,32)	0,523
Acompanhado	88	50,57	1,00	
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental	87	53,37	1,12(0,78-1,62)	0,800
Médio	61	52,14	1,10(0,75-1,60)	
Superior ou mais	18	47,37	1,00	
<b>Renda familiar</b>				
menor de 2 salários mínimos	130	58,82	1,68(0,91-3,08)	0,002
2-5 salários mínimos	29	37,66	1,07(0,55-2,08)	
maior que 5 salários mínimos	7	35,00	1,00	
<b>Local de moradia</b>				
Zona urbana	13	43,33	2,59(0,41-16,34)	0,116
Periferia da z. urb.	152	53,90	3,23(0,53-19,47)	
Zona rural	1	16,67	1,00	

\*valor de p do teste de qui quadrado

Quanto às variáveis de fatores de risco para quedas, encontrou-se associação significativa entre as seguintes variáveis: deixar móveis sob a janela (p=0,033), subir em árvore para brincar (p=0,005), presença de piso desnivelado ou escorregadio ( p< 0,001) e presença de objetos espalhados pelo chão (p=0,009) (Tabela 12).

A prevalência de acidentes foi 25% nas casas que tinham móveis sob a janela quando comparado com as que não tinham. E a prevalência de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com deficiência que sobem em árvore para brincar é de 1,49 vezes a prevalência daqueles que não sobem. Entre aqueles que possuíam pisos desnivelados ou escorregadios e deixavam objetos espalhados pelo chão, a prevalência de acidentes foi, respectivamente, 48% e 33% maior do que entre aqueles que não o faziam (Tabela 12).

**Tabela 12- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para quedas (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Ter escadas em casa</b>				
Não	140	51,09	1,00	0,324
Sim	26	59,09	1,15 (0,88-1,51)	
<b>Deixar móveis sob a janela</b>				
Não	74	46,25	1,00	0,033
Sim	92	58,23	1,25(1,01-1,55)	
<b>Costuma subir em árvore</b>				
Não	138	49,29	1,00	0,005
Sim	28	73,68	1,49(1,19-1,87)	
<b>Pisos desnivelados ou escorregadios</b>				
Não	97	45,12	1,00	p< 0,001
Sim	69	66,99	1,48(1,21-1,81)	
<b>Objetos espalhados pelo chão</b>				
Não	63	44,06	1,00	0,009
Sim	103	58,86	1,33(1,06-1,66)	
<b>Possui rede de dormir</b>				
Não	124	50,41	1,00	0,236
Sim	42	58,33	1,15(0,91-1,45)	
<b>Piso molhado</b>				
Não	89	48,37	1,00	0,109
Sim	77	57,46	1,18(0,96-1,46)	
<b>Possui tapetes no ambiente domiciliar</b>				
Não	49	47,12	1,00	0,206
Sim	117	54,67	1,16(0,91-1,47)	
<b>Usou ou usa andador</b>				
Não	91	50,00	1,00	0,363
Sim	75	55,15	1,10 (0,89-1,39)	

\*valor de p do teste de qui-quadrado

Em relação aos fatores de risco para acidentes com forças mecânicas inanimadas identificou-se associação com significância estatística entre as pessoas que deixavam objetos em cima de forro de mesa (p=0,001). A prevalência de acidentes foi 47% maior entre aqueles que deixavam do que entre aqueles que não deixavam (Tabela 13).

**Tabela 13- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para acidentes ocasionados por forças inanimadas (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Faz uso de protetor de porta</b>				
Sim	4	50,00	1,00	0,900
Não	162	52,26	1,04(0,51-2,10)	
<b>Faz uso de protetor de quina</b>				
Sim	2	40,00	1,00	0,582
Não	164	52,40	1,30(0,44-3,85)	
<b>Brinquedos com peças pequenas</b>				
Não	104	48,60	1,0	0,065
Sim	62	59,62	1,22(0,99-1,51)	
<b>Ventilador com hélice exposta</b>				
Não	103	49,76	1,00	0,234
Sim	63	56,76	1,14(0,92-1,41)	
<b>Possui cerca de arame farpado</b>				
Não	148	51,75	1,00	0,629
Sim	18	56,25	1,08(0,78-1,50)	
<b>Arma de fogo em casa</b>				
Não	163	52,08	1,00	0,725
Sim	3	60,00	1,15(0,55-2,37)	
<b>Objetos em cima de forro de mesa</b>				
Não	121	47,64	1,00	0,001
Sim	45	70,31	1,47(1,20-1,81)	
<b>Moedas/objetos pequenos em locais visíveis</b>				
Não	91	48,66	1,00	0,131
Sim	75	57,25	1,17(0,95-1,45)	
<b>Objetos cortantes em locais visíveis e acessíveis</b>				
Não	7	43,75	1,00	0,487
Sim	159	52,65	1,20(0,68-2,12)	

\*valor de p do teste de qui quadrado

A análise da associação entre ocorrência de acidentes e fatores de risco para queimaduras e choque elétrico permitiu identificar associação significativa entre as seguintes variáveis: uso de T/benjamim/adaptador ( $p=0,032$ ), uso de aparelhos elétricos sem plug ( $p<0,001$ ), carregadores ligados na tomada sem estarem sendo utilizados ( $p=0,001$ ), deixar fósforo/acendedores de fogão ao alcance ( $p=0,030$ ) e realizar atividades com chamas na frente da criança/adolescente/jovem ( $p=0,003$ ) (Tabela 14).

A prevalência de acidentes foi 41% maior quando os pais/responsáveis faziam uso de T/benjamim/adaptador e 63% maior entre os que usavam aparelhos elétricos sem plug, quando comparados àqueles que não faziam. Entre os que deixavam carregadores na tomada sem estar sendo utilizados a prevalência de acidentes foi 42% maior (Tabela 14).

A prevalência de acidentes entre aqueles que deixam fósforo/acendedores de fogão ao alcance e fazem atividades com chamas na frente da criança/adolescente/jovem é de, respectivamente, 1,26 vezes e 1,26 vezes a prevalência dos que não fazem isso (Tabela 14).

**Tabela 14- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para queimaduras e choque elétrico (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Uso de protetores de tomada</b>				
Sim	10	50,00	1,00	0,839
Não	156	52,35	1,04(0,66-164)	
<b>Uso de t/benjamim/adaptador</b>				
Não	21	38,89	1,00	0,032
Sim	145	54,92	1,41(1,00-2,00)	
<b>Aparelhos elétricos sem plug</b>				
Não	130	47,79	1,00	p< 0,001
Sim	36	78,26	1,63(1,34-199)	
<b>Carregadores ligados na tomada sem estarem sendo utilizados</b>				
Não	63	42,57	1,00	0,001
Sim	103	60,59	1,42(1,13-1,77)	
<b>Presença de fiação exposta</b>				
Não	148	51,03	1,00	0,180
Sim	18	64,29	1,25(0,93-1,69)	
<b>Cerca elétrica na residência</b>				
Não	151	51,71	1,00	0,559
Sim	15	57,69	1,11(0,78-1,57)	
<b>Costuma soltar pipa em meio a fiação pública</b>				
Não	144	50,88	1,00	0,181
Sim	22	62,86	1,23(0,93-1,63)	
<b>Tem alarme de incêndio no domicílio</b>				
Sim	3	42,86	1,00	0,617
Não	163	52,41	1,22(0,51-2,89)	
<b>Deixar fósforo ao alcance</b>				
Não	94	47,47	1,00	0,030
Sim	72	60,00	1,26(1,02-1,55)	
<b>Atividades com chamas na frente da criança/adolescente/jovem</b>				
Não	74	44,31	1,00	0,003
Sim	92	60,93	1,37(1,11-1,70)	
<b>Tem livre acesso a cozinha</b>				
Não	29	48,33	1,00	0,505
Sim	137	53,10	1,09(0,82-1,46)	

(Continuação)

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Utiliza fogão sem supervisão</b>				
Não	130	50,19	1,00	0,133
Sim	36	61,02	1,21(0,95-1,54)	
<b>As panelas ficam em cima do fogão de forma correta</b>				
Sim	95	48,72	1,00	0,117
Não	71	57,72	1,18(0,96-1,46)	
<b>Deixa recipientes com alimentos quentes em cima de toalhas de mesa que podem ser puxadas</b>				
Não	115	49,57	1,00	0,123
sim	51	59,30	1,19(0,92-1,48)	

\*valor de p do teste de qui quadrado

No que concerne aos fatores de risco para intoxicação encontrou-se associação significativa entre a variável dependente e as seguintes variáveis: guardar produtos de limpeza em embalagens de alimentos (0,011), ter farmacinha/estoque de medicação em casa (0,016), guarda farmacinha em locais destrancados/ acessível (0,001), deixar medicações que estão em uso em cima de mesa, sofá, cômodas ou outros locais visíveis ( $p < 0,001$ ), utilizar frases de incentivo para medicar a criança/adolescente/jovem (0,026) e ter plantas venenosas em casa (0,014) (Tabela 15).

A prevalência de acidentes foi 43% maior entre os responsáveis que guardavam produtos de limpeza em embalagens de alimentos quando comparado com os que não o faziam. Foi 54% e 67% maior entre os que tinham farmacinha em casa e a guardavam em locais destrancados e acessíveis, respectivamente, quando comparados com os que não tinham farmacinha em casa e quando tinham deixavam em locais trancados (Tabela 15).

A prevalência de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com deficiência cujos pais/responsáveis deixam medicações em cima de mesa, sofá, cômodas, ou outros locais visíveis é 1,58 vezes a prevalência dos que não fazem isso. Entre os responsáveis que utilizam frases de incentivo para medicar a prevalência de acidentes é 1,27 vezes a prevalência daqueles que não fazem isso (Tabela 15).

Para quem tem plantas venenosas no ambiente domiciliar a prevalência de acidentes entre a população infantojuvenil com alteração de funcionalidade foi 30% maior do que aqueles que não têm plantas venenosas em casa (Tabela 15).

**Tabela 15- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para intoxicação (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Produtos de limpeza acessíveis</b>				
Não	13	37,14	1,00	0,059
Sim	153	54,06	1,45(0,93-2,27)	
<b>Produtos de limpeza em embalagens de alimentos</b>				
Não	137	49,46	1,00	0,011
Sim	29	70,73	1,43(1,13-1,80)	
<b>Venenos em locais visíveis</b>				
Não	9	42,86	1,00	0,375
Sim	157	52,86	1,23(0,74-2,04)	
<b>Tem farmacinha/ estoque de medicação em casa</b>				
Não	16	35,56	1,00	0,016
Sim	150	54,95	1,54(1,02-2,32)	
<b>Guarda farmacinha em locais destrancados/ acessível (n=156)</b>				
Sim	3	15,00	1,00	0,001
Não	75	55,15	3,67(1,27-10,58)	
<b>Medicações em uso estão em cima de mesa, sofá, cômodas, outros locais visíveis?</b>				
Não	82	42,49	1,00	p< 0,001
Sim	84	67,20	1,58(1,28-1,94)	
<b>Utiliza frases de incentivo para medicar</b>				
Não	97	47,55	1,00	0,026
Sim	69	60,53	1,27(1,03-1,56)	
<b>Plantas venenosas em casa</b>				
Não	102	47,44	1,00	0,014
Sim	64	62,14	1,30(1,06-1,61)	
<b>Produtos voláteis em lugares destrancados e acessíveis</b>				
Não	8	42,11	1,00	0,364
Sim	158	52,84	1,25(0,73-2,15)	

\*valor de p do teste de qui-quadrado

No tocante aos fatores de risco para afogamento e outros riscos à respiração encontrou-se associação significativa entre a variável dependente e as seguintes: fazer uso de talco em pó (0,017) e deixar bacia/balde com água no chão (0,002) (Tabela 16).

A prevalência de acidentes entre a população infantojuvenil com alteração de funcionalidade que faz uso de talco em pó foi 31% maior do que a prevalência dos que não fazem. E entre aqueles cujos responsáveis que deixam balde, bacia ou outro recipiente com

água no chão a prevalência de acidentes é 38% maior quando comparada com os que não deixam (Tabela 16).

**Tabela 16- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para afogamento e outros riscos à respiração (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Sacolas plásticas em locais acessíveis</b>				
Não	93	50,82	1,00	0,566
Sim	73	54,07	1,06 (0,86-1,31)	
<b>Faz uso de talco em pó</b>				
Não	115	48,32	1,00	0,017
Sim	51	63,75	1,31(1,06-1,63)	
<b>Deixa bacia/balde com água no chão</b>				
Não	79	44,63	1,00	0,002
Sim	87	61,70	1,38(1,12-1,70)	
<b>Presença de cisterna aberta</b>				
Não	156	51,32	1,00	0,141
Sim	10	71,43	1,39(0,98-1,97)	

\*valor de p do teste de qui quadrado

No que se refere aos fatores de risco para ocorrência de acidentes por forças mecânicas animadas encontrou-se associação com significância estatística entre as seguintes variáveis: ter animais domésticos (0,027) e se aproximar de animais desconhecidos (0,032) (Tabela 17).

A prevalência de acidentes entre aqueles que não têm animais domésticos em casa (gato e cachorro) é 1,29 vezes a prevalência dos que têm. Entre as crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade que se aproximam de animais desconhecidos a prevalência de acidentes é 25% maior que a prevalência dos que não se aproximam (Tabela 17).

**Tabela 17- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para acidentes por forças mecânicas animadas (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Entulho no quintal</b>				
Não	99	48,77	1,00	0,103
Sim	67	58,26	1,19(0,96-1,47)	
<b>Gramma e mato alto no quintal</b>				
Não	113	48,92	1,00	0,056
Sim	53	60,92	1,24(1,00-1,54)	
<b>Animais domésticos (gato ou cachorro)</b>				
Não	52	62,65	1,29(1,04-1,59)	0,027
Sim	114	48,51	1,00	
<b>Se aproxima de animais de outras pessoas/desconhecidos</b>				
Não	85	46,96	1,00	0,032
Sim	81	59,12	1,25(1,02-1,55)	
<b>Roedores no ambiente domiciliar</b>				
Não	80	47,34	1,00	0,064
Sim	86	57,72	1,21(0,98-1,50)	

\*valor de p do teste de qui-quadrado

Analisando a ocorrência de acidentes segundo os fatores de risco para acidentes de transporte, houve associação com significância estatística entre as seguintes variáveis: andar de moto antes de completar 7 anos de idade (0,025) e não travar as portas do carro (0,028) (Tabela 18).

Entre aqueles que andavam de moto antes de completar 7 anos a prevalência de acidentes é 31% maior do que aqueles que não andavam de moto. E a prevalência de acidentes entre aqueles que não travam a porta do carro é 41% maior do que aqueles que travam (Tabela 18).

Quanto às variáveis relacionadas aos fatores comportamentais houve associação com significância estatística entre as seguintes variáveis: Acredita que acidente é um evento que pode ser evitado ( $p < 0,001$ ), acredita que a alteração de funcionalidade é um fator de risco para a ocorrência de acidentes ( $p < 0,001$ ), e se recebeu alguma informação/orientação sobre prevenção de acidentes (0,026) (Tabela 19).

A prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade foi 48% maior entre os responsáveis que não acreditavam que acidente é um evento que pode ser evitado quando comparado com os responsáveis que acreditavam. A prevalência de acidentes entre os responsáveis que acreditam na alteração de funcionalidade

como um fator de risco para ocorrência de acidentes é 2,52 vezes a prevalência dos que não acreditam (Tabela 19).

Entre os responsáveis que não receberam informações/orientações sobre prevenção de acidentes, a prevalência destes eventos foi 32% maior quando comparado com os responsáveis que receberam orientações (Tabela 19).

**Tabela 18- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de risco para acidentes de transporte (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Já andou de moto antes de completar 7 anos de idade</b>				
Não	124	49,01	1,00	0,025
Sim	42	64,62	1,31(1,05-1,64)	
<b>Quando anda de moto usa capacete</b>				
Não	76	52,05	1,00	0,950
Sim	31	52,54	1,00 (0,75-1,34)	
<b>Quando menor de 10 anos anda no banco da frente</b>				
Não	125	49,41	1,00	0,049
Sim	41	63,08	1,27(1,02-1,59)	
<b>Usa cinto de segurança no carro/ônibus</b>				
Sim	133	50,38	1,00	0,150
Não	33	61,11	1,21(0,94-1,54)	
<b>Usa cadeira de transporte adequada para idade e condição física (n=76)</b>				
Sim	21	55,26	1,00	0,817
Não	22	57,58	1,04(0,70-1,55)	
<b>Trava as portas do carro</b>				
Sim	144	50,17	1,00	0,028
Não	22	70,97	1,41(1,09-1,82)	
<b>Tem o hábito de atravessar na faixa de pedestre</b>				
Sim	87	43,94	1,00	0,169
Não	12	60,00	1,36(0,92-2,02)	
<b>Atravessar a rua com sinal verde(aberto) para os carros</b>				
Não	86	44,79	1,00	0,762
Sim	12	48,00	1,07(0,69-1,66)	
<b>Anda desacompanhada na rua</b>				
Não	133	51,55	1,00	0,630
Sim	33	55,00	1,06(0,82-1,38)	

\*valor de p do teste de qui quadrado

**Tabela 19- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo fatores de proteção e comportamentais (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>A criança/adolescente/ jovem tem acesso a que serviço de saúde</b>				
SUS	121	53,07	1,09(0,83-1,42)	0,770
Plano de saúde	35	48,61	1,00	
Particular	10	55,56	1,14(0,83-1,42)	
<b>Acesso a rede de apoio religiosa</b>				
Sim	117	49,79	1,00	0,147
Não	49	59,04	1,18(0,95-1,47)	
<b>Acredita que acidente é um evento que pode ser evitado</b>				
Sim	74	42,77	1,00	p< 0,001
Não	92	63,45	1,48(1,19-1,83)	
<b>Acredita que hábito e estilo de vida interferem na ocorrência de acidentes</b>				
<b>Sim</b>	82	51,25	1,00	0,733
<b>Não</b>	84	53,16	1,03(0,84-1,28)	
<b>Tem medo que o filho sofra algum acidente</b>				
<b>Sim</b>	161	52,61	1,26(0,64-2,48)	0,456
<b>Não</b>	5	41,67	1,00	
<b>Acredita que a alteração de funcionalidade é um fator de risco</b>				
<b>Sim</b>	158	56,03	2,52(1,35-4,69)	p< 0,001
<b>Não</b>	8	22,22	1,00	
<b>Já recebeu informação/orientação sobre prevenção de acidentes</b>				
<b>Sim</b>	40	42,55	1,00	0,026
<b>Não</b>	126	56,25	1,32(1,01-1,71)	
<b>Já ouvir falar de alguma política de prevenção de acidentes</b>				
<b>Sim</b>	30	46,88	1,00	0,340
<b>Não</b>	136	53,54	1,14(0,85-1,51)	
<b>Realiza afazeres domésticos sem supervisão de um adulto</b>				
Não	107	51,44	1,00	0,709
Sim	59	53,64	1,04(0,83-1,29)	
<b>Fica sob cuidado e supervisão de outras crianças</b>				
Não	107	50,95	1,00	0,534
Sim	59	54,63	1,07(0,86-1,33)	
<b>O responsável faz atividades doméstica enquanto supervisiona a criança</b>				
Não	10	47,62	1,00	0,664
Sim	156	52,53	1,10(0,69-1,75)	

\*valor de p do teste de qui quadrado

Quanto às variáveis de vulnerabilidades do responsável, encontrou-se associação com significância estatística entre as seguintes variáveis: maternidade na adolescência (0,003), depressão/sofrimento psíquico (p< 0,001) e consumo de álcool (0,013) (Tabela 20).

A prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade cuja mãe foi mãe na adolescência foi 1,38 vezes a prevalência daqueles cuja

mãe foi mãe após os 19 anos. Entre os responsáveis que sofrem com depressão e ingerem bebida alcoólica a prevalência foi, respectivamente, 54% e 32% maior (Tabela 20).

**Tabela 20- Prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituição de ensino especial segundo vulnerabilidade do responsável (n=166). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis	n	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	Valor de p*
<b>Maternidade na adolescência</b>				
Não	101	46,54	1,00	0,003
Sim	65	64,36	1,38(1,12-1,69)	
<b>Paternidade na adolescência</b>				
Não	147	51,40	1,00	0,392
Sim	19	59,38	1,15(0,84-1,57)	
<b>Pai não registrou o filho</b>				
Não	138	50,18	1,00	0,068
Sim	28	65,12	1,29(1,01-1,66)	
<b>Responsável principal com depressão/sofrimento psíquico</b>				
Não	110	46,03	1,00	p< 0,001
Sim	56	70,89	1,54(1,26-1,87)	
<b>Consumo de álcool pelo responsável principal</b>				
Não	109	47,81	1,00	0,013
Sim	57	63,33	1,32(1,07-1,63)	
<b>Consumo de drogas ilícitas</b>				
Não	160	51,95	1,00	0,616
Sim	6	60,00	1,15(0,68-1,93)	
<b>Conflitos com a lei</b>				
Não	155	51,16	1,00	0,093
Sim	11	73,33	1,43(1,03-1,98)	

\*valor de p do teste de qui-quadrado

### 6.3.1. Modelo de regressão múltipla de *Poisson*

Na análise de regressão de *Poisson* foram incluídas todas as variáveis com  $p < 0,20$  na seguinte ordem crescente do valor de p: presença de pisos escorregadios/irregulares; utilizar aparelho elétrico sem plug; deixar medicações em cima de sofá/móveis/outras locais visíveis; acreditar que acidente é um evento que pode ser evitado; acreditar que a alteração de funcionalidade é um fator de risco para ocorrência de acidentes; se o responsável tem depressão/sofrimento psíquico; faixa etária da criança/adolescente/jovem; deixar objetos em cima de toalha de mesa; deixar carregadores conectados na tomada; guardar farmacinha em locais acessíveis; deixar recipiente com água no chão (bacia/balde); realizar atividade com

chama na frente da criança/adolescente/jovem; maternidade na adolescência; se criança/adolescente/jovem sobe em árvore para brincar; deixar objetos espalhados pelo chão; guardar produtos de limpeza em embalagens de alimentos; consumo de álcool pelo responsável principal; possuir plantas venenosas em casa; ter farmacinha em casa; se criança/adolescente/jovem faz uso de talco em pó; se criança/adolescente/jovem andou de moto antes de completar 7 anos; se responsável utiliza frases de incentivo para medicar criança/adolescente/jovem; se responsável principal já recebeu informações/ orientações sobre prevenção de acidentes; se tem animais domésticos em casa (gato e cachorro); se trava as portas do carro; fósforo fica acessível; uso de T/benjamin/adaptadores de tomada; aproximar de animais desconhecidos; ter móveis embaixo de janelas; andar no banco da frente com menos de 10 anos de idade; ter produtos de limpeza em locais acessíveis; presença de roedores no ambiente domiciliar; ter brinquedos com peças pequenas; pai que não registrou a criança/adolescente/jovem; ter conflitos com a lei; ter entulho no quintal; frequência com que o piso fica molhado; zona de moradia; panela em cima do fogão; recipientes com alimentos quentes em cima de toalhas/forros de mesa; objetos pequenos em locais acessíveis; utilizar o fogão sem a supervisão de um adulto; tipo de deficiência; acesso a rede de apoio religioso; usar cinto de segurança e atravessar na faixa de pedestre.

No entanto permaneceram no modelo final as variáveis: acreditar que o acidente é um evento que pode ser evitado, faixa etária, presença de pisos desnivelados ou escorregadios, utilizar aparelho elétrico sem plug, responsável principal com depressão/sofrimento psíquico, se a criança/adolescente/jovem utiliza o fogão sem a supervisão de um adulto, presença de animais domésticos em casa, sexo da criança/adolescente/jovem e tipo de alteração de funcionalidade.

Na Tabela 21, encontra-se o modelo múltiplo final com as seguintes variáveis com significância estatística: acreditar que o acidente é um evento que pode ser evitado (0,004), faixa etária da criança/adolescente/jovem (0,001), presença de pisos desnivelados ou escorregadios (0,001), se utiliza aparelho elétrico sem plug (0,002), responsável principal com depressão/sofrimento psíquico (0,017), se criança/adolescente/jovem utiliza o fogão sem a supervisão de um adulto (0,029), ausência de animais domésticos em casa (0,001), ajustado por sexo da criança/adolescente/jovem e tipo de alteração de funcionalidade. Foi realizado teste de bondade de ajuste, mostrando que o modelo é adequado ( $p=0,4695$ ).

A prevalência de acidentes entre as crianças menores de 12 anos foi 38% maior do que nas crianças acima de 12 anos, e 25% maior entre a população infantojuvenil com múltiplas

alterações de funcionalidade quando comparado com alteração intelectual, ajustado por sexo (Tabela 21).

Entre os responsáveis que não acreditam que o acidente é um evento que pode ser evitado, e com depressão ou outro sofrimento psíquico, a prevalência de acidentes foi, respectivamente, 35% e 27% maior, independente do sexo e do tipo de deficiência da vítima. A prevalência de acidentes entre aqueles cuja casa havia piso desnivelado ou escorregadio foi 1,37 vezes a prevalência daqueles onde não havia (Tabela 21).

A prevalência de acidentes entre a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade que utilizavam aparelhos elétricos sem plug foi 36% maior, entre os que utilizavam fogão sem a supervisão de um adulto foi 31% maior, e entre aqueles que não tinham animais domésticos em casa 40% maior, independente do sexo e da deficiência (Tabela 21).

**Tabela 21- Modelo de Regressão múltipla de Poisson: variáveis associadas à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculada em instituições de ensino especial. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017.**

Variáveis e categorias	RP bruta (IC95%)	RP ajustada* (IC95%)	Valor de p
<b>Acredita que o acidente é um evento que pode ser evitado</b>			
Sim	1,00	<b>1,00</b>	<b>0,004</b>
Não	1,48(1,19-1,83)	<b>1,35(1,10-1,65)</b>	
<b>Faixa etária da criança/adolescente/jovem</b>			
Menor de 12 anos	1,47(1,19-1,80)	1,38(1,13-1,69)	<b>0,001</b>
Maiores de 12 anos	1,00	1,00	
<b>Presença de pisos desnivelados ou escorregadios</b>			
Não	1,00	1,00	0,001
sim	1,48(1,21-1,81)	1,37(1,13-1,67)	
<b>Utiliza aparelho elétrico sem plug?</b>			
Não	1,00	1,00	0,002
Sim	1,63(1,34-1,99)	1,36(1,12-1,65)	
<b>Responsável principal com depressão/outra sofrimento psíquico</b>			
Não	1,00	1,00	0,017
Sim	1,54(1,26-1,87)	1,27(1,04-1,54)	
<b>Utiliza o fogão sem a supervisão de um adulto</b>			
Não	1,00	1,00	0,029
Sim	1,21(0,95-1,54)	1,31(1,13-1,72)	
<b>Presença de animais domésticos em casa</b>			
Não	1,40(1,13-1,72)	1,40(1,13-1,72)	0,001
Sim	1,00	1,00	
<b>Sexo da criança/adolescente/jovem</b>			
Feminino	1,00	1,00	0,265
Masculino	1,07(0,86-1,33)	1,12(0,91-1,37)	
<b>Tipo de deficiência</b>			
Intelectual	1,00	1,00	0,075
Sensorial (visual e auditiva)	1,32(0,98-1,78)	1,32(0,97-1,79)	
Múltipla	1,27(1,00-1,61)	1,25(1,01-1,56)	

**p= <0,001**

IC 95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência. \*Ajustada para sexo da vítima, faixa etária da vítima, tipo de deficiência e demais variáveis da Tabela pelo método de Regressão de Poisson

A prevalência de acidentes na população infantojuvenil (0-24 anos) com alterações de funcionalidade é o principal achado do estudo. Nem todas as variáveis investigadas possibilitaram a comparação dos resultados com estudos realizados especificamente na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, em decorrência da carência de estudos sobre a temática nesta população específica, por isso também trouxemos para a discussão estudos sobre acidentes entre crianças, adolescentes e jovens sem deficiência.

No presente estudo, entre as crianças, adolescentes e jovens com deficiência cujos pais/responsáveis não acreditavam que o acidente é um evento que pode ser evitado, houve maior prevalência de ocorrência de acidentes quando comparado com os que acreditavam. Corroborando com nossos achados, um estudo realizado na Itália evidenciou que 55% dos responsáveis de crianças menores de seis anos, sem deficiência, não acreditavam que o acidente é um evento que pode ser evitado e essa variável foi associada a uma maior ocorrência de injúrias não intencionais (SANTAGATI; VEZZOSI; ANGELILLO, 2016).

Outro estudo realizado com mães adolescentes evidenciou que 27% acreditavam que os acidentes eram inevitáveis e não há o que se fazer para evitá-los, e outros 33% acreditavam que o evento foi resultado de características peculiares da criança (MURPHY, 2001).

Quando o responsável tem a percepção que é possível prevenir um acidente, as atitudes com relação as orientações e medidas preventivas são favoráveis e o mesmo apresenta maior adesão aos fatores protetivos (İNCE; YALÇIN; YURDAKÖK, 2017). Estudo tem evidenciado que acreditar que o acidente é um evento imprevisível, inevitável e que faz parte do desenvolvimento infantil é uma das principais barreiras de prevenção de acidentes (ABLEWHITE et al., 2015).

Quanto à faixa etária das vítimas, ficou evidenciado que houve maior prevalência de acidentes entre as crianças menores de 12 anos, quando comparado com adolescentes e jovens (12 a 24 anos). Diferente desse achado, nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo com crianças e adolescentes de 0 até 19 anos evidenciou que as taxas de acidentes (lesões não intencionais) foram maiores para os jovens mais velhos, 15 a 17 anos. Foram incluídos nesse estudo jovens com as seguintes condições: transtorno de hiperatividade com déficit de atenção (TDAH), paralisia cerebral, autismo, convulsões, deficiência intelectual, perda auditiva moderada a profunda, cegueira, distúrbios de aprendizagem e outros atrasos no desenvolvimento (BRENNER et al., 2013).

Semelhante ao presente estudo, pesquisa realizada na China com crianças deficientes, entre 1 a 14 anos de idade, identificou maior prevalência de acidentes na faixa etária de 5 a 10 anos. Neste estudo a alteração de funcionalidade foi categorizada usando os seis grupos seguintes que são definidos pelos Critérios de Classificação de Deficiência da China: deficiência visual, deficiência auditiva, incapacidade de fala, deficiências físicas, deficiência intelectual e transtornos da saúde mental (ZHU et al., 2014).

Na Grécia crianças com deficiência que procuraram atendimento no departamento de emergência para uma lesão representaram 1,1 % de todas as crianças lesadas entre zero a

quatro anos de idade, mas este número quase triplica para 3,1 % entre aqueles na faixa etária de 10 a 14 anos (PETRIDOU et al., 2003).

Embora especulativa, essa diferença de faixa etária com maior prevalência de acidentes entre a população infantojuvenil com deficiência encontrada nos estudos pode estar relacionada ao tipo de alteração de funcionalidade da população de estudo, pois essa variável se reflete na mobilidade, na independência e na compreensão cognitiva (BRENNER et al., 2013).

O presente estudo, a prevalência de acidentes foi maior quando havia pisos desnivelados ou escorregadios no ambiente domiciliar. Estudo evidenciou que a característica do piso no ambiente domiciliar foi identificada como a principal causa de acidentes que resultaram em hospitalizações ou atendimento de emergência entre crianças (SHIELDS et al., 2016). E o mecanismo de acidente relacionado com as características do piso é a queda, a causa acidental mais prevalente entre a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, fato que foi evidenciado no presente estudo e corroborado por outros estudos internacionais (PETRIDOU et al., 2003; WHITE et al., 2018; ZHU et al., 2012).

Considerando as diversas consequências desse tipo de acidente para a vítima, além do impacto para os serviços de saúde, fica evidente a importância de se realizarem orientações quanto as adequações necessárias ao piso do ambiente domiciliar para prevenção de quedas (KENDRICK et al., 2008).

O impacto destas orientações foi avaliado em um estudo realizado na Nova Zelândia identificando redução na ocorrência de acidentes. Apesar de serem adequações que necessitam de reformas, como troca de pisos ou outros ajustes, são alterações de longa duração que beneficiam não somente crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, mas todos as pessoas expostas ao ambiente (KEALL et al., 2015).

A utilização de aparelhos elétricos sem plug no ambiente domiciliar aumentou a prevalência de ocorrência de acidentes entre a população infantojuvenil com alteração de funcionalidade. O uso de aparelhos com plug estragado, conectados diretamente na tomada pelo fio condutor de energia, pode ser considerado uma situação de negligência do responsável diante do risco explícito para choque elétrico. Esta situação adverte sobre a necessidade de divulgar informações e orientar os responsáveis quanto aos riscos e as medidas de proteção para prevenção de choque elétrico.

Estudos destacam algumas medidas para prevenção de choque elétrico: não deixar fiação elétrica exposta, não fazer instalação elétrica precária, não usar aparelhos elétricos estragados e em má condições de uso, não utilizar aparelhos elétricos sem plug, não deixar

carregadores ligados na tomada sem estarem sendo utilizados, colocar protetores de tomada em tomadas baixas (BRITO; MARTINS, 2016; FIGUEIREDO; PEREIRA; GARCIA, 2009).

No presente estudo crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade cujos pais ou responsáveis apresentavam depressão/outra sofrimento psíquico, apresentaram uma maior prevalência de acidentes. Um estudo de coorte identificou que crianças e adolescentes (3 a 11 anos) expostos a mães com problemas de saúde mental, entre estes depressão e ansiedade, tiveram taxas mais altas de acidentes na infância do que aquelas não expostas (HOPE et al., 2019).

Outro estudo que analisou se a doença mental dos pais tem implicações para o risco da criança para lesões cerebrais traumáticas (TCE) evidenciou que pais que apresentam transtorno do humor foram associados com maiores taxas de TCE em crianças (WILSON et al., 2018).

A parentalidade isoladamente já envolve mudanças psicológicas, sociais, financeiras para os responsáveis que podem resultar em um sofrimento psíquico, e estudos têm evidenciado que o cuidado de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade é um fator de risco para doenças psíquicas em decorrência da demanda de cuidados e mudanças na dinâmica familiar (PEREIRA-SILVA; DESSEN; BARBOSA, 2015; RISDAL; SINGER, 2004).

O sofrimento mental ou psíquico pode se manifestar na pessoa de várias formas, como por exemplo, o transtorno de ansiedade, psicoses, transtorno de humor bipolar e depressão, sendo este último o transtorno de humor mais frequente e considerado um problema de saúde pública. O paciente em sofrimento psíquico pode apresentar sintomas negativos com: apatia, pensamento suicida, desinteresse e pensamento lentificado. Já entre os sintomas positivos mais comuns podemos citar os delírios, alucinações, agressividade e agitação psicomotora (MARCOLAN; CASTRO, 2015).

Estes sintomas psíquicos somados aos efeitos colaterais e adversos das medicações, afetam principalmente atenção e destreza muscular dos pacientes. São, portanto, fatores que podem interferir no cuidado de crianças, adolescentes e jovens com deficiência à medida que podem deixar os responsáveis menos atentos aos fatores de risco para acidentes (HOPE et al., 2019).

O enfermeiro desempenha um papel essencial no cuidado dessas famílias, sendo os cuidados de enfermagem de grande impacto para redução do risco aumentado para acidentes entre os pais e responsáveis com sofrimento psíquico. Os cuidados vão desde a identificação precoce dos sintomas, encaminhamento para um serviço de atendimento psicossocial,

acompanhamento do tratamento, identificação dos fatores de risco e orientações aos familiares (MARCOLAN; CASTRO, 2015).

Utilizar o fogão sem a supervisão de um adulto também aumentou a prevalência de acidentes na população intantojuvenil com alterações de funcionalidade. Estudo realizado na Gâmbia objetivou examinar as características gerais de queimaduras e identificar resultados de queimaduras em crianças supervisionadas por adultos em comparação com aqueles que não estavam sendo supervisionadas no momento do acidente. Evidenciou-se que crianças e adolescentes até 18 anos de idade se acidentaram mais quando estavam cozinhando e as lesões mais graves ocorreram quando não havia um adulto supervisionando enquanto se utilizava o fogão (SANYANG et al., 2017).

Orientamos que as crianças não devem utilizar o fogão e nem circular pela cozinha durante o preparo das refeições. Já com relação aos adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, orienta-se que os mesmos sejam ensinados a cozinhar sempre com a supervisão de um adulto e deve-se evitar utilizar o fogão sozinhos.

Em nosso estudo a prevalência de acidentes foi maior entre aquelas famílias que não tinham gato/cachorro no ambiente domiciliar, sendo a presença de *pets* um fator de proteção. Diferente do nosso achado, um estudo realizado na China identificou que crianças e adolescentes com deficiência (0 a 14 anos) tinham mais de 75% de probabilidade de sofrerem acidente no último ano quando tinham gato/cachorro no ambiente domiciliar (ZHU et al., 2012).

Sabe-se por alguns estudos que a presença de gato e o cachorro podem representar risco de acidentes causando mordeduras e arranhaduras (CHEN et al., 2016), contudo também é conhecido que em algumas situações estes animais domésticos apresentam função terapêutica, sendo, em determinadas circunstâncias, um fator de segurança e proteção para esta população (GODDARD; GILMER, 2015).

Entre os animais de estimação, os cães, não apenas podem ter esse papel, mas também podem ser cães de assistência, especialmente treinados para realizar uma variedade de tarefas para ajudar crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade. Estudos têm evidenciado que existem várias formas do cão de estimação desempenhar um papel terapêutico, como sendo cão-guia, cães treinados para pessoas com deficiência auditiva, cães de assistência à mobilidade, cães de serviço e cães de dupla finalidade. São muitos os benefícios em ter um cachorro como animal de estimação, entre eles o impacto no bem-estar físico, emocional e social (AUDRESTCH et al., 2015; STACE, 2016).

Portanto, cabe aos responsáveis ter cautela e planejamento para selecionarem o pet que fará companhia para a criança, adolescente e jovem com alteração de funcionalidade. Deve-se levar em consideração o porte do animal, as características de personalidade da raça, a forma de criação e o adestramento. Os cuidadores também devem fornecer supervisão adequada e direta durante a interação entre a criança/adolescente/jovem e o animal de estimação, ao invés de assumir que o animal possui habilidades inatas de reconhecer que a criança/adolescente ou jovem tem alteração de funcionalidade e sabem responder com maior tolerância ao comportamento inapropriado (CARLISLE et al., 2018).

Dessa forma, salienta-se a importância das medidas preventivas e dos cuidados que os cuidadores devem ter com os pets, promovendo a segurança e evitando situações de risco: A população infantojuvenil com alteração de funcionalidade deve sempre estar sendo supervisionada por um adulto quando estiver brincando ou em contato com o animal doméstico; antes de adquirir qualquer animal de estimação, investigue sobre as raças dando preferência para aqueles de temperamento mais dócil e que possuem melhor afinidade com as crianças; mantenha seu animal doméstico sempre bem cuidado, higienizado, alimentado e vacinado para que o mesmo não fique estressado ou apresente comportamento agressivo por se sentir ameaçado; as crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade também devem ser ensinados e orientados a brincar com os animais de estimação, para que os mesmos não sejam incomodados quando estiverem comendo, dormindo ou com filhotes (BRITO; MARTINS, 2016).

#### **6.4. Quanto à intervenção**

Foram realizadas capacitações para os funcionários das escolas de atendimento educacional especializado, cuja temática abordou medidas de prevenção de acidentes com as crianças na escola e a realização dos primeiros socorros diante dos principais acidentes. Essa intervenção está em consonância com a legislação brasileira e com as políticas públicas da infância e da juventude (BRASIL, 2009a, 2009b, 2015, 2018b).

Os profissionais das escolas foram divididos em equipe técnica (de nível médio e técnico) e equipe multidisciplinar (de nível superior), sendo realizadas treze capacitações no total (sete para a equipe multidisciplinar e seis para a equipe técnica).

Do total de nove instituições, sete participaram das capacitações para a equipe multidisciplinar. Uma escola para alunos com deficiência visual apresenta a maior parte dos professores com deficiência visual, e por isso a metodologia da intervenção está sendo

adaptada para atender as necessidades deste público específico, dessa forma essa escola não participou deste momento de capacitações. Outra escola não aceitou o convite para participar.

Quanto às capacitações para a equipe técnica dessas instituições, seis escolas participaram das capacitações. Duas foram excluídas pelo mesmo motivo que foram excluídas das capacitações para equipe multidisciplinar, e uma porque não contava com o profissional Auxiliar de Desenvolvimento Infantil na equipe, nem o técnico de enfermagem. A equipe técnica dessa instituição era composta por uma secretária, duas cozinheiras e um guarda. Esses profissionais foram convidados a participar da capacitação juntamente com a equipe multidisciplinar da sua escola. Dois não aceitaram o convite, e dois participaram apenas da parte teórico-prática.

Realizou-se uma análise do efeito dessa intervenção educativa com os funcionários e os resultados estão apresentados na forma de manuscritos, e estão descritos no quadro abaixo:

**Quadro 4- Manuscritos referente às intervenções realizadas com os funcionários das instituições de atendimento educacional especializado, Cuiabá-MT, Brasil, 2019.**

	TÍTULO	REVISTA
1	Efeito de capacitação sobre primeiros socorros em acidentes para equipes de escolas de ensino especializado	REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem – Qualis A 2
2	Avaliação de treinamento sobre primeiros socorros para equipe técnica de escolas de ensino especializado	Revista Cogitare Enfermagem- Qualis B 1

Ambos manuscritos foram aprovados para publicação. A seguir, serão apresentados o comprovante de aceite da revista e os artigos na íntegra.

### 6.4.1. Efeito de atividade educativa sobre primeiros socorros em escolas de ensino especializado

Revista Brasileira de Enfermagem - Decision on Manuscript ID REBEn-2018-0288.R3

Revista Brasileira de Enfermagem <onbehalfof@manuscriptcentral.com>

Sáb 20/10/2018, 09:26

Para: jackeline\_brito@hotmail.com <jackeline\_brito@hotmail.com>

Cc: assisteditorial.reben@abennacional.org.br <assisteditorial.reben@abennacional.org.br>

20-Oct-2018

Dear Prof. BRITO:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "EFEITO DE ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS EM ESCOLAS DE ENSINO ESPECIALIZADO" in its current form for publication in the Revista Brasileira de Enfermagem no fluxo contínuo de publicação . The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter. Congratulations!

Favor aguardar o contato do escritório editorial para darmos continuidade ao processo de publicação

Att,

Dulce

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista Brasileira de Enfermagem, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,

Prof. Dulce Barbosa

Editor-in-Chief, Revista Brasileira de Enfermagem

editor2.reben@abennacional.org.br, dulce.barbosa@unifesp.br

Associate Editor

Comments to the Author:

(There are no comments.)

Entire Scoresheet:

Reviewer: 1

Recommendation: Accept

Comments:

Manuscrito atende aos propósitos da revista.

Additional Questions:

Does the manuscript contain new and significant information to justify publication?: Yes

Do the Title and Abstract (Summary) clearly and accurately describe the content of the article?: Yes



## ARTIGO ORIGINAL

### **Efeito de capacitação sobre primeiros socorros em acidentes para equipes de escolas de ensino especializado**

*Effect of first aid training on teams from special education schools*

*Efecto de la capacitación sobre primeros auxilios en accidentes para los equipos de escuelas de enseñanza especializada*

**Jackeline Gonçalves Brito<sup>I</sup>**  
0000-0003-0943-2910

**Inês Pereira de Oliveira<sup>II</sup>**  
0000-0003-3777-7991

**Christine Baccarat de Godoy<sup>III</sup>**  
0000-0002-9397-9400

**Ana Paula dos Santos Jesus Marques França<sup>IV</sup>**  
0000-0002-9252-5917

<sup>I</sup>Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá-MT, Brasil.

<sup>IV</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o efeito de uma capacitação no conhecimento da equipe multidisciplinar de escolas de ensino especializado sobre primeiros socorros diante de acidentes escolares. **Método:** Estudo quase experimental do tipo antes e depois com grupo único de comparação. Realizou-se estatística descritiva e teste de McNemar para avaliar o efeito da intervenção. **Resultados:** Participaram 162 profissionais de nível superior, predominantemente professores (82,1%). Sexo e faixa etária preponderante foram, respectivamente, feminino (97,5%) e idade acima de 40 anos (69,2%). Houve aumento de acerto em todas as questões abordadas com significância estatística ( $\leq 0,05$ ). Destacam-se o correto manejo diante de queda com traumatismo craniano encefálico, choque elétrico e queimadura por líquido quente (respectivamente: 98,1%, 98,1% e 96,9% de acertos). **Conclusão:** A capacitação sobre

primeiros socorros diante de acidentes, por meio de exposição de conteúdo de forma dialogada e prática, se mostrou eficiente para a equipe multidisciplinar de escolas de ensino especializado para pessoas com deficiência.

**Descritores:** Primeiros Socorros; Acidentes; Capacitação; Pessoas com Deficiência; Educação Especial.

### ***ABSTRACT***

**Objective:** Analyze the effect of first aid training on the knowledge of multidisciplinary teams from special education schools, in school accidents. **Method:** A quasi-experimental, before-and-after study with a single comparison group. Descriptive statistics and McNemar's test were used to evaluate the effect of the intervention. **Results:** This study had the participation of 162 higher education professionals, predominantly teachers (82.1%), female (97.5%), aged over 40 (69.2%). An increase in correct answers was observed, with statistical significance ( $\leq 0.05$ ), especially in proper handling in case of fall with traumatic brain injury, electric shock, and burn due to hot liquid (98.1%, 98.1% and 96.9% of proper response, respectively). **Conclusion:** First aid training for child accidents, through content exhibition, in a dialogical and practical way, proved to be efficient for multidisciplinary teams from special education schools for people with disabilities.

**Descriptors:** First Aid; Accidents; Training; People with Disabilities; Special Education

### ***RESUMEN***

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la capacitación sobre los primeros auxilios ante accidentes escolares en el conocimiento del equipo multidisciplinario de escuelas de enseñanza especializada. **Método:** Estudio cuasiexperimental con análisis antes y después de un único grupo de comparación. Se realizaron la estadística descriptiva y la prueba de McNemar para evaluar el efecto de la intervención. **Resultados:** Participaron 162 profesionales de nivel superior, principalmente profesores (82,1%). El sexo y el grupo de edad predominantes fueron el femenino (97,5%) y la edad superior a 40 años (69,2%). Se observó un incremento de aciertos con significancia estadística en todas las cuestiones abordadas ( $\leq 0,05$ ). Se destacan el manejo correcto ante la caída con traumatismo craneal encefálico, el choque eléctrico y la quemadura por líquido caliente (con un 98,1%, un 98,1% y un 96,9% de aciertos, respectivamente). **Conclusión:** La capacitación sobre primeros auxilios ante accidentes, por medio de exposición de contenido de forma dialogada y práctica, fue eficaz para el equipo multidisciplinario de escuelas de enseñanza especializada para personas con discapacidad.

**Descriptorios:** Primeros Auxilios; Accidentes; Capacitación; Personas con Discapacidad; Educación Especial.

AUTOR CORRESPONDENTE **Jackeline Gonçalves Brito** E-mail: jackeline\_brito@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Primeiros socorros são condutas iniciais, que podem ser realizadas por um espectador, não necessariamente profissional de saúde, com o objetivo de ajudar pessoas com risco de morte para manter as funções vitais e evitar o agravamento de sua condição de saúde<sup>(1,2)</sup>. As circunstâncias que requerem os primeiros socorros são comuns nas escolas, principalmente na educação infantil, e a falta de conhecimento sobre o primeiro atendimento pode gerar inúmeros problemas, como a omissão de socorro e a manipulação incorreta da vítima, acarretando em agravo da situação ou solicitação desnecessária do serviço de emergência<sup>(1,2)</sup>.

O atendimento educacional especializado para pessoas com deficiência tem como função “complementar ou suplementar a formação do aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidade e estratégias que eliminem as barreiras para sua plena participação na sociedade e desenvolvimento de sua aprendizagem”<sup>(3)</sup>.

É importante ressaltar que grande parte das crianças, adolescentes e jovens com deficiência permanece a maior parte do dia nessas instituições e por isso os profissionais que nelas atuam, entre eles os professores, são muitas vezes os primeiros indivíduos a testemunhar situações que exigem primeiros socorros<sup>(4,5)</sup>. Portanto, é essencial que não somente os professores, mas toda a equipe multidisciplinar da escola saiba realizar os procedimentos de forma correta até a chegada dos profissionais de saúde.

Entre as situações que requerem primeiros socorros, as causas acidentais são as mais comuns entre a população infantojuvenil, sendo mais frequentes as quedas, traumatismo craniano encefálico (TCE), trauma com avulsão dentária, queimaduras, choque elétrico e obstrução de vias aéreas por corpo estranho, entre outras<sup>(6,7)</sup>. Esses eventos são definidos como injúrias “não intencionais e evitáveis” podendo, portanto, ser previsíveis e preveníveis a partir da implementação de medidas de segurança<sup>(8)</sup>.

Os estudos que compararam acidentes entre crianças e adolescentes com e sem deficiência mostraram que as causas acidentais são semelhantes: as quedas e as forças mecânicas correspondem aos acidentes mais prevalentes em ambos os grupos<sup>(9,10)</sup>. Contudo, o risco para esses eventos varia conforme a alteração de funcionalidade. Crianças com deficiências físicas, cognitivas, auditivas, visuais e múltiplas apresentam maiores riscos de

injúrias acidentais do que seus pares, sendo que crianças com deficiência múltipla e cognitiva apresentam as lesões mais graves<sup>(11,12)</sup>.

Quanto ao ambiente de ocorrência, a escola é um dos principais cenários de acidentes na infância, e alguns autores revelam que as crianças, adolescentes e jovens com deficiência apresentam maior risco do que seus pares devido à maior vulnerabilidade, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e incapacidade de prever e evitar situações de risco<sup>(9,13-16)</sup>.

Diante do exposto, é extremamente importante que haja pessoas nas escolas capacitadas para realizar o atendimento imediato aos alunos, o que justifica a necessidade de implementar medidas que busquem a promoção e a prevenção da saúde no âmbito escolar, e que visa diminuir a ocorrência de acidentes e a capacitação para os primeiros socorros da maneira correta<sup>(17)</sup>.

Essas atividades corroboram com o Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, com o objetivo de promover a saúde nas escolas e como uma das metas “Redução da morbimortalidade por acidentes e violências” por meio de atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde nas escolas, e com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência<sup>(8,18)</sup>.

## **OBJETIVO**

Analisar o efeito de uma capacitação no conhecimento da equipe multidisciplinar de escolas de ensino especializado sobre primeiros socorros diante de acidentes escolares.

## **MÉTODOS**

### **Aspectos éticos**

Em cumprimento à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, também todas as escolas forneceram autorização por escrito e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 12).

### **Desenho, local do estudo e período**

Quanto ao desenho, trata-se de um do estudo quase experimental do tipo antes e depois com grupo único de comparação, realizado em sete escolas de ensino especializado para crianças, adolescentes e jovens com deficiência, localizada na cidade de Cuiabá-MT. Estas instituições atendem crianças a partir de seis meses de idade (para estimulação precoce),

crianças e adolescentes em idade escolar e ainda contam com salas para jovens adultos (Educação Básica para Jovens e Adultos – EJA). A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e agosto de 2017.

### **População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão**

A capital de Mato Grosso, Cuiabá, conta com nove instituições de ensino especializado, sendo seis públicas e três filantrópicas. Todas essas instituições receberam convite para participar do estudo, em resposta sete aceitaram e ofereceram uma data disponível para a realização da capacitação. Participaram do estudo 162 profissionais de nível superior, que compõem a equipe multidisciplinar da escola: professores, diretores e coordenadores (pedagogos que exerciam essas funções), fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta.

Critérios de inclusão: ser profissional de nível superior e fazer parte da equipe multidisciplinar das escolas de ensino especializado.

Critérios de exclusão: não participar da capacitação até o final e estar impossibilitado de participar da atividade educativa por motivos de licença, férias ou outros.

### **Protocolo do estudo**

O questionário utilizado para avaliar o conhecimento dos profissionais foi construído pela equipe do Projeto Creche Segura (PCS). O PCS é uma empresa com anos de experiência, que oferece formação em primeiros socorros, promoção da saúde e prevenção de acidentes com foco na saúde da criança e do adolescente e também no ambiente escolar<sup>(19)</sup>. As temáticas acidentais abordadas no questionário são revisadas anualmente e selecionadas a partir de estudos que evidenciam os acidentes mais prevalentes em ambiente escolar entre o público infantojuvenil.

Foram realizadas algumas adaptações no questionário, mediante aprovação da coordenação do PCS (ANEXO 12). A versão utilizada consta de um questionário semiestruturado com oito perguntas fechadas e uma questão aberta, em linguagem compreensível, contendo as seguintes variáveis: 1) queda infantil em ambiente escolar com trauma na cabeça; 2) criança em momento de convulsão; 3) trauma com perda de dente; 4) bebê em situação de engasgo; 5) criança maior ou adolescente em situação de engasgo; 6) sequência de passos quando uma criança/adolescente não está respondendo e não apresenta pulsos e respiração (situação de parada cardiorrespiratória); 7) choque elétrico em ambiente escolar; 8) queimadura por líquido quente (escaldadura por chá quente servido no intervalo) em ambiente escolar; e uma questão aberta perguntando qual o telefone do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (ANEXO 13).

Conforme agendamento prévio e autorização das instituições, foram realizadas sete capacitações, sendo uma em cada instituição participante do estudo. A atividade teve uma programação de quatro horas, com duração entre 3h30min a 4 h. Antes de iniciar, o TCLE foi lido em voz alta, dúvidas foram esclarecidas e foi entregue em duas vias para os participantes (15-20 minutos). Os participantes foram informados de que, se não quisessem participar do estudo, não seriam impedidos de participar da capacitação, apenas não precisaria preencher e entregar o questionário de avaliação do conhecimento.

Foi disponibilizado um tempo de 25 minutos para responder ao questionário pré-teste, sob supervisão das pesquisadoras. Posteriormente iniciou-se a capacitação com exposição dialogada do conteúdo programado com duração média de 90 minutos (conteúdo sobre prevenção dos diversos tipos de acidentes em ambiente escolar, telefone do serviço de emergência, como socorrer a criança vítima de queda, TCE, convulsão, choque elétrico, trauma com avulsão dentária, queimadura, obstrução de vias aéreas e parada cardiorrespiratória).

Após parte expositiva e dialogada com esclarecimento de dúvidas seguiu-se com a segunda etapa da capacitação, sendo esta prática. Foram utilizados manequins pediátricos e adultos para que cada participante fizesse as manobras de desobstrução de vias aéreas e ressuscitação cardiopulmonar (RCP) sob supervisão das pesquisadoras. A segunda etapa teve duração média de 30-50 minutos e variou de acordo com a quantidade de participantes. Para finalizar, foi entregue o questionário de avaliação pós-teste e disponibilizado tempo igual à primeira avaliação (25 minutos) sob as mesmas condições.

#### **Análise dos resultados e estatística**

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na sua versão 24. Utilizou-se estatísticas descritivas e inferenciais para descrever as características da população de estudo, e para análise do efeito da atividade educativa foi realizado o teste não paramétrico de McNemar (amostra emparelhada e dados nominais) e considerado significância quando  $\leq 0,05$ .

As amostras obtidas antes e após a intervenção foram emparelhadas; as respostas das questões investigadas estavam dicotomizadas em “certa” e “errada”. Todas as variáveis foram testadas por meio do teste de McNemar para verificar se houve diferenças entre os grupos antes e depois da intervenção e avaliar a probabilidade de mudança das respostas.

## RESULTADOS

Participaram do estudo sete escolas e 162 profissionais de nível superior que fazem parte da equipe multidisciplinar. Quanto à idade dos participantes, a mínima foi de 22 anos, máxima de 66, média de 44,87 anos (Desvio padrão 10,23).

As escolas com maior número de participantes foram: Escola G (22,2%) seguida da Escola D (21,6%). O sexo e a faixa etária predominantes entre os participantes foram, respectivamente, feminino (97,5%) e idade entre 40 e 49 anos (34,6%) e acima de 50 anos (34,6%). A equipe multidisciplinar é composta majoritariamente por professores (82,1%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil da equipe multidisciplinar das instituições de ensino especializado quanto a Instituição, sexo, idade e ocupação. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017

<b>Escola de ensino especializado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Escola A	18	11,1
Escola B	22	13,6
Escola C	16	9,9
Escola D	35	21,6
Escola E	10	6,2
Escola F	25	15,4
Escola G	36	22,2
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>
<b>Sexo dos participantes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	158	97,5
Masculino	4	2,5
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>
<b>Idade dos participantes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menores de 30 anos	11	6,8
30 até 39	39	24
40 até 49	56	34,6
Acima de 50	56	34,6
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>
<b>Profissão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Professor	133	82,1
Diretor/coordenador	14	8,6
Assistente social	5	3,1
Fisioterapeuta	4	2,4
Psicólogo	3	1,9
Fonoaudiólogo	3	1,9
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

A Tabela 2 evidencia um número significativo de participantes que não haviam passado por uma capacitação prévia sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros em crianças

(43,2%). A maioria dos que já haviam participado de alguma atividade educativa a respeito, havia sido há mais de dois anos (68,5%).

Tabela 2 – Capacitação da equipe multidisciplinar das instituições de ensino especializado quanto à prevenção de acidentes com crianças e primeiros socorros. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017

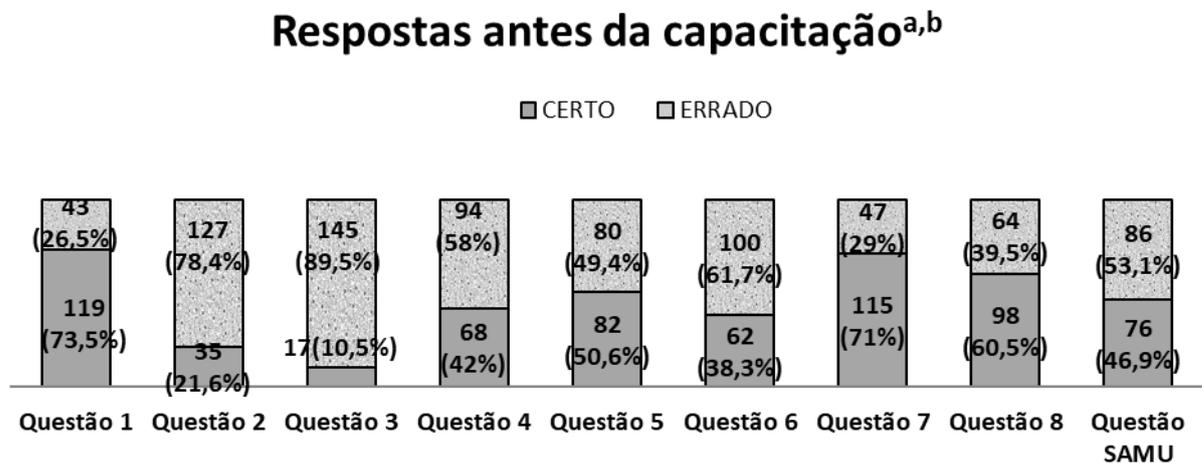
<b>Já havia participado de uma capacitação sobre a temática?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	92	56,8
Não	70	43,2
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>
<b>Se sim, há quanto tempo?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menos de 6 meses	2	2,2
Entre 6 meses até 1 ano	6	6,5
Entre 1 ano a 2 anos	21	22,8
Entre 2 a 5 anos	28	30,4
Acima de 5 anos	35	38,1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Os gráficos 1 e 2 apresentados na Figura 1 evidenciam o número de acertos e erros, antes e após a atividade educativa. Houve aumento com significância estatística em todas as respostas após a capacitação (teste de McNemar = 0,000 em todas as questões).

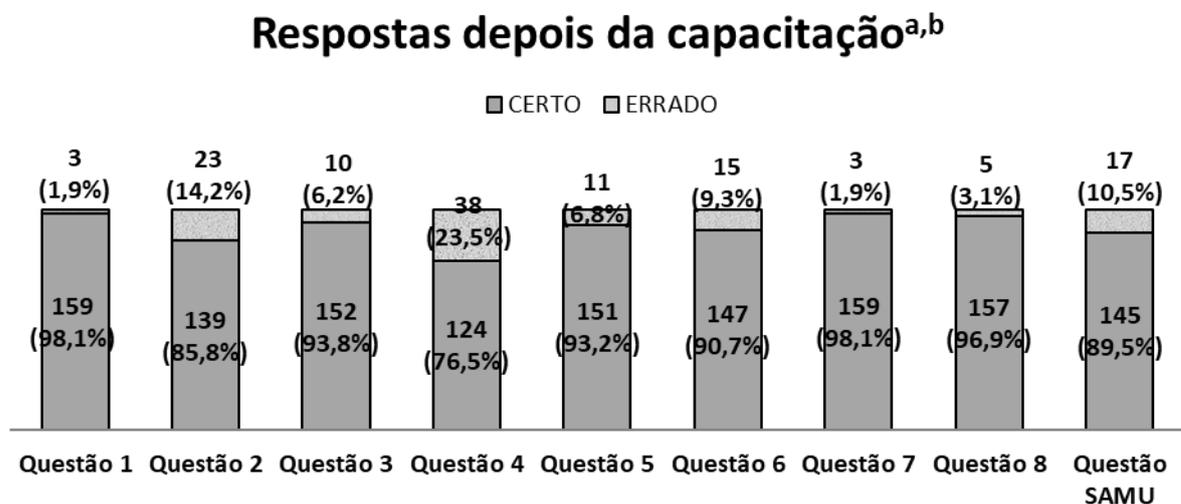
Antes da capacitação, a questão que apresentou o maior número de respostas erradas foi a 3, referente ao procedimento de primeiros socorros diante de trauma com avulsão dentária (89,5% de respostas erradas) (Figura 1).

Após a capacitação, todas as questões apresentaram aumento de acertos com significância estatística com destaque para a Questão 1, referente ao correto manejo diante de queda com traumatismos craniano encefálico (98,1% de respostas corretas), a Questão 7, referente a choque elétrico em ambiente escolar (98,1% de respostas corretas), e a Questão 8, referente a queimadura por líquido quente (escaldadura) (96,9% de respostas corretas) (Figura 1).

**Gráfico 1-** Conhecimento sobre primeiros socorros diante de acidentes dos profissionais da equipe multidisciplinar de escolas de ensino especializado antes da capacitação. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017



**Gráfico 2** – Conhecimento sobre primeiros socorros diante de acidentes dos profissionais da equipe multidisciplinar de escolas de ensino especializado após a capacitação. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017



<sup>a</sup> As temáticas das questões são: 1) queda infantil em ambiente escolar com trauma na cabeça; 2) criança em momento de convulsão; 3) trauma com perda de dente; 4) bebê em situação de engasgo; 5) criança maior ou adolescente em situação de engasgo; 6) sequência de passos quando criança/adolescente não está respondendo e não apresenta pulsos e nem respiração (parada cardiorrespiratória); 7) choque elétrico em ambiente escolar; 8) queimadura por líquido quente; E uma questão aberta perguntando qual o telefone do SAMU.

<sup>b</sup> Resultado do Teste de McNemar: Questão 1 = 0,000; Questão 2 = 0,000; Questão 3 = 0,000; Questão 4 = 0,000; Questão 5 = 0,000; Questão 6 = 0,000; Questão 7 = 0,000; Questão 8 = 0,000; Questão Samu = 0,000.

**Figura 1** – Apresentação dos gráficos de respostas antes e após intervenção e resultado do Teste de McNemar. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2017

## DISCUSSÃO

A equipe multidisciplinar das escolas que participaram do estudo era composta por professores, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistente social, psicólogo, diretoria e coordenação de ensino. A faixa etária encontrada foi semelhante à de outros estudos, na Palestina com 40% dos professores acima de 40 anos<sup>(20)</sup> e em Mangalore (Sul da Índia) com 69% dos participantes acima de 40 anos e idade média de 39,3 anos<sup>(21)</sup>.

O sexo feminino predominante corrobora com outras casuísticas<sup>(4,5,21,22)</sup>. Podemos associar este achado ao papel desenvolvido pelos participantes, que em maioria são professores de educação infantil, sendo uma atividade que cultural e historicamente é desempenhada ainda majoritariamente por mulheres<sup>(23)</sup>.

Maior número de participantes foi de professores, o que corrobora com outro estudo<sup>(4)</sup> e evidencia ser esta a classe profissional em maior número no ambiente escolar. Observou-se que nem todas as escolas tinham a presença de uma equipe multidisciplinar completa, além de faltar a figura do enfermeiro, pois sua presença não é obrigatória no ensino especializado. Os profissionais da equipe técnica (nível médio e técnico) foram contemplados em outra fase das capacitações e os resultados foram analisados separadamente.

Sugere-se maior atuação do enfermeiro no ambiente escolar, uma vez que seu papel é fundamental para promoção da saúde e prevenção de agravos. Ao observar a rotina escolar pode-se desenvolver ações para solucionar os problemas encontrados e capacitar os professores e funcionários sobre diversos temas, inclusive sobre a prevenção de acidentes e primeiros socorros, além de fortalecer a relação social entre profissionais da educação e da saúde, como propõe o PSE<sup>(18,24)</sup>.

Um número significativo de profissionais que não haviam recebido nenhuma capacitação anteriormente sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros também foi evidenciado em outros estudos<sup>(4,20,21)</sup> e revela a necessidade do desenvolvimento dessas atividades para a população. Sugere-se proposta de inclusão obrigatória desse conteúdo desde a educação infantil, como já existe em muitos países<sup>(25-27)</sup>, até a educação fundamental, ensino médio e universitário, principalmente na formação de professores.

Outros estudos também evidenciaram que atividades educativas sobre primeiros socorros para professores apresentam um resultado com significância estatística no aumento imediato do conhecimento sobre o assunto<sup>(4,17,28)</sup>. Estudo realizado na China avaliou aumento imediato no conhecimento, e mesmo após seis meses, nove meses e quatro anos do treinamento, apesar do número de acertos declinar, os professores ainda apresentaram

respostas corretas com significância estatística nos testes realizados e evidencia o fato de que capacitações são efetivas, a curto e a longo prazo, trazendo conhecimentos significativos na promoção da segurança de crianças, adolescentes e jovens no ambiente escolar<sup>(17)</sup>.

Crianças, adolescentes e jovens com deficiência apresentam maiores riscos para acidentes em ambiente escolar do que seus pares<sup>(10,29,30)</sup>. Quando se trata de queda com TCE, esse risco também é maior entre as crianças com deficiência múltipla e física, se comparado com crianças com deficiência cognitiva<sup>(31)</sup>.

A queda de um nível elevado, com TCE, pode resultar em paraplegia e práticas incorretas ao oferecer os primeiros socorros podem causar lesões na medula espinhal, além de transformar um corte incompleto em um corte completo, o que resulta em danos neurológicos permanentes, sendo essencial que a vítima não seja movida de qualquer maneira, mantendo sua correta imobilização<sup>(5)</sup>. Dessa forma, foi essencial a abordagem de como se realizar o primeiro atendimento nessa situação.

Estudo realizado na Nigéria também evidenciou falta de conhecimento prévio dos professores sobre o socorro do aluno com crise convulsiva e significância estatística no aumento de conhecimento após atividade educativa<sup>(28)</sup>. Crises convulsivas são muito comuns na infância, bem como entre crianças com paralisia cerebral ou deficiência múltipla. Pelo fato de a criança passar mais de um terço do dia na escola, o professor tem grande probabilidade de presenciar uma crise convulsiva e precisa estar orientado sobre como proceder<sup>(32)</sup>.

Anteriormente à capacitação e corroborando com outros estudos, grande parte dos professores acreditava que deveria colocar uma colher ou outros objetos na boca da criança para que ela não enrolasse a língua, ou deveria impedir os movimentos do corpo da criança<sup>(32,33)</sup>. Após a capacitação houve aumento de acerto nas respostas com significância estatística, o que evidencia assimilação do conhecimento quanto ao correto procedimento: permanecer junto da criança ou do adolescente o tempo todo, evitar a queda da vítima e o traumatismo da cabeça acolchoando-a, afastar objetos perigosos e que podem machucar, não interferir nos movimentos convulsivos, lateralizar a vítima e cronometrar a convulsão<sup>(1,34)</sup>.

Neste estudo, a questão com maior número de erros investigava sobre o correto manejo diante de um trauma com avulsão dentária, evidenciando-se falta de conhecimento com relação ao tema, o que corrobora com estudos realizados em Matura, na Índia<sup>(35)</sup> e no Cartum, no Sudão<sup>(36)</sup>. Após a capacitação houve aumento do conhecimento com significância estatística, semelhante a outros estudos que realizaram intervenção educativa e evidenciaram a importância de capacitações sobre essa temática<sup>(37,38)</sup>.

O prognóstico do trauma dentário depende do correto manejo imediato após a lesão, o que geralmente é feito por professores que estão no momento do acidente<sup>(36)</sup>. Quando ocorre avulsão do dente é preciso armazená-lo em leite frio, pois há ótima osmolaridade e composição de pH ideal para conservação por um período de até três horas, tempo suficiente para que a criança receba atendimento odontológico. O trauma dentário na maior parte das vezes afeta os incisivos centrais e pode levar a uma perda de função, bem como um impacto negativo na qualidade de vida, desconforto ao sorrir, sofrimento psicológico e baixa autoestima, sendo significativa a importância da implantação imediata do dente perdido ou quebrado<sup>(36,37)</sup>.

Antes da capacitação, foi evidenciado pouco conhecimento quanto às manobras de desobstrução de vias aéreas em lactentes e em crianças maiores/adolescentes, corroborando com estudos realizados com professores na Turquia<sup>(5)</sup> e na Índia<sup>(21)</sup>. É essencial que os professores e outros membros da equipe saibam realizar a manobra de Heimlich adequadamente, pois em caso de corpo estranho ou engasgo no ambiente escolar, são a única testemunha e fonte de socorro do aluno.

Também houve significância estatística quanto à aprendizagem de RCP em outros estudos<sup>(4,17)</sup>. Neste estudo considera-se que a parte prática foi essencial para o aprendizado e a fixação do conteúdo e sugere-se que as capacitações ocorram de forma periódica, para relembrar o treinamento prático e manter o conhecimento atualizado.

O correto manejo em situação de choque elétrico também foi outra questão com maior número de acertos após a capacitação, sendo fundamental divulgar as seguintes informações: é necessário desligar primeiramente a fonte de energia antes de tocar na vítima; quando a energia estiver desligada, deve-se avaliar a vítima, que pode precisar de RCP; e todas as vítimas de choque elétrico necessitam de avaliação médica porque a extensão da lesão pode não ser aparente<sup>(1)</sup>.

Outros estudos, na província egípcia de Assiute<sup>(39)</sup> e na China<sup>(17)</sup>, também evidenciaram falta de conhecimento antes de intervenção educativa sobre primeiros socorros relacionados à escaldadura e aumento de acerto nas respostas com significância estatística após intervenção. Em Isparta apenas 32,7% dos professores sabiam como fazer o procedimento de forma adequada<sup>(5)</sup>.

Neste estudo um significativo número de participantes passaria pomadas, pasta de dente ou outros produtos na pele queimada, ou simplesmente não fariam nada até o atendimento médico. O correto seria resfriar a área afetada por cerca de 15 minutos com água fria e corrente, o resfriamento reduz a dor, o edema e profundidade de lesão<sup>(1)</sup>.

Outros estudos também evidenciaram um número expressivo de professores e outros funcionários que não sabiam o número de emergência <sup>(5,21,40)</sup>, portanto é essencial o esforço para maior divulgação desta informação e de quando o resgate deve ser acionado.

### **Limitações do estudo**

O estudo apresenta como limitação a pouca disponibilidade/dificuldade das instituições de ensino em oferecer uma data em seu calendário escolar para que os professores e funcionários possam participar de capacitações. Seria extremamente significativo dar seguimento a esta ação e avaliação de forma contínua. Sugerimos que essas atividades sejam incentivadas e valorizadas desde o planejamento acadêmico das instituições de ensino para promover a interface entre saúde e educação.

### **Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública**

Este estudo vai ao encontro com os objetivos das políticas públicas de saúde para prevenção de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens, contribuindo para redução dos agravos, a partir da promoção do conhecimento sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros diante desses eventos.

Também proporciona a participação da enfermagem dentro do ambiente escolar, promovendo a educação e a saúde na comunidade, exercendo o papel do cuidar a partir da capacitação dos professores e funcionários das escolas de ensino especializado para crianças, adolescentes e jovens com deficiência para promover a segurança por meio da prevenção e o correto manejo dos primeiros socorros, desmistificando ações que poderiam agravar o estado de saúde dessa população.

### **CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi evidenciada falta de conhecimento da equipe multidisciplinar de escolas de ensino especializado para crianças, adolescentes e jovens com deficiência, quanto aos primeiros socorros diante dos acidentes escolares. A capacitação por meio de exposição dialogada do conteúdo com parte prática se mostrou eficiente para promover o conhecimento sobre a temática, uma vez que após a intervenção houve aumento de acertos nas questões abordadas com significância estatística.

Sugere-se que seja implementado no calendário acadêmico dias reservados para capacitações e que a direção da escola esteja engajada com a equipe de saúde da Estratégia de

Saúde da Família mais próxima, para dar continuidade a essas ações, e estar em consonância com o PSE e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

## **FOMENTO / AGRADECIMENTO**

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão de bolsa de estudos à doutoranda e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de iniciação científica concedida à graduanda de enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Agradecemos à equipe do Programa Creche Segura por ter cedido o questionário de avaliação do conhecimento sobre primeiros socorros.

## **REFERÊNCIAS**

1. Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, Cassan P, Chung KL, Epstein J, et al. Part 17: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl 3):S934-46. doi: 10.1161/circulationaha.110.971168
2. Ministério da Saúde (BR). Manual de Primeiros Socorros [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003 [cited 2019 Apr 3]. Available from: <https://bit.ly/1ytQrwk>
3. Brasil. Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. *Diário Oficial da União* [Internet].,2009 Out 5 [cited 2019 Apr 3];1:17. Available from: <https://bit.ly/2BICXHd>
4. Calandrim LF, Santos AB, Oliveira LR, Massaro LG, Vedovato CA, Boaventura AP. First aid at school: teacher and staff training. *Rev Rene*. 2017;18(3):292-9. doi: 10.15253/2175-6783.2017000300002
5. Sönmez Y, Uskun E, Pehlivan A. Knowledge levels of pre-school teachers related with basic first-aid practices, Isparta sample. *Turk Pediatr Ars*. 2014;49(3):238-46. doi: 10.5152/tpa.2014.1581
6. Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Copenhagen: WHO; 2008.
7. World Health Organisation. World report on child injury prevention. Geneva: WHO; 2008.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*. 2001 May 18;1e:3.

9. Brenner RA, Taneja GS, Schroeder TJ, Trumble AC, Moyer PM, Louis GMB. Unintentional injuries among youth with developmental disabilities in the United States, 2006-2007. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2013;20(3):259-65. doi: 10.1080/17457300.2012.696662
10. Petridou E, Kedikoglou S, Andrie E, Farmakakis T, Tsiga A, Angelopoulos M, et al. Injuries among disabled children: a study from Greece. *Inj Prev.* 2003;9(3):226-30.
11. Sinclair SA, Xiang H. Injuries among US children with different types of disabilities. *Am J Public Health.* 2008;98(8):1510-6. doi: 10.2105/AJPH.2006.097097
12. Xiang H, Wheeler KK, Stallones L. Disability status: a risk factor in injury epidemiologic research. *Ann Epidemiol.* 2014;24(1):8-16. doi: 10.1016/j.annepidem.2013.10.014
13. Shi X, Shi J, Wheeler KK, Stallones L, Ameratunga S, Shakespeare T, et al. Unintentional injuries in children with disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Inj Epidemiol.* 2015;2(1):1-2. doi: 10.1186/s40621-015-0053-4
14. Ramirez M, Fillmore E, Chen A, Peek-Asa C. A comparison of school injuries between children with and without disabilities. *Acad Pediatr.* 2010;10(5):317-22.
15. Bonander C, Beckman L, Janson S, Jernbro C. Injury risks in schoolchildren with attention-deficit/hyperactivity or autism spectrum disorder: Results from two school-based health surveys of 6- to 17-year-old children in Sweden. *J Safety Res.* 2016;58:49-56. doi: 10.1016/j.jsr.2016.06.004
16. Ramirez M, Peek-Asa C, Kraus J. Disability and risk of school related injury. *Inj Prev.* 2004;10(1):21-6. doi: 10.1136/ip.2003.002865
17. Li F, Sheng X, Zhang J, Jiang F, Shen X. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. *BMC Pediatr.* 2014;14(1):1-8. doi: 10.1186/1471-2431-14-209
18. Ministério da Saúde (BR). Caderno de atenção básica nº 24: saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
19. Projeto Creche Segura [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 17]. Available from: <https://bit.ly/2UcJlJ4>
20. Amro N, Qtait M. General knowledge & attitude of first aid among schoolteacher's in Palestine. *Int J Innov Res Med Sci.* 2017;2(4):660-5. doi: 10.23958/ijirms/vol02-i4/05
21. Joseph N, Narayanan T, Bin Zakaria S, Nair AV, Belayutham L, Subramanian AM, et al. Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, south India. *J Prim Heal Care.* 2015;7(4):274-81.
22. Sharma R, Kumar A, Masih S. Knowledge and practice of primary school teachers about

- first aid management of selected minor injuries among children. *Int J Med Public Heal*. 2014;4(4):458. doi: 10.4103/2230-8598.144114
23. Costa SNG, Silva JMM, Freitas BIBM, Reis AFC. Child accidents: knowledge and perception of daycare educators. *Rev enferm UFPE online [Internet]*. 2017 [cited 2019 Apr 3];11(10):3845-52. Available from: <https://bit.ly/2TUS6bh>
24. Rasche AS, Santos MSS. School nursing and its specialization: a new or old activity. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2019 Apr 3];66(4):607-10. Available from: <https://bit.ly/2Ia43r9>
25. De Buck E, Van Remoortel H, Dieltjens T, Verstraeten H, Clarysse M, Moens O, et al. Evidence-based educational pathway for the integration of first aid training in school curricula. *Resuscitation*. 2015;94:8-22. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.06.008
26. Lukas RP, Van Aken H, Mölhoff T, Weber T, Rammert M, Wild E, et al. Kids save lives: a six-year longitudinal study of schoolchildren learning cardiopulmonary resuscitation: who should do the teaching and will the effects last? *Resuscitation*. 2016;101:35-40. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.01.028
27. Bollig G, Myklebust AG, Østringen K. Effects of first aid training in the kindergarten: a pilot study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19(1):13. doi: 10.1186/1757-7241-19-13
28. Eze CN, Ebuehi OM, Brigo F, Otte WM, Igwe SC. Effect of health education on trainee teachers' knowledge, attitudes, and first aid management of epilepsy: an interventional study. *Seizure*. 2015;33:46-53. doi: 10.1016/j.seizure.2015.10.014
29. Zhu H, Xiang H, Xia X, Yang X, Li D, Stallones L, et al. Unintentional injuries among chinese children with different types and severity of disability. *Ann Epidemiol*. 2014;24(1):23-8. doi: 10.1016/j.annepidem.2013.10.015
30. Peiris-John R, Ameratunga S, Lee A, Al-Ani H, Fleming T, Clark T. Adolescents with disability report higher rates of injury but lower rates of receiving care: findings from a national school-based survey in New Zealand. *Inj Prev*. 2016;22(1):40-5. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041636
31. Limbos MAP, Ramirez M, Park LS, Peek-Asa C, Kraus JF. Injuries to the head among children enrolled in special education. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(11):1057-61. doi: 10.1001/archpedi.158.11.1057
32. Elhassan MA, Alemairy AA, Amara ZM, Hamadelneel AA, Mohamed AH, Elaimer AA. Epilepsy: knowledge, attitude, and practice among secondary school teachers in Khartoum State. *Neurol Ther*. 2017;6(2):225-35. doi: 10.1007/s40120-017-0083-7

33. Akhtar SW, Mogal Z, Ali S, Sonija AL, Iqbal Z, Ali SM, et al. Knowledge, attitude and practice of epilepsy among schoolteachers in Pakistan. *Pakistan J Neurol Sci* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 3];11(3):20-4. Available from: <https://bit.ly/2Ult3T5>
34. Camboin FF, Fernandes LM, organizers. *Primeiros Socorros para o ambiente escolar*. Porto Alegre: Evangraf; 2016.
35. Singh M, Ingle N, Kaur N, Yadav P. Evaluation of knowledge and attitude of school teachers about emergency management of traumatic dental injury. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015;5(2):108. doi: 10.4103/2231-0762.155735
36. Mergany NN, Ibrahim Y, Abuaffan AH. Knowledge and attitude of sudanese school health teachers regarding first aid management of dental trauma. *Dent Oral Craniofacial Res*. 2016;2(2):242-6. doi: 10.15761/DOCR.1000155
37. Thabet AM, Ibrahim H, El Kerim HIA. Primarily School teachers' knowledge before and after teaching first aid measures about avulsed or broken permanent incisor among children. *IOSR J Nurs Health Care*. 2016;5(1):1-10. doi: 10.9790/1959-05170110
38. Leão BLC, Lima C, Neto JS, Perin CP, Mattos NHR. Level of knowledge on first aid care of dentoalveolar trauma and knowledge acquisition through the reading of an educational brochure. *RFO* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 3];22(2):172-6. Available from: <https://bit.ly/2TPJjHr>
39. El Magrabi NM, Elwardany Aly S, Khalaf SA-R. Impact of training program regarding first aid knowledge and practices among preparatory schools' teachers at Assiut City. *J Nurs Educ Pract*. 2017;7(12):89. doi: 10.5430/jnep.v7n12p89
40. Slabe D, Fink R, Dolenc E, Kvas A. Knowledge of health principles among professionals in Slovenian kindergartens. *Zdr Varst*. 2016;55(3):185-94. doi: 10.1515/sjph-2016-0024

#### **6.4.2. Avaliação de treinamento sobre primeiros socorros para equipe técnica de escolas de ensino especializado**

O artigo a seguir encontra-se publicado na Revista Cogitare Enfermagem.

## ARTIGO ORIGINAL

### AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS PARA EQUIPE TÉCNICA DE ESCOLAS DE ENSINO ESPECIALIZADO

Jackeline Gonçalves Brito<sup>1</sup>, Ingridy Maria da Silva<sup>2</sup>, Christine Baccarat de Godoy<sup>3</sup>, Ana Paula dos Santos Jesus Marques França<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar o efeito de atividade educativa sobre primeiros socorros em acidentes escolares. **Metodologia:** estudo quase experimental do tipo antes e depois, realizado com a equipe técnica de escolas de ensino especializado para pessoas com deficiência, no estado do Mato Grosso, entre fevereiro e agosto de 2017. Foi realizado o teste não paramétrico de McNemar para analisar o efeito da atividade educativa.

**Resultados:** participaram 76 profissionais de nível médio, 62 (81,6%) eram do sexo feminino, 66 (86,8%) eram Auxiliares de Desenvolvimento Infantil. Dos profissionais, 35 (46,1%) nunca participaram de treinamento ou atividade educativa sobre primeiros socorros. Houve significância para o aumento de acerto em todas as questões após o treinamento ( $p < 0,05$ ).

**Conclusão:** os profissionais da equipe técnica apresentaram conhecimento prévio insuficiente sobre primeiros socorros e o treinamento melhora a segurança dos alunos e contribui para a sociedade em que estão inseridos. Evidencia-se a importância da inserção do enfermeiro no ambiente escolar.

**DESCRIPTORIOS:** Primeiros socorros; Capacitação; Pessoas com deficiência; Educação especial; Crianças.

#### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Brito JG, Silva IM da, Godoy CB de, França AP dos SJM. Avaliação de treinamento sobre primeiros socorros para equipe técnica de escolas de ensino especializado. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60340>.



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil. 

<sup>2</sup>Discente de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil. 

<sup>3</sup>Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Pública. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil. 

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências Filosóficas. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. 

## **EVALUATION OF FIRST AID TRAINING FOR THE TECHNICAL STAFF OF SPECIAL EDUCATION SCHOOLS**

### **ABSTRACT**

*Objective:* to analyze the effect of an educational activity on first aid in school accidents.

*Methodology:* a quasi-experimental, before-and-after type study, carried out with the technical staff of special schools for children with disabilities, in the state of Mato Grosso, between February and August 2017. McNemar's non-parametric test was performed to analyze the effect of the educational activity.

*Results:* 76 mid-level professionals participated, 62 (81.6%) of whom were female and 66 (86.8%) Child Development Assistants. Of the professionals, 35 (46.1%) had never participated in training or an educational activity related to first aid. There was a significant increase in correct response to all the questions after the training ( $p < .05$ ).

*Conclusion:* the professionals of the technical staff presented insufficient prior knowledge regarding first aid and the training improved the safety of the students and contributed to the society in which they are included. The importance of the integration of nurses in the school environment was evidenced.

**DESCRIPTORS:** First aid; Training; Disabled people; Special education; Children.

## **EVALUACIÓN DE ENTRENAMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS PARA EL EQUIPO TÉCNICO DE ESCUELAS DE ENSEÑANZA ESPECIALIZADA**

### **RESUMEN**

*Objetivo:* analizar el efecto de actividad educativa sobre primeros auxilios en accidentes escolares.

*Metodología:* estudio casi experimental del tipo antes y después, realizado con el equipo técnico de escuelas de enseñanza especializada para personas con deficiencia, en el estado de Mato Grosso, Brasil, entre febrero y agosto de 2017. Fue realizado el test no paramétrico de McNemar para analizar el efecto de la actividad educativa.

*Resultados:* participaron 76 profesionales de nivel medio; 62 (81,6%) eran del sexo femenino y 66 (86,8%) eran Auxiliares de Desarrollo Infantil. De los profesionales, 35 (46,1%) nunca participaron de entrenamientos o actividades educativa sobre primeros auxilios. Hubo significación estadística para el aumento de aciertos en todas las preguntas después del entrenamiento ( $p < 0,05$ ).

*Conclusión:* los profesionales del equipo técnico presentaron conocimiento previo insuficiente sobre primeros auxilios y el entrenamiento mejoró la seguridad de los alumnos y contribuyó para la sociedad en que se encuentran inseridos. Se evidenció la importancia de la inserción del enfermero en el ambiente escolar.

**DESCRIPTORES:** Primeros auxilios; Capacitación; Personas con deficiencia; Educación especial; Niños.

## INTRODUÇÃO

Segundo definição da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, acidente é "um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico, ou nos outros ambientes sociais"<sup>(1)</sup>. Estes eventos têm ocupado lugar de destaque entre as causas de morbimortalidade infantil e por isso são considerados problema de saúde pública em todo o mundo. Contudo, os dados disponíveis representam apenas minudência dos acidentes, pois muitos nem chegam a ser atendidos por serviços de saúde e pessoas presentes no momento do evento realizam os primeiros socorros<sup>(2-4)</sup>.

O ambiente escolar é um dos principais locais de ocorrência das injúrias não intencionais, e por isso o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação estão trabalhando, através do Programa Saúde na Escola (PSE), para ampliar as ações de saúde nas escolas. Entre as metas previstas no âmbito do PSE se encontra a redução da morbimortalidade por acidentes, através de atividades de promoção de saúde nas escolas<sup>(5)</sup>.

Neste contexto estão as instituições de ensino especializado, que atendem à população infanto-juvenil com diferentes alterações de funcionalidade. Essas instituições objetivam complementar os serviços educacionais comuns, ao disponibilizar recursos e estratégias para a aprendizagem plena de alunos com deficiência<sup>(6)</sup>.

É preciso considerar que estudos sobre acidentes, realizados em escolas de educação especializada para pessoas com alterações de funcionalidade, evidenciaram maior risco para acidentes em crianças e adolescentes com deficiência no ambiente escolar<sup>(7-8)</sup>.

Outras casuísticas na Grécia, Estados Unidos e China também apontaram que crianças com deficiências físicas, cognitivas, sensitivas e múltiplas apresentam maiores riscos para as injúrias acidentais do que seus pares, sendo aquelas com deficiência múltipla e cognitiva apresentaram as lesões mais graves<sup>(9-10)</sup>.

Dessa forma, ao considerar que a população infanto-juvenil com diferentes alterações de funcionalidade passa grande parte do período diurno dentro das instituições de ensino, e estão sujeitas à ocorrência de acidentes ou intercorrências neste ambiente, é extremamente necessário que todos os funcionários destas escolas estejam atentos às situações de risco e sejam capazes de instituir os primeiros socorros<sup>(11)</sup>.

Sabemos que não somente professores, mas toda a equipe técnica que trabalha nas escolas, deve estar preparada para promover a segurança dos alunos e reconhecer os sinais de perigo<sup>(11)</sup> em razão da Lei nº 13.722 de 04 de Outubro de 2018, que torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil<sup>(12)</sup>.

O conhecimento a respeito de primeiros socorros é essencial, uma vez que a abordagem correta em emergências pode salvar vidas e prevenir complicações adicionais<sup>(13)</sup>. Neste contexto, a educação em saúde é estratégia eficiente que pode ser realizada por enfermeiros, para capacitar a comunidade quanto aos primeiros socorros<sup>(14)</sup>. A educação em saúde promove a troca de conhecimento científico entre o profissional e os participantes, de forma a promover a autonomia e responsabilidade dos sujeitos quanto à prevenção de acidentes e atuação correta e eficiente frente a estes eventos<sup>(14)</sup>.

Este estudo tem como objetivo analisar o efeito de atividade educativa, sobre primeiros socorros em acidentes escolares, realizada para a equipe técnica de escolas de atendimento educacional especializado para pessoas com deficiência.

## MÉTODO

Trata-se de estudo quase experimental do tipo antes e depois, com grupo único de comparação, realizado em escolas de atendimento educacional especializado de Cuiabá-MT e Várzea Grande-MT, durante o ano de 2017.

Cuiabá-MT e Várzea Grande-MT contam, respectivamente, com oito e duas escolas de atendimento educacional especializado para pessoas com deficiência. Todas as instituições receberam convite para participar do estudo, e seis aceitaram.

Foi disponibilizada uma data, dentro do quadro de horas dos funcionários, para participar da atividade educativa. Foram realizados seis treinamentos, um em cada instituição, e participaram do estudo 76 funcionários de nível técnico. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e agosto de 2017.

Neste estudo, considerou-se a equipe técnica destas instituições de ensino especializado: profissionais de nível médio e técnicos de escolaridade, que desenvolvem atividades em constante contato com as crianças, nos diferentes ambientes da escola: sala de aula, pátio, biblioteca, refeitório, banheiro, entre outros.

O instrumento de coleta de dados foi disponibilizado pelo Projeto Creche Segura (PCS) mediante autorização da autora. O Projeto Creche Segura é uma empresa de iniciativa privada, pioneira na formação de primeiros socorros no ambiente escolar<sup>(15)</sup>.

O questionário de coleta de dados é estruturado com oito perguntas fechadas e uma questão aberta, em linguagem não técnica, investigando conhecimento sobre como proceder diante das seguintes situações: 1- Queda infantil em ambiente escolar com trauma na cabeça; 2- Criança em momento de convulsão; 3- Trauma com perda de dente; 4-Bebê em situação de engasgo; 5- Criança maior ou adolescente em situação de engasgo; 6-Sequência de passos quando uma criança/adolescente não está respondendo e não apresenta pulso e respiração (situação de parada cardiorrespiratória); 7- Choque elétrico em ambiente escolar; 8- Queimadura por líquido quente (escaldadura); e Uma questão aberta perguntando qual o telefone do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

A atividade foi programada para uma duração média de 3h30min a 4 horas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue em duas vias para todos os presentes, e lido em voz alta pela pesquisadora palestrante, explicando e esclarecendo dúvidas. Foi esclarecido que aqueles que não quisessem participar do estudo, não seriam impedidos de participar da atividade educativa, podendo permanecer na capacitação, não sendo preciso preencher e entregar o questionário de teste e o TCLE.

O pré-teste foi realizado com a entrega do questionário, sendo disponibilizado tempo de 25 minutos para resposta, sob supervisão das pesquisadoras. Após este período, os questionários foram recolhidos e iniciou-se a capacitação.

A primeira etapa ocorreu com a exposição do conteúdo teórico de forma expositiva e dialogada. Foram abordados os seguintes tópicos: prevenção de acidentes no ambiente escolar (quedas, queimaduras, intoxicações, choque elétrico, trauma devido a convulsões e acidentes com forças inanimadas e animadas), e primeiros socorros diante de acidentes (telefones dos serviços de emergência, como socorrer a criança vítima de queda, traumatismo craniano encefálico (TCE), convulsão, choque, trauma com avulsão dentária, queimadura, obstrução de vias aéreas e parada cardiorrespiratória). Os participantes tiveram espaço para expor dúvidas e compartilhar experiências. Esta atividade teve uma duração média de 90 minutos.

Posteriormente, seguiu-se a parte prática da capacitação e cada participante pôde fazer as seguintes atividades para memorização do conteúdo: manobra de desobstrução de via aérea no boneco pediátrico (manobra de *Heimlich*), demonstração da manobra na criança maior utilizando o colega, e procedimento de reanimação cardiopulmonar (RCP) nos manequins para simulação de RCP (pediátrico e adulto). O tempo médio para esta atividade foi de 40-50 minutos, e variou conforme o número de participantes em cada

treinamento.

Seguidamente, foi realizado o pós-teste. Outro questionário foi entregue, contendo as mesmas perguntas do pré-teste, e foi disponibilizado um período de 25 minutos para resposta, sob as mesmas condições do primeiro teste.

Uma única equipe de pesquisadoras realizou o treinamento, com igual metodologia em todas as instituições participantes. O grupo era composto por uma professora de nível superior, doutoranda em saúde da criança e do adolescente, e duas acadêmicas de enfermagem, alunas de iniciação científica.

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24. Foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais para descrever as características da população de estudo e, para análise do efeito da atividade educativa sobre o conhecimento dos participantes a respeito dos primeiros socorros, foi realizado o teste não paramétrico de *McNemar*, por se tratar de amostra emparelhada e dados nominais.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), sob nº 1.689.650.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 76 profissionais de nível médio que trabalham em seis escolas de ensino especializado, sendo cinco em Cuiabá-MT e uma em Várzea Grande-MT. A idade mínima dos participantes foi de 20 anos e a máxima de 62 anos, com idade média de 36,62, moda e mediana de 36 anos (Desvio padrão 10,25 anos).

A Tabela 1 evidencia a caracterização dos participantes quanto à instituição de ensino, sexo e ocupação. A escola com maior número de participantes foi a Escola F com 29 (38,2%), o sexo feminino foi predominante entre os profissionais (81,6%), o grupo etário mais prevalente foi entre 40-49 anos 26 (34,2%) e a principal ocupação de nível médio foi a de Auxiliares de Desenvolvimento Infantil (ADI) 66 (86,8%). Apenas três escolas contam com o técnico de enfermagem na equipe técnica, duas escolas com um profissional em cada período e uma escola com um técnico em tempo integral, totalizando 6,6% dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil da equipe técnica das instituições de ensino especializado quanto à instituição, sexo, idade e ocupação. Cuiabá, MT, Brasil, 2017 (continua)

ESCOLA	n	%
Escola A	2	2,6
Escola B	20	26,3
Escola C	11	14,5
Escola D	7	9,2
Escola E	7	9,2
Escola F	29	38,2
Total	76	100
SEXO	n	%

Feminino	62	81,6
Masculino	14	18,4
TOTAL	76	100
IDADE EM ANOS	n	%
< 30	25	32,9
30 - 39	18	23,7
40 - 49	26	34,2
> 50	7	9,2
TOTAL	76	100
PROFISSÃO	n	%
Auxiliar de Desenvolvimento Infantil (ADI)	66	86,8
Técnico de enfermagem	5	6,6
Cozinheira	5	6,6
TOTAL	76	100

Um número significativo de profissionais nunca havia participado de um treinamento ou atividade educativa sobre primeiros socorros antes desta capacitação 35 (46,1%). Entre os que haviam recebido treinamento anteriormente, mais da metade não passava por atualização há mais de dois anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Capacitação da equipe técnica das instituições de ensino especializado quanto a prevenção de acidentes com crianças e primeiros socorros. Cuiabá, MT, Brasil, 2017

JÁ HAVIA PARTICIPADO DE UMA CAPACITAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA	n	%
Sim	41	53,9
Não	35	46,1
TOTAL	76	100
SE SIM, QUANTO TEMPO ATRÁS?	n	%
Menos de 6 meses	4	9,7
Entre 6 meses até 1 ano	5	12,2
Entre 1 ano a 2 anos	9	22
Entre 2 a 5 anos	11	26,8
Acima de 5 anos	12	29,3
TOTAL	41	100

Quanto à capacitação prévia, 31(47,0%) dos Auxiliares de Desenvolvimento Infantil e 4 (80,0%) das cozinheiras não haviam realizado nenhuma capacitação a respeito de primeiros socorros e prevenção de acidentes (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da equipe técnica das instituições de ensino especializado quanto à profissão e capacitação anterior sobre primeiros socorros. Cuiabá, MT, Brasil, 2017

<b>Participou de capacitação sobre primeiros socorros</b>			
<b>Profissão</b>	<b>SIM n (%)</b>	<b>NÃO n (%)</b>	<b>TOTAL n (%)</b>
ADI	35(53)	31(47)	66(100)
TÉC. DE ENFERMAGEM	5(100)	-	5(100)
COZINHEIRA	1(20)	4(80)	5(100)
<b>TOTAL</b>	<b>41(53,9)</b>	<b>35(46,1)</b>	<b>76(100)</b>

O teste estatístico McNemar mostrou que houve significância ( $>0,05$ ) no aumento de acerto das respostas em todas as questões investigadas. Na questão 3, referente ao correto procedimento diante de trauma dentário, houve o maior número de erros antes da capacitação 72 (94,7%), seguida da questão 2 referente à situação de convulsão e questões 5 e 6 referentes a engasgo e ressuscitação cardiopulmonar, respectivamente. Após a capacitação, as questões que tiveram maior número de acertos foram as questões referentes à queda infantil em ambiente escolar com trauma na cabeça e telefone do SAMU (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise das respostas da equipe técnica das instituições de ensino especializado sobre primeiros socorros, antes e após a participação em atividade educativa. Cuiabá, MT, Brasil, 2017

<b>Pergunta do questionário<sup>a</sup></b>	<b>ANTES n (%)</b>		<b>DEPOIS n (%)</b>		<b>Teste<sup>b</sup></b>
	<b>CERTO</b>	<b>ERRADO</b>	<b>CERTO</b>	<b>ERRADO</b>	
Questão 1	57(75)	19(25)	72(94,7)	4(5,3)	0,001
Questão 2	17(22,4)	59(77,6)	59(77,6)	17(22,4)	0
Questão 3	4(5,3)	72(94,7)	59(77,6)	17(22,4)	0
Questão 4	39(51,3)	37(48,7)	63(82,9)	13(17,1)	0
Questão 5	34(44,7)	42(55,3)	63(82,9)	13(17,1)	0
Questão 6	34(44,7)	42(55,3)	70(92,1)	6(7,9)	0
Questão 7	50(65,8)	26(34,2)	70(92,1)	6(7,9)	0
Questão 8	36(47,4)	40(52,6)	70(92,1)	6(7,9)	0
Questão 9	43(56,6)	33(43,4)	72(94,7)	4(5,3)	0

<sup>a</sup>As temáticas das questões são: 1-Queda infantil com trauma na cabeça; 2- Convulsão; 3- Avulsão dentária; 4-Bebê engasgado; 5- Criança maior/adolescente engasgado; 6- Parada cardiorespiratória; 7- Choque elétrico; 8- Queimadura por líquido quente (escaldadura). 9-telefone do SAMU.

<sup>b</sup>Teste de McNemar

## DISCUSSÃO

Participaram do estudo 76 profissionais que trabalham em seis escolas de ensino especializado de Cuiabá-MT (cinco) e Várzea Grande-MT (uma). Houve significativa variação entre a idade dos participantes, contudo a faixa etária predominante (entre 40 a 49 anos) foi semelhante à de um estudo na Índia (Mangalore)<sup>(16)</sup>, e a média de idade foi semelhante à média encontrada em um estudo realizado em Portugal<sup>(17)</sup>.

A maior parte dos participantes é do sexo feminino, o que pode estar relacionado à função desempenhada: o ADI e o técnico de enfermagem exercem atividades relacionadas ao cuidar de pessoas. Achado semelhante foi evidenciado em estudo que avaliou o conhecimento de funcionários de uma escola<sup>(11)</sup> e outro realizado em Cuiabá-MT que avaliou o conhecimento de cuidadores de uma creche sobre prevenção de acidentes<sup>(18)</sup>.

Entre estes funcionários de nível médio e técnico, os Auxiliares do Desenvolvimento Infantil foram os profissionais em maior número. Este profissional atua junto às crianças e auxilia o professor no processo ensino-aprendizagem e no desenvolvimento de atividades recreativas, além de ser responsável pelos cuidados básicos de saúde das crianças (higiene, alimentação, repouso e bem estar), estando em constante contato com as crianças<sup>(19)</sup>.

Considerando o fato de o técnico de enfermagem ter papel fundamental na escola, sugere-se que este profissional continue realizando as atividades de capacitação dos professores e funcionários, de forma periódica e sob supervisão do enfermeiro como orienta o artigo 15 da Lei 7498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências<sup>(5,20)</sup>.

Como não são todas as instituições que contam com uma equipe de enfermagem, sugerimos que a equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF), presente no bairro da unidade escolar, esteja desempenhando estas capacitações com regularidade, fortalecendo o vínculo entre a escola e a ESF<sup>(5,20)</sup>.

Outros estudos evidenciaram que os professores e funcionários de instituições educativas na maioria das vezes não recebem estas informações durante sua formação profissional e, mesmo quando recebem, muitos não se sentem totalmente capazes e seguros para realizarem as manobras diante de uma intercorrência, sendo essencial formação contínua e qualificada para aumentar a segurança<sup>(21-22)</sup>.

Neste estudo, evidenciou-se número significativo de participantes que não haviam tido nenhuma capacitação prévia sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros, sendo que este achado corrobora o de outras casuísticas<sup>(11-12,16)</sup> e diverge de um estudo realizado em pré-escolas na Turquia<sup>(23)</sup>.

Excluindo a presença do técnico de enfermagem na equipe, que em decorrência de sua formação foi capacitado para atuar nestas situações, chama a atenção a quantidade de ADI que nunca haviam recebido instruções anteriormente. Dado que o seu papel se desenvolve em íntimo contato com as crianças, pode ser o primeiro a evidenciar uma situação de risco ou acidente, sendo imprescindível que esteja capacitado para agir de forma correta, preservando a vida ou reduzindo os danos<sup>(13)</sup>.

Quanto ao conhecimento adquirido após a capacitação, houve aumento significativo em todas as respostas corretas, corroborando os achados de outros estudos que evidenciaram significância no aumento do conhecimento após intervenção<sup>(11,13)</sup>.

Houve participantes que não sabiam como proceder corretamente diante de queda de nível alto. Evidencia-se a importância de divulgar o conhecimento pois, quando uma criança cai de nível alto, é fundamental que ela não seja movida, considerando a possibilidade de lesão da coluna, e o eixo cabeça-pescoço-corpo deve ser mantido<sup>(23)</sup>. Acresce que crianças e adolescentes com alguma deficiência apresentam maior risco para TCE do que seus pares, principalmente quando a criança apresenta paralisia cerebral, deficiência cognitiva ou deficiência múltipla<sup>(24)</sup>.

Crises convulsivas também surgem com maior frequência entre as crianças com

deficiência. Contudo, no presente estudo, assim como no Sudão, foi evidenciado conhecimento insuficiente dos professores quanto ao correto manejo durante uma crise convulsiva: muitos acreditam que deve-se impedir os movimentos do corpo da criança, puxar a língua ou colocar objetos (como uma colher) na boca da criança, e não se preocupam em proteger a cabeça da criança e cronometrar o tempo da crise<sup>(25)</sup>.

Evidenciou-se insuficiente conhecimento prévio quanto ao meio de armazenamento do dente, em trauma com avulsão dentária. Resultado semelhante foi evidenciado em outro estudo<sup>(26)</sup> e em contraste com um estudo realizado em Matura (Índia)<sup>(27)</sup>. O meio adequado para armazenamento do dente é o leite frio, em decorrência da sua composição, osmolaridade e pH, podendo ficar imerso no leite por até 3 horas. Quando não se tem leite, pode-se utilizar soro fisiológico, contudo o mesmo tem eficiência por apenas 30 minutos. Já o armazenamento na saliva dentro da boca é contra indicada para este público pediátrico pelo risco de broncoaspiração do dente<sup>(27)</sup>.

Tal como o presente estudo, outros também evidenciaram conhecimento insuficiente dos participantes em relação à desobstrução de vias aéreas, parada cardiorrespiratória e choque elétrico, com significativo aumento após o treinamento<sup>(13,16,23)</sup>. Além do conteúdo teórico, a parte prática dos procedimentos de RPC e manobra de Heimlich são metodologias essenciais para o aprendizado e memorização do conteúdo, fundamentado segundo as orientações da *American Heart Association*<sup>(28-29)</sup>.

Quanto aos dados relativos à queimadura por escaldadura, cujo manejo imediato é resfriar a área queimada por no mínimo 15 minutos em água fria, limpa e corrente, foi outra casuística que também evidenciou equívoco do conhecimento dos professores<sup>(23)</sup>. Quando a área queimada não é previamente resfriada, a queimadura e os danos nos tecidos continuam a avançar para camadas mais profundas da pele, a hiperemia aumenta e pode formar flictenas<sup>(28)</sup>.

Um número significativo dos profissionais desconhecia o número correto do telefone de emergência, resultado semelhante ao de outros estudos<sup>(23,30)</sup>, evidenciando a necessidade das escolas divulgarem melhor estas informações de utilidade pública, e dos serviços de saúde se esforçarem por difundir para a população tanto o número de emergência, como as situações em que o serviço deve ser acionado.

O estudo apresentou como limitação a indisponibilidade de algumas instituições em liberar seus funcionários para participar do treinamento. Diante da importância destas atividades, sugere-se a inclusão de um período para capacitações desta natureza no planejamento do calendário escolar, de modo a que as mesmas ocorram, mantendo os funcionários sempre atualizados.

## CONCLUSÃO

A classe de funcionários em maior número nos treinamentos foi a de Auxiliares de Desenvolvimento Infantil. Antes do treinamento, o conhecimento demonstrado sobre primeiros socorros diante dos principais acidentes escolares foi insuficiente, sendo que as questões com quase a totalidade de erros foram o correto manejo diante de trauma dentário, convulsão, desobstrução de vias aéreas e ressuscitação cardiopulmonar. Houve aumento, estatisticamente significativo, de acerto em todas as respostas após o treinamento, com destaque para as questões relativas à queda infantil em ambiente escolar com trauma na cabeça e ao número de telefone do SAMU.

Um número significativo de profissionais nunca havia participado de um treinamento ou atividade educativa sobre primeiros socorros antes deste estudo, e os resultados obtidos evidenciam a importância de capacitações para os profissionais que atuam nas escolas, corroborando com as propostas do Programa Saúde na Escola, com a Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência.

e com a lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018.

A capacitação destes profissionais de nível técnico, para atuarem frente a situações de acidentes, executando o correto procedimento de primeiros socorros, melhora a segurança dos alunos e contribui para a sociedade em que estão inseridos, uma vez que estarão capacitados para agir em outros contextos quando necessário.

Destaca-se a estratégia didática com metodologia prática que foi utilizada na capacitação, contribuindo para o resultado apresentado. A oportunidade para demonstração e execução das técnicas de primeiros socorros, frente a simulação de intercorrências, permitiu maior fixação do conteúdo teórico e relação do conhecimento científico com situações reais compartilhadas entre os participantes.

O presente estudo realça importantes contribuições para a enfermagem, evidenciando a importância da inserção destes profissionais junto a diferentes contextos na comunidade, por exemplo em escolas, desenvolvendo atividades de educação em saúde e capacitando a população quanto à temática.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.737 de 16/05/01 publicada no DOU n.96 seção 1e de 18/05/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Barcelos RS, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJD, Barros FC, França GVA, et al. Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 04 jan 2019]; 33(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00139115>.
3. World Health Organisation. World report on child injury prevention. Geneva, Switz. 2008; 1–212.
4. Sengoelge M, Hasselberg M, Laflamme L. Child home injury mortality in Europe: A 16-country analysis. *Eur J Public Health*. [Internet]. 2011 [acesso em 04 jan 2019]; 21(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckq047>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica no 24: saúde na escola. Brasília: Editora MS; 2009. 96 p.
6. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 4, de 2 outubro 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília: CNE; 2009.
7. Ramirez M, Fillmore E, Chen A, Peek-Asa C. A comparison of school injuries between children with and without disabilities. *Acad Pediatr*. [Internet]. 2010 [acesso em 04 jan 2019]; 10(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.06.003>.
8. Ramirez M, Fillmore E, Chen A, Peek-Asa C. A comparison of school injuries between children with and without disabilities. *Acad Pediatr*. [Internet]. 2010 [acesso em 04 jan 2019]; 10(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.06.003>.
9. Sinclair SA, Xiang H. Injuries among US children with different types of disabilities. *Am J Public Health*. [Internet]. 2008 [acesso em 04 jan 2019]; 98(8). Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.097097>.
10. Xiang H, Wheeler KK, Stallones L. Disability status: A risk factor in injury epidemiologic research. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2014 [acesso em 04 jan 2019]; 24(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.10.014>.
11. Calandrim LF, Santos AB dos, Oliveira LR de, Massaro LG, Vedovato CA,

- Knowledge, Attitude, and Practice Among Secondary School Teachers in Khartoum State. *Neurol ther.* [Internet]. 2017 [acesso em 04 jan 2019]; 6(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40120-017-0083-7>.
26. Attarzadeh H, Kebriaei F, Sadri L, Foroughi E, Taghian M. Knowledge and Attitudes of Elementary Schoolteachers on Dental Trauma and its Management in Yazd, Iran. *J Dent* [Internet]. 2017 [acesso em 04 jan 2019]; 18(3):212–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29034277>.
27. Singh M, Yadav P, Ingle N, Kaur N. Evaluation of knowledge and attitude of school teachers about emergency management of traumatic dental injury. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2015 [acesso em 04 jan 2019]; 5(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/2231-0762.155735>.
28. Atkins DL, Berger S, Duff JP, Gonzales JC, Hunt EA, Joyner BL, et al. Part 11: pediatric basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015. American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* [Internet]. 2015 [acesso em 04 jan 2019]; 132(18 Suppl 2):S519–25. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000265>.
29. Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, Cassan P, Chung KL, Epstein J, et al. Part 17: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. *Circulation* [Internet]. 2010 [acesso em 04 jan 2019]; 122(18 Suppl 3) S934-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971150>.
30. Slabe D, Fink R, Dolenc E, Kvas A. Knowledge of health principles among professionals in Slovenian kindergartens. *Zdrav Var* [Internet]. 2016 [acesso em 04 jan 2019]; 55(3):185-194. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1515/sjph-2016-0024>.

Recebido: 13/07/2018

Finalizado: 08/05/2019

Autor Correspondente:

Jackeline Gonçalves Brito

Universidade Federal de Mato Grosso

Av. Fernando Corrêa da Costa, 2367 - 78060-900 – Cuiabá, MT, Brasil

E-mail: jackeline\_brito@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - JGB, IMS, CBG, APSJMF

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - JGB, IMS, CBG, APSJMF

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - JGB, IMS, CBG, APSJMF

- Boaventura AP. First aid at school: teacher and staff training. Rev RENE [Internet]. 2017 [acesso em 04 jan 2019];18(3):292–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300002>.
12. Brasil. Lei n. 13.722, de 4 de outubro de 2018. Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 4 out. 2018. Seção 1:1.
13. Li F, Sheng X, Zhang J, Jiang F, Shen X. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. BMC Pediatr [Internet]. 2014 [acesso em 04 jan 2019]; 14(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-209>.
14. Galdino Neto NM, Sá GG de M, Vasconcelos EMR de, Silva TM da, Santos AMR dos, Carvalho KM de. Intervenções de educação em saúde sobre primeiros socorros para leigos no brasil: revisão integrativa. Ciênc. cuid. saúde. [Internet]. 2017 [acesso em 04 jan 2019]; 16(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v16i4.38305>.
15. Projeto Creche Segura [Internet]. 2018 [acesso em 17 mar 2018]. Disponível em: <http://www.crecheseigura.com.br/>.
16. Joseph N, Narayanan T, Zakaria S bin, Nair AV, Subramanian AM, Gopakumar KG. Awareness , attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore , south India. J Prim Health Care [Internet]. 2015[acesso em 04 jan 2019];7(4):274–81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26668832>.
17. Esteves D, Pinheiro P, Brás R, O'Hara K, Rodrigues R. Avaliação do conhecimento dos professores de educação física para reagirem a situações de emergência. Motricidade [Internet]. 2015 [acesso em 04 jan 2019];11(1). Disponível em: <https://doi.org/10.6063/motricidade.3125>.
18. Costa SNG da C, Silva JMM da, Freitas BHBM, Reis AFC. Acidentes infantis: conhecimento e percepção de educadoras de creches. Rev enferm UFPE online [Internet]. 2017[acesso em 04 jan 2019]; 11(10). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/69696/24314>.
19. Paulino VBR, Côco V. Vozes do trabalho docente na educação infantil. SciELO em Perspectiva: Humanas [Internet]. 2016 [acesso em 26 abril 2019]; 24(92). Disponível em: <http://humanas.blog.scielo.org/blog/2016/08/29/vozes-do-trabalho-docente-na-educacao-infantil/>.
20. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1.
21. Silva LGS, Costa JB da, Furtado LGS, Tavares JB, Costa JLD. Primeiros socorros e prevenção de acidentes no ambiente escolar : os professores não em situações que da criança, gerando risco. Enferm Foco [Internet]. 2017 [acesso em 04 jan 2019]; 8(3). Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Primeiros-socorros-e-preven%C3%A7%C3%A3o-de-acidentes-no-ambiente-escolar.pdf>.
22. Carmo H de O, Souza RC de A, Araújo CL de O, Francisco AG. Atitudes dos docentes de educação infantil em situação de acidente escolar. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. [Internet]. 2017[acesso em 04 jan 2019];7(e1457). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1457>.
23. Sönmez Y, Uskun E, Pehlivan A. Knowledge levels of pre-school teachers related with basic first-aid practices, Isparta sample. Turk Pediatr Ars [Internet]. 2014 [acesso em 04 jan 2019]; 49(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5152/tpa.2014.1581>.
24. Limbos MAP, Ramirez M, Park LS, Peek-asa C, Kraus JF. Injuries to the Head Among Children Enrolled in Special Education. Arch Pediatr Adolesc Med. [Internet]. 2004 [acesso em 04 jan 2019]; 158(11):1057–61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.158.11.1057>.
25. Elhassan MA, Alemairy AA, Amara ZM, Hamadelneel AA, Mohamed AH, Elaimer AA. Epilepsy:

## **6.5. Quanto à validação transcultural do questionário para a realidade portuguesa**

A etapa de validação transcultural para a realidade portuguesa do questionário Inquérito sobre Acidentes na População Infantojuvenil com Alterações de Funcionalidade (IACID-IJ), construído e validado no Brasil, fez parte das atividades realizadas durante o período de intercâmbio doutoral realizado pela doutoranda, conhecido como Doutorado Sanduíche no Exterior (DSE).

O DSE é oferecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e foi realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal, no período de setembro de 2017 até agosto de 2018, sob a supervisão e orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula dos Santos Jesus Marques França.

A CAPES, objetivando cumprir seu papel de aperfeiçoamento e na formação acadêmica no Brasil, oferece bolsas de estudo no exterior para estudantes regularmente matriculados em cursos de doutorado no Brasil. Esse procedimento tem a finalidade de fomentar a cooperação entre pesquisadores e instituições no país e no exterior (CAPES, 2019).

O estágio na cidade do Porto, teve como enfoque o aprofundamento dos aspectos conceituais e práticos relacionados à saúde da população infantojuvenil com alterações de funcionalidade e à prevenção de acidentes para essa população específica.

O projeto de atividades realizado no exterior envolveu troca de experiências com pesquisadores e profissionais de serviços de saúde, seminários, participação em eventos científicos e congressos, visitas técnicas em instituições de saúde e organismos comunitários, participação em disciplinas do programa de pós-graduação da instituição e uma pesquisa metodológica.

Dessa forma, foi realizada a adaptação transcultural do questionário IACID-IJ, construído, validado e aplicado no Brasil, para que o mesmo possa ser utilizado em pesquisas portuguesas. Esse trabalho metodológico gerou um manuscrito, que será submetido para publicação após a publicação do manuscrito referente à construção e validação do questionário original. A seguir, será apresentado o manuscrito construído durante o processo de doutoramento sanduíche.

### 6.5.1. Manuscrito referente à adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados

## ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA PORTUGAL: INQUÉRITO SOBRE ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM ALTERAÇÕES DE FUNCIONALIDADE

Jackeline Gonçalves Brito<sup>1</sup>

Ana Paula dos Santos Jesus Marques França<sup>2</sup>

Christine Baccarat de Godoy<sup>3</sup>

### RESUMO:

**OBJETIVO:** Descrever as etapas metodológicas utilizadas para adaptação transcultural para a realidade portuguesa do instrumento de coleta de dados, construído e validado no Brasil, denominado Inquérito sobre Acidentes na População Infantojuvenil com Alterações de funcionalidade (IACID-IJ). **MÉTODO:** Seguimos o referencial teórico proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (2000) para validação transcultural de instrumentos de medida em cinco etapas: tradução inicial; síntese; tradução de volta para a língua original; revisão por um painel de peritos e realização de um pré-teste para validação semântica. Em decorrência do idioma do questionário ser o mesmo nas duas culturas, as fases de tradução inicial, síntese e tradução de volta foram substituídas por uma avaliação realizada por duas profissionais de língua portuguesa, uma portuguesa e outra brasileira residente em Portugal. **RESULTADOS:** A versão final ficou com 140 perguntas distribuídas da seguinte forma: 1- Questionário sociodemográfico, 17 questões; 2- Questionário referente à ocorrência de acidentes, 25 questões; e, 3- Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes, 98 questões. Além das adequações realizadas na redação de todas as questões, foram excluídas um total de 10 questões por não se adequarem à realidade cultural de Portugal (APÊNDICE 18). **CONCLUSÃO:** O IACID-IJ encontra-se adaptado para a realidade portuguesa, podendo ser utilizado para conhecer a realidade dos acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade em Portugal.

**DESCRITORES:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Estudos de Validação; Acidentes; Criança Excepcional; Adolescente; Adulto Jovem.

## INTRODUÇÃO

Acidente é um evento não intencional e evitável, de causa multifatorial e que pode ocorrer em qualquer ambiente (BRASIL, 2001), sendo uma preocupação de saúde mundial pelas diversas consequências para a vítima, a família e a sociedade como um todo (SETHI et al., 2008; WHO, 2008).

O relatório da Organização Mundial da Saúde e UNICEF, revelaram dados alarmantes sobre acidentes em 56 países ao redor do mundo, evidenciando que todos os dias mais de 2000 famílias são destruídas pela perda de uma criança ou adolescente em decorrência de uma causa acidental (WHO, 2008).

Na Europa os acidentes são a principal causa de morte entre crianças e adolescentes (SETHI et al., 2008). Quanto a Portugal, o Relatório de Avaliação da Segurança Infantil com os dados disponíveis de 2012, revelou que as causas acidentais são a principal causa de morte entre as crianças e os adolescentes portugueses, com idades entre 0 a 19 anos. Portugal ficou em 7º (meninos) e 8º (meninas) lugares quando as taxas de mortalidade por acidentes foram comparadas com os 31 países da Europa que participaram do estudo (EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE, 2012).

Estes traumatismos não intencionais em Portugal foram responsáveis por 8.928 anos de vida perdidos (AVPP), anos que estas crianças e adolescentes deixaram de crescer e eventualmente contribuir para a sociedade em decorrência da interrupção precoce da vida por causa acidental (EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE, 2012).

Contudo, a maior parte dos estudos sobre acidentes entre crianças, adolescentes e jovens se concentram na população em geral e não em populações específicas, como pessoas com deficiência (BRENNER et al., 2013). Estudos têm evidenciado que a população infantojuvenil com deficiência apresenta maiores riscos para a ocorrência de acidentes do que seus pares (PETRIDOU et al., 2003; SHI et al., 2015; ZHU et al., 2014).

Há uma carência de estudos que evidenciem a magnitude dos acidentes entre crianças, adolescentes e jovens portugueses com deficiência. Dados do último censo português, realizado em 2011, revelou uma prevalência de deficiência ou incapacidade de 18% entre a população acima de 5 anos de idade. Deste total, a população infantojuvenil (5-24 anos) representa 9% (sendo 5% entre os 5-14 anos, de 4% dos 15-24 ano). O censo não apresentou dados relativos as crianças com deficiência com idade inferior a cinco anos (PINTO; PINTO, 2017).

Portanto, faz-se necessário investigar os fatores de risco associados a estes eventos neste público, para que medidas de intervenção condizentes com a realidade possam ser mais eficazes para a redução destes agravos.

O questionário “Inquérito sobre Acidentes na População Infantojuvenil com Alterações de Funcionalidade (IACID-IJ)” foi construído e validado para um estudo no Brasil. Trata-se de um instrumento de coleta de dados, composto por três questionários: sociodemográfico, referente a ocorrência de acidente no último ano e um referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes.

Analisando a necessidade de se conhecer melhor a ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade de Portugal, objetivou-se realizar adaptação transcultural para a população portuguesa do questionário Inquérito sobre acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade (IACID-IJ).

## **MÉTODO**

Estudo metodológico, no qual foi realizada a adaptação intercultural para a realidade portuguesa do questionário denominado Inquérito sobre acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade (IACID-IJ), construído e validado no Brasil em 2017 pelas mesmas autoras.

Um estudo metodológico reporta-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, como por exemplo a elaboração e a validação de instrumentos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). Dessa forma, adaptar qualquer instrumento de medida implica medir um fenômeno semelhante numa outra cultura e produzir um instrumento equivalente e adaptado para a realidade a que se propõe (POLIT; BECK, 2011; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

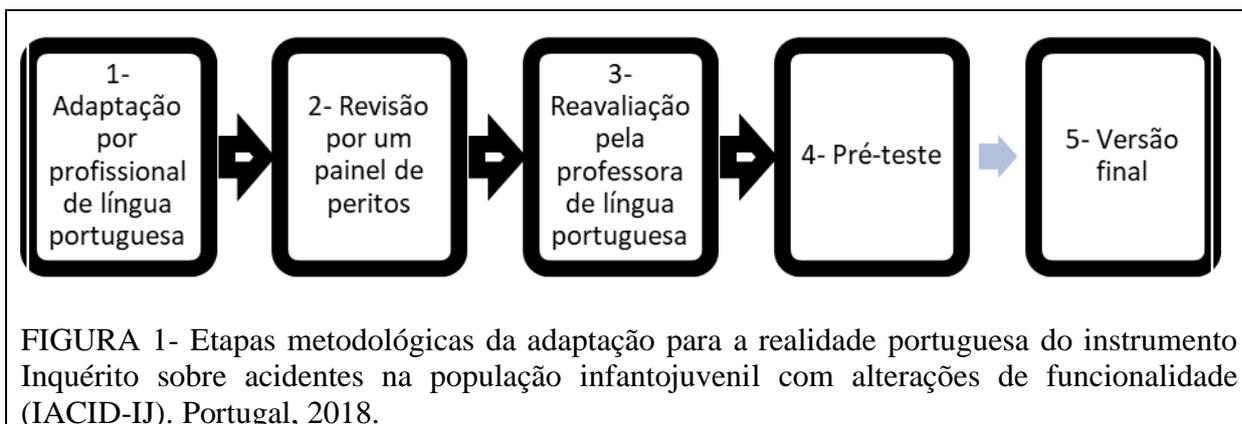
O processo de tradução e adaptação transcultural deve preservar a equivalência semântica (preservar o significado dos itens originais), idiomática (onde expressões e coloquialismos são substituídos por expressões equivalentes na cultura alvo), conceitual (validade dos conceitos utilizados) e cultural (para que os itens sejam significantes na cultura alvo)(GUILLEMIN et al., 1993).

Para concretizar os objetivos deste estudo, seguimos o referencial teórico proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (2000) (BEATON et al., 2000). Estes autores apresentaram uma proposta de guia para ser usado internacionalmente em estudos de tradução e validação transcultural de instrumentos de medida em saúde com a finalidade de padronizar as normas e assegurar a qualidade do processo, que deve ser constituído por 5 etapas: tradução inicial;

síntese; tradução de volta para a língua original; revisão por um comitê e realização de um pré-teste (BEATON et al., 2000).

Segundo os autores, quando o idioma em que o questionário foi construído é o mesmo idioma do país para o qual o questionário será adaptado, não há a necessidade de realizar a tradução e retroversão (etapas 1, 2 e 3). Dessa forma, no lugar destas fases, realizou-se uma avaliação prévia do questionário por uma professora de língua portuguesa nativa de Portugal, que indicou as nuances de linguagem e sugeriu alterações, e posteriormente outra professora de português, brasileira, residente em Portugal, verificou se não houve alteração de sentido nas questões, após as alterações efetuadas.

Portanto, os procedimentos realizados ocorreram em duas etapas e estão exibidos na Figura 1. Primeiro, para a avaliação das equivalências conceitual e linguística (1- Adaptação para o português de Portugal); e depois para a validação de conteúdo (2- Avaliação pelo painel de peritos /comitê de especialistas; 3- Reavaliação por professora de língua portuguesa (Portugal); 4- Pré-teste/validação semântica e 5-Redação da versão final) (FIGURA 1).



## **DESCRIÇÃO DO INQUÉRITO SOBRE ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL (IACID-IJ)**

O instrumento adaptado é de língua portuguesa, construído e validado para a realidade brasileira, com o objetivo de se investigar a ocorrência de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade e buscar os fatores associados a ocorrência destes eventos.

Para sua construção os autores basearam-se em estudos sobre a temática e seguiram etapas metodológicas para sua construção e validação quanto a face e conteúdo. Trata-se de um instrumento de coleta de dados, composto por 150 questões, que integram 3 questionários: 1- Questionário sociodemográfico (20 questões); 2- Questionário referente ao acidente (25

questões) e 3- Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes (105 questões) (APÊNDICE 8).

## **ASPECTOS ÉTICOS**

O Projeto foi submetido à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), obtendo aprovação para realização do estudo (ANEXO 14).

Todos os participantes do painel de peritos e os pais entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 14)

## **RESULTADOS**

### **1. AVALIAÇÃO POR PROFISSIONAL DE LÍNGUA PORTUGUESA**

A avaliação do questionário por profissional de língua portuguesa visou a equivalência conceitual e semântica do mesmo, sendo etapa essencial para verificar se as palavras e expressões possuem significados semelhantes, e se a construção das perguntas mantem sentido original (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Foram convidadas duas participantes para esta etapa. A primeira de naturalidade portuguesa, licenciada em Português e Inglês, professora de inglês na Escola Superior de Enfermagem do Porto; e a segunda brasileira, residente em Portugal há mais de 5 anos e doutoranda na Faculdade de Letras da Universidade do Porto (FLUP).

O questionário foi enviado primeiro para a professora portuguesa, e após alterações assinaladas foi encaminhado para a professora brasileira. Ambas aprovaram a versão originada com as mudanças realizadas. Portanto, nesta etapa as palavras ditas de forma diferente em Portugal foram alteradas (Resumo no quadro 1), e foram adequadas as orações a Norma Portuguesa.

Quadro 1- Palavras presentes no IACID-IJ com mesmo significado, mas ditas de forma diferente em Portugal. Portugal, 2018.

<b>PORTUGUÊS (BRASIL)</b>	<b>PORTUGUÊS (PORTUGAL)</b>
Endereço	Morada
Celular	Telemóvel
fazenda e sítio	Quinta ou área rural
Sorvete	Gelado
Penteadeira	Toucador
Faixa de pedestre	Passadeira
Morada	Habitação
Ruim	Má
Salário mínimo	Salário Mínimo Nacional
Coleta de dados	Colheita de dados
INSS	Segurança social
Balas e doces	Rebuçados
Pirulito	Chupa-chupa
SAMU	INEM
ventilador	ventoinha
Soltar pipa	Lançar papagaio
Água sanitária	Lixívia
Sem tranca	Sem fecho
Geladeira	Frigorífico
Libras	Língua gestual
Gramma	Relva
Andar na garupa da moto	Andar à pendura da moto
Serviço Único de Saúde (SUS)	Serviço Nacional de Saúde (SNS)

## **2. REVISÃO PELO PAINEL DE PERITOS**

Esta fase, juntamente com o pré-teste, faz parte da validação de conteúdo do questionário e objetiva verificar se os itens representam adequadamente o que está a ser medido na cultura a que se propõe (PASQUALI, 2010).

A seleção dos componentes do painel de peritos foi realizada por meio da técnica racional ou intencional, convidando profissionais com conhecimento e experiência para se obterem opiniões significativas e relevantes sobre a temática investigada (VILELAS, 2017).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser professor(a) de enfermagem da área da saúde da criança e do adolescente, ter experiência de atuação sobre prevenção de acidentes com crianças, adolescentes e jovens e/ou ser enfermeira assistencial que trabalhe com crianças e adolescentes com diferentes alterações de funcionalidade.

A partir dos critérios descritos acima, 11 especialistas foram convidados para fazer parte do painel de peritos. Para o convite o instrumento que resultou da primeira etapa foi enviado por e-mail aos integrantes do painel de peritos, juntamente com uma carta explicando os objetivos do estudo (APÊNDICE 13), o questionário original (APÊNDICE 8), o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 14), e dois questionários elaborados para a avaliação do instrumento (APÊNDICES 16 e 17). Nove especialistas responderam ao e-mail, aceitando fazer parte do painel de peritos. A ferramenta online Doodle, para agendamento de reuniões, foi utilizada para encontrar a melhor data para o encontro presencial.

A tabela 1 apresenta o perfil dos especialistas integrantes do painel de peritos. A idade mínima dos participantes foi de 27 anos, idade máxima de 62 anos, média das idades foi de 48,89 anos (desvio padrão 11,773).

TABELA 1- Perfil do painel de peritos na validação semântica do questionário IACID-IJ para a realidade portuguesa. Portugal, 2018.

<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	n	%
Enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria	7	77,8
Enfermeira especialista em reabilitação	1	11,1
Enfermeira especialista em saúde comunitária	1	11,1
<b>Total</b>	9	100,0
<b>Formação acadêmica</b>	n	%
Pós-Licenciatura de Especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatra	1	11,1%
Mestrado	3	33,3%
Doutorado	5	55,5%
<b>Total</b>	9	100,0%
<b>Atividade profissional</b>	n	%
Professora de nível superior	6	66,7%
Enfermeira assistencial na intervenção precoce	3	33,3%
<b>Total</b>	9	100,0%

O encontro presencial com o painel de peritos ocorreu no dia 18 de janeiro de 2018 às 16:00 horas e teve duração de aproximadamente 120 minutos. O instrumento de avaliação foi preenchido individualmente (numa versão impressa para cada perito) e uma versão foi projetada utilizando-se como recurso a Datashow. Dessa forma as questões eram discutidas uma por vez até obtenção da concordância entre as alterações a serem realizadas. O índice de

concordância aceitável seria acima de 85%. Quando os peritos discordavam durante a avaliação, imediatamente a questão era revisada para melhorar a compreensão de uma palavra ou expressão até se encontrar o consenso entre os especialistas.

O questionário utilizado para avaliação semântica apresenta duas questões ao lado de cada item do IACID-IJ (APÊNDICE 17). A primeira avalia cada pergunta quanto à adaptação realizada pelos profissionais de língua portuguesa e a segunda quanto à relevância para a população portuguesa: Questão 1- Adaptação corresponde com o original? (1- Exactamente o mesmo significado; 2- Quase o mesmo significado; 3- Significado diferente); Questão 2- Qual a relevância para a realidade cultural de Portugal? (1-Não relevante ou não representativo; 2- Item necessita de grande revisão para ser representativo; 3-Item necessita de pequena revisão para ser representativo; 4-Item relevante ou representativo), e deixado um espaço para observações e sugestões ao lado de cada questão.

As alterações sugeridas pelo painel de peritos foram sintetizadas e serão apresentadas a seguir. No questionário 1-Sociodemográfico foram realizadas alterações para adequar à realidade portuguesa, e nenhuma questão foi excluída, permanecendo com 20 questões. A descrição das adequações realizadas estão no quadro 2.

**Quadro 2 - Alterações realizadas pelo painel de peritos no questionário 1- Questionário sociodemográfico. Portugal, 2018.**

Versão original (Português do Brasil)	Versão adaptada (Português de Portugal)	INTERPRETAÇÃO E JUSTIFICATIVA
Raça ou cor: ( )branca ( )preta ( )parda ( )amarela ( ) indígena	Raça: ( )branca ( )negra ( )amarela ( )vermelha ( ) Mestiço	Alterado para se adequar a terminologia utilizada em Portugal.
Traduzindo os anos de estudo para o sistema de ensino atual, qual sua escolaridade? ( )sem estudo ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( )ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo ( )curso técnico incompleto ( )curso técnico completo ( )especialização ( )mestrado ( )doutorado	Habilitações académicas: ( ) sem estudos ( ) 1º ciclo do ensino básico ( ) 2º ciclo do ensino básico ( ) 3º ciclo do ensino básico ( ) ensino secundário ( ) ensino pós secundário não superior ( ) Licenciatura ( ) Mestrado ( ) Doutoramento	Alterado para se adequar a terminologia utilizada e à realidade do ensino em Portugal.
Estado civil: ( )solteiro ( )casado ( )união estável ( )separado ( ) divorciado ( )viúvo ( ) NSA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado]	Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo ( ) NSA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado]. Outras situações: ( ) união de facto ( ) separado	Alterado para se adequar a terminologia utilizada em Portugal.
A criança/ adolescente/ jovem recebe algum provento do INSS em decorrência de sua alteração de funcionalidade? ( )sim ( )não	A criança/adolescente/jovem recebe algum subsídio da Segurança Social, em virtude da sua deficiência? ( ) sim ( ) não	Alteração pois em Portugal a pessoa só recebe o auxílio em virtude da deficiência e não da incapacidade

No questionário 2-Referente ao acidente sofrido no último ano, foram realizadas alterações para adequar à realidade portuguesa, não tendo sido excluída nenhuma questão, permanecendo com 25 questões. As adequações sugeridas pelo painel de peritos estão descritas no quadro 3.

Quadro 3- Alterações realizadas pelo painel de peritos no questionário 2- Questionário referente ao acidente. Portugal, 2018.

<b>Versão original (Português do Brasil)</b>	<b>Versão adaptada (Português de Portugal)</b>	<b>INTERPRETAÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>
Período em que ocorreu o acidente: matutino/vespertino/noturno/ não lembra	Período em que ocorreu o acidente: de manhã /de tarde/ de noite/ não se lembra	Adequação quanto à terminologia utilizada em Portugal.
O que o cuidador responsável estava fazendo na hora do acidente? ( )afazeres domésticos ( )estudando ( )trabalhando ( )cuidando de outras crianças ( )acessando redes sociais/internet ( )conversando no telefone ( )preparando refeição ( )assistindo TV ( )cuidando da criança ( )Outra atividade. Qual: _____	O que estava a fazer o cuidador no momento do acidente? ( ) a realizar afazeres domésticos ( ) a estudar ( ) a trabalhar ( ) a cuidar de outras crianças ( ) a utilizar redes sociais/Internet ( ) a conversar ao telefone ( ) a preparar refeições ( ) a ver TV ( ) Outra atividade. Qual:	Adequação quanto à terminologia utilizada em Portugal.
TIPO DE ACIDENTE segundo capítulo XX da CID - circunstâncias) – GRUPOS DE CAUSAS  ( )W65 a W74 - afogamento e submersão ( )W75 a W84 - outros riscos acidentais à respiração ( )W85 a W99 – exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas e pressões ( )X00 a X09 - exposição à fumaça, ao fogo e às chamas ( )X10 a X19 – contato com fonte de calor e substâncias quentes ( )X20 a X29 – contato com animais e plantas venenosas ( )X40 a X49 - envenenamento (intoxicação) acidental - exposição a substâncias nocivas ( )X58 a X59 - exposição acidental a outros fatores e não especificados	TIPO DE ACIDENTE segundo capítulo XX da CID 10 - circunstâncias) – <b>GRUPOS DE CAUSAS</b>  ( ) W65-W74 - Afogamento e submersão acidentais ( ) W75-W84 - Outros acidentes afectando a respiração ( ) W85-W99 - Exposição a corrente elétrica, radiações e temperaturas e pressões extremas do ambiente ( ) X00-X09 - Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas ( ) X10-X19 - Contacto com uma fonte de calor ou com substâncias quentes ( ) X20-X29 - Contacto com animais e plantas venenosos ( ) X40-X49 - Intoxicação acidental por e devida a exposição a substâncias nocivas ( ) X58-X59 - Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados	Adequação da CID-10, tradução oficial em português de Portugal

No questionário 3, foram excluídas 7 questões, e outras foram adequadas à realidade portuguesa, permanecendo um total de 98 questões. A descrição das alterações e questões excluídas estão no quadro abaixo (Quadro- 4).

Quadro 4- Alterações realizadas pelo painel de peritos no questionário 3- Questionário referente aos fatores de risco. Portugal, 2018.

<b>Versão original (Português do Brasil)</b>	<b>Versão adaptada (Português de Portugal)</b>	<b>INTERPRETAÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>
13. Possui rede de dormir/descanso armada com 1,0 a 1,5 m de altura: ( )sim ( )não	-	Excluída, pois não se adequa a realidade Portuguesa. As famílias não utilizam rede para dormir/descanso em Portugal.
16. Quando o aluno era lactante (toddler), costumava usar andador? ( )sim ( )não ( )NSA	16. Quando a criança/adolescente/jovem era lactante/ <i>toddler</i> , costumava usar andarilho/voador/andador? ( ) sim ( ) não ( ) NSA	As três opções (andarilho, voador e andador) foram colocadas para se adequar as questões de regionalismo. em Portugal existem estas três formas de se referir a este objeto.
21. Portão eletrônico com presença de sensores que paralisam o fechamento ou abertura ao detectar qualquer tipo de presença? ( )sim ( )não ( )não tem portão eletrônico	21. Portão elétrico com presença de sensores que paralisam o encerramento ou abertura, ao detectar qualquer tipo de presença? ( ) sim ( ) não ( ) não tem portão elétrico.	Alterado para se adequar a terminologia utilizada em Portugal.
24. Com que frequência o brinquedos e/ou controles remotos (TV/DVD/ar condicionado, entre outros) possuem o compartimento da pilha/bateria aparafusado? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca	24. Com que frequência os brinquedos e/ou controles remotos (TV/DVD/ar condicionado, entre outros) possuem o compartimento da pilha/bateria aparafusado? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca	Alterado para se adequar a terminologia utilizada em Portugal.
25. Presença de ventilador com hélice exposta: ( )sim ( )não	25. Tem ventoinha com hélice exposta: ( ) sim ( ) não	Alterado para se adequar a terminologia utilizada em Portugal.

(Continuação)

<b>Versão original (Português do Brasil)</b>	<b>Versão adaptada (Português de Portugal)</b>	<b>INTERPRETAÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>
Faz uso de aparelhos elétricos sem plug (IMAGEM 6) de conexão na tomada: ( )sim ( )não	-	Questão excluída, pois não é costume da população portuguesa fazer uso de aparelhos elétricos sem plug.
Possui cerca elétrica na residência? ( )sim ( )não	-	Questão excluída, pois não se utiliza cerca elétrica em Portugal.
A criança/adolescente/ jovem costuma soltar pipa na rua (próximo a fiação pública)? ( )sim ( )não	-	Questão excluída, pois a fiação pública é subterrânea.
Com que frequência costuma realizar atividades com chamas (como por exemplo, colocar fogo em carrapato, acender churrasqueira, queimar caixa de marimbondo, acender velas, colocar fogo no lixo) na frente da criança/adolescente/jovem? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca	Com que frequência costuma realizar atividades com chamas (como por exemplo, ACENDER LAREIRAS, RECUPERADOR DE CALOR, acender churrasqueira, queimar colmeias, acender velas, queimar lixo) na frente da criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca	Alterado para se adequar a terminologia utilizada em Portugal. Uma opção relevante foi adicionada (ACENDER LAREIRAS, RECUPERADOR DE CALOR) para se adequar a realidade Portuguesa.
Ao medicar uma criança ou adolescente costuma usar frases iguais ou parecidas com estas: “você vai ficar forte” “é gostoso, é doce” tem gosto de balinha” “Toma para ficar bom” ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )sim através de sinais/libras ( )NSA	Ao medicar uma criança ou adolescente costuma usar frases iguais ou parecidas com estas: “vais ficar forte”, “é bom, é doce, sabe a rebuçado”, “Toma para ficares bom”: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) sim, através de sinais/língua gestual ( ) NSA	Alterado para se adequar a terminologia utilizada em Portugal.
Com que frequência há presença de grama alta ou mato no quintal/pátio de prédio? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca	Com que frequência há presença de relva alta ou mato no quintal/pátio do prédio? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca Não relevante	Excluída. Não é uma realidade a presença de animais peçonhentos em decorrência de relva alta ou mato no quintal domiciliar.

(Continuação)

<b>Versão original (Português do Brasil)</b>	<b>Versão adaptada (Português de Portugal)</b>	<b>INTERPRETAÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>
Quando criança menor de 10 anos, já andou no banco da frente? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA	Quando a criança era menor de 12 anos (ou menor do que 135 cm), andou no carro, no banco da frente? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA	Alterado para se adequar a terminologia utilizada em Portugal e à legislação em vigor no país.
A criança/adolescente/jovem tem acesso a que tipo de serviços de saúde: ( )sus ( )plano de saúde ( )particular	A criança/adolescente/jovem tem acesso a que tipo de serviços de saúde? ( ) SNS ( ) particular	Alterado para se adequar a terminologia utilizada e à realidade do atendimento em saúde em Portugal.
Tem interesse em participar de palestras/atividades sobre prevenção de acidentes que serão desenvolvidas na escola? ( )sim ( ) não	-	EXCLUÍDA. Pois a aplicação do questionário será para validação semântica, não há intenção de realizar atividades sobre prevenção de acidentes nas escolas.
Qual período de preferência?( )matutino( )vespertino( )noturno	-	EXCLUÍDA. Pois a aplicação do questionário será para validação semântica, não há intenção de realizar atividades sobre prevenção de acidentes nas escolas.
Pai não registrou o filho: ( )sim o próprio pai do aluno ( )sim outro familiar ( )não ( ) não sabe referir	-	EXCLUÍDA. Não é uma realidade em Portugal, uma vez que existe a obrigatoriedade do registro da criança conter o nome do pai.

### 3. REAVALIAÇÃO POR PROFISSIONAL DE LÍNGUA PORTUGUESA

Após avaliação pelo painel de peritos, foi redigida a versão pré-final do IACID-II adaptado para a realidade portuguesa. Esta versão foi reencaminhada para os profissionais de língua portuguesa participantes da etapa 1, e foi revista quanto as correções gramaticais,

resultando na versão pré-final do IACID-IJ adaptado para a realidade portuguesa (APÊNDICE 15).

#### **4. PRÉ-TESTE PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA**

Com a versão pré-final finalizada, foi realizado o pré-teste do questionário. Para selecionar a amostra de pais a serem entrevistados, optou-se pela técnica de amostragem não probabilística através do método de seleção acidental, também conhecido como seleção por conveniência (VILELAS, 2017).

O objetivo desta etapa foi avaliar a percepção dos pais e responsáveis de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade a respeito dos itens que compõem o instrumento IACID-IJ, quanto à compreensão e clareza dos mesmos e representação da temática estudada (BEATON et al., 2000; REICHENHEIM; MORAES, 2007; VILELAS, 2017).

Quando as questões apresentam dúvidas em mais de 15% dos respondentes, deve-se voltar para discussão com o painel de peritos. Quanto ao número de participantes, uma amostra de 10 a 20 pessoas são o suficiente para esta etapa (VILELAS, 2017). Outros autores ainda relatam uma amostra de 10 a 30 pessoas (FORTIN; PRUD´HOMME-BRISSON, 2009) ou 30 a 40 pessoas (BEATON et al., 2000), sendo a orientação de que uma amostra apropriada se dá quando os participantes são capazes de fornecer dados válidos e completos até que nenhuma nova informação apareça e as entrevistas fiquem redundantes com dados saturados (VILELAS, 2017).

A população para teste selecionada obedeceu aos mesmos critérios da população do estudo original: Ser pai ou responsável, cuidador principal da criança, adolescente ou jovem que apresente alguma alteração de funcionalidade, e tenha idade entre 0 a 24 anos incompletos.

O acesso à população foi conseguido através de contactos estabelecidos por enfermeiros que trabalham com crianças e jovens nas condições requeridas, em diversas instituições, e que auscultaram a disponibilidade dos pais para participarem neste estudo. A investigadora informava então sobre os objetivos da pesquisa e obtinha o seu consentimento, antes da aplicação do instrumento de coleta de dados.

Para realização do pré-teste houve necessidade de elaborar um questionário, denominado Questionário para validação semântica do IACID-IJ para a realidade portuguesa (APÊNDICE 18). Este instrumento foi baseado no Questionário de Validação Semântica utilizado no Projeto Disabkids (DEON et al., 2011; FEGADOLLI, 2008) e apresenta questões

que avaliam a compreensão e a relevância dos itens. A autora autorizou o uso das questões em nosso estudo (ANEXO 10).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos pais e responsáveis (APÊNDICE 7) e após a entrevista, os pais e responsáveis foram orientados sobre as principais medidas de prevenção de acidentes (APÊNDICE 9). A entrevista teve duração média de 40-60 minutos.

#### 4.1. RESULTADOS DO PRÉ TESTE

Participaram um total de 12 pais de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade. O sexo feminino (83,33%) e a faixa etária entre 30-39 anos foram predominantes. O perfil dos entrevistados está descrito na tabela 2.

**TABELA 2- Perfil dos participantes do pré-teste do instrumento de coleta de dados IACID-IJ adaptado para a realidade portuguesa. Portugal, 2018.**

<b>Sexo do responsável</b>	<b>n(%)</b>
Feminino	10 (83,33%)
Masculino	2 (16,67%)
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100,00%)</b>
<b>Idade do responsável</b>	<b>n(%)</b>
20-29	2 (16,67%)
30-39	5 (41,67%)
40-49	4 (33,33%)
50-59	1 (8,33%)
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100,00%)</b>
<b>Vínculo com a criança</b>	<b>n(%)</b>
Mãe	10 (83,33%)
Pai	2 (16,67%)
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100,00%)</b>
<b>Idade da criança, adolescente, jovem</b>	<b>n(%)</b>
0 a 4	5 (41,67%)
5 a 9	3 (25,00%)
10 a 14	1 (8,33%)
15 a 19	2 (16,67%)
20 a 24	1 (8,33%)
<b>TOTAL</b>	<b>12(100,00%)</b>
<b>Qual alteração de funcionalidade?</b>	<b>n(%)</b>
Alterações de funções auditivas	1 (8,33%)
Alterações de funções físicas	2 (16,67%)
Alterações de funções intelectuais	4 (33,33%)
Múltiplas alterações de funcionalidade	1 (8,33%)
Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	4 (33,33%)
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100,00%)</b>

(Continuação)

<b>Sexo da criança</b>	<b>n(%)</b>
Feminino	6 (50,00%)
masculino	6 (50,00%)
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100,00%)</b>
<b>Sofreu algum acidente no último ano?</b>	
Sim	2 (16,67%)
Não	10 (83,33%)
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100,00%)</b>

Os entrevistados avaliaram que no questionário sociodemográfico a questão referente à raça e posição da criança na família não eram significativas (QUADRO 5). A questão referente a raça, já havia sido apontada pelos peritos, sendo a raça quase nunca utilizada em estudos, em Portugal, por razões éticas e legais.

Quadro 5- Resultados da avaliação semântica do questionário sociodemográfico IACID-IJ. Portugal, 2018.

Você considera todas as questões realizadas importantes?	
Sim	10 (83,33%)
Não	2 (16,67%)
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100,00%)</b>
Em caso de não. Quais? 4. Raça: ( ) branca ( ) negra ( ) amarela ( ) vermelha ( ) Mestiço 16. Posição na família: ( ) 1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho ( ) 4º filho ( ) acima de 4º filhos ( ) filho único ( ) NS	
Você teve dificuldade para entender uma pergunta?	
Sim	1 (8,33%)
Não	11 (91,67%)
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100,00%)</b>
Neste caso, por favor, diga qual pergunta, palavra, ou expressão não compreendeu: 14. Localidade:	
Em suas palavras como você reescreveria a pergunta citada no item de cima: 14. Qual freguesia:	

As perguntas presentes no questionário referente à ocorrência de acidentes não geraram dúvidas em nenhum entrevistado, sendo validado semanticamente por meio de 100% dos entrevistados (QUADRO 6).

Quadro 6 - Resultados da avaliação semântica do questionário relacionado à ocorrência de acidentes IACID-IJ. Portugal, 2018.

Você considera todas as questões realizadas importantes?	
Sim	12 (100,00%)
Não	-
TOTAL	12 (100,00%)
Em caso de não. Quais? Não se aplica	
Você teve dificuldade para entender uma pergunta?	
Sim	-
Não	12 (100,00%)
TOTAL	12 (100,00%)
Neste caso, por favor, diga qual pergunta, palavra, ou expressão não compreendeu: Não se aplica	
Em suas palavras como você reescreveria a pergunta citada no item de cima: Não se aplica	

O questionário referente aos fatores relacionados à ocorrência de acidentes, originou algumas sugestões para alterações na redação de três perguntas, e a exclusão de uma pergunta (QUADRO 7).

Quadro 7- Resultados da avaliação semântica do questionário relacionado aos fatores associados à ocorrência de acidentes IACID-IJ. Portugal, 2018.

Você considera todas as questões realizadas importantes?	
Sim	10 (83,33%)
Não	2 (16,67%)
TOTAL	12 (100,00%)
Em caso de não. Quais? 79. Tem acesso a apoio religioso (Exemplo: igrejas, lar espírita e templos)? ( ) sim ( ) não 97. Há conflitos familiares? ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe	
Você teve dificuldade para entender uma pergunta?	
Sim	4 (33,33%)
Não	8 (66,67%)
TOTAL	12 (100,00%)
Neste caso, por favor, diga qual pergunta, palavra, ou expressão não compreendeu: 2.Quantas divisões tem a casa (sem contar com a casa de banho)?1/2/3/4/5/6/7/ > 7/ NA 80. Tem acesso a apoio social? ( ) sim ( ) não 89. Conhece ou já ouviu falar sobre alguma política sobre prevenção de acidentes? Sim/ não	
Em suas palavras como você reescreveria a pergunta citada no item de cima: 2. Qual a tipologia da casa? T0 T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7 ACIMA DE T7 80. Considera tem acesso a apoio de amigos, familiares, profissionais de saúde ou outros agentes que te suportam diante de uma dificuldade ou necessidade? 89. Já ouviu falar de alguma intervenção ou ação pública com o objetivo de prevenir acidentes?	
Sugestões para acrescentar relacionadas com: 1- Se transporta a criança à pendura de bicicleta 2-Se a cadeirinha da criança esta fixa no lado do passeio	

## 5. REDAÇÃO FINAL

As alterações sugeridas pelos pais das crianças, adolescentes e jovens entrevistados, na fase do pré-teste, foram incorporadas na versão pré-final e enviadas por e-mail aos componentes do painel de peritos para aprovação. O quadro 8 apresenta o resumo das alterações realizadas.

Quadro 8- Resumo das alterações realizadas após validação semântica para redação final do IACID-IJ versão adaptada para a realidade portuguesa. Portugal, 2018.

<b>QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b>	
Raça: ( ) branca ( ) negra ( ) amarela ( ) vermelha ( ) Mestiço Raça (criança, adolescente, jovem): ( ) branca ( ) negra ( ) amarela ( ) vermelha ( ) Mestiço	Excluídas
Posição na família: ( ) 1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho ( ) 4º filho ( ) acima de 4º filhos ( ) filho único ( )NS	Excluída
Questionário referente a ocorrência de acidentes	Sem alterações
<b>QUESTIONÁRIO REFERENTE AOS FATORES ASSOCIADOS A OCORRÊNCIA DE ACIDENTES</b>	
Tem acesso a apoio religioso (Exemplo: igrejas, lar espírita e templos)? ( )sim ( ) não	Mantida
Há conflitos familiares? ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe	Mantida
Quantas divisões tem a casa (sem contar com a casa de banho)? ( )1 ( )2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) mais de 7 ( ) NA	Redação alterada
Tem acesso a apoio social? ( ) sim ( ) não	Redação alterada
Conhece ou já ouviu falar sobre alguma política sobre prevenção de acidentes? ( ) sim ( ) não	Redação alterada

Após aprovação, o resultado foi a versão final do Inquérito sobre Acidentes na População Infantojuvenil com Alterações de funcionalidade (IACID-IJ)- Versão adaptada para Portugal.

A versão final ficou com 140 perguntas distribuídas da seguinte forma:1- Questionário sociodemográfico, 17 questões; 2- Questionário referente à ocorrência de acidentes, 25 questões; e, 3- Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes, 98 questões. Além das adequações realizadas na redação de todas as questões, foram excluídas um total de 10 questões por não se adequarem à realidade cultural de Portugal (APÊNDICE 18).

## DISCUSSÃO

O estudo objetivou validar o questionário Inquérito sobre Acidentes na População Infantojuvenil com alterações de funcionalidade (IACID-IJ) para a realidade portuguesa. Embora o idioma de origem seja o português do Brasil, existem diferenças de linguagem e cultura significativas que não permitem a sua utilização no país de destino sem antes passar por etapas metodológicas de adaptação cultural e validação de conteúdo (BEATEN DT et al., 2000; POLIT; BECK, 2011).

Portanto, o IACID-IJ passou por todas as etapas metodológicas descritas na literatura e reconhecidas internacionalmente para garantir a qualidade das informações em futuras pesquisas (BEATON et al., 2000).

Durante o processo de adaptação por professor de língua portuguesa foram alteradas palavras e expressões, porém o significado da pergunta foi mantido, fato constatado na avaliação de professora de língua portuguesa do Brasil e residente em Portugal.

Na avaliação pelo painel de peritos, foram realizados significativos ajustes, e as questões que não se aplicavam à realidade da cultura portuguesa foram excluídas. Prosseguindo com a validação semântica com um grupo de pais de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade, os mesmos sinalizaram poucos ajustes a serem efetuados.

Em Portugal, culturalmente as casas são classificadas segundo a sua tipologia, que se refere a quantidade de quartos na habitação. Dessa forma um T0 é uma residência sem quarto (estúdio), um T1 residência com um quarto, T2 com dois quartos e assim por diante (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011). Portanto, apesar da pergunta original estar correta e compreensível, foi sugerida que se perguntasse qual a tipologia da casa ao invés de quantos cômodos a casa possui.

A questão que investiga o conhecimento de uma política sobre prevenção de acidentes foi mantida e reformulada para facilitar a compreensão. O objetivo desta questão é investigar se a população tem conhecimento da mobilização pública para redução dos acidentes, uma vez que este é um problema de saúde pública, reconhecido mundialmente (PORTUGAL, 2010; WORLD HEALTH ORGANISATION, 2008). Em Portugal existe o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA), lançado em 2010 pelo Ministério da Saúde, que propõe ações com o objetivo de promoção da segurança, a prevenção dos acidentes e a redução das suas consequências (PORTUGAL, 2010).

Quanto à pergunta referente ao “apoio social”, esta questão também foi reformulada, para melhor compreensão do que se pretende apreender. Para sua reformulação partiu-se da sugestão do pai entrevistado, e levando-se em consideração a definição de rede de apoio social como um complexo sistema de ações e intervenções tanto no plano micro (família, amigos, grupos sociais próximos) quanto macrosocial (envolvendo políticas públicas em geral) (GERMANO; COLAÇO, 2012).

Reforça-se a importância em abordar esta temática sendo que umas das ações propostas pelo Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA) é criar uma Rede de Apoio Social e Psicológico para vítimas de acidentes e suas famílias (PORTUGAL, 2010).

Houve responsáveis que julgaram não ser pertinente investigar “apoio religioso” e “conflitos familiares”. Contudo, por ter a ocorrência de acidente causa multifatorial, é necessário investigar os fatores de risco e de proteção relacionados. Por isso, foram mantidas estas questões por se referirem aos fatores de proteção ao desenvolvimento infantojuvenil, entre eles o apoio religioso (que independente de religião, oferece segurança e coerência na vida das crianças) e questões relacionadas as características da família (como por exemplo coesão, afetividade e ausência de conflitos e negligência) (MAIA; WILLIAMS, 2005). Por isso, as questões foram mantidas e aprovadas pelos peritos.

As perguntas que se referiam a “raça e cor” da criança, do adolescente ou do jovem e do seu responsável, foram excluídas para atender a lei de nº 67/98 de 26 de outubro (Lei da Protecção de Dados Pessoais (transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Directiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados), que refere no Artigo 7, inciso 1:

É proibido o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como o tratamento de dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, p.5537, 1998).

No Brasil, a variável “raça ou cor” é uma importante variável utilizada nos estudos epidemiológicos para direcionar políticas públicas de saúde quando analisada em combinação com outras como escolaridade e status socioeconômico. Até mesmo os Sistemas Nacionais de informação em saúde passaram a incluir obrigatoriamente a variável “raça/cor”, conforme as cinco categorias do IBGE (KABAD; BASTOS; SANTOS, 2012).

Em Portugal, a diversidade racial é muito menor. Contudo é possível fazer estudos epidemiológicos investigando a variável “raça/cor”, desde que justificados e autorizados pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

O questionário referente ao acidente sofrido no último ano não teve alterações na fase de pré-teste, sendo de fácil entendimento à realidade portuguesa.

O questionário três, referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes é extenso pois as perguntas são direcionadas a diferentes idades (0 a 24 anos) e a vários tipos de acidentes. Foi planejado desta forma em decorrência das diferentes alterações de funcionalidade, as instruções para prevenção de acidentes direcionadas de acordo com a faixa etária, podem não ser as mesmas quando analisadas de acordo com a funcionalidade da criança, adolescente e jovem (GAEBLER-SPIRA; LS, 2002).

## **CONCLUSÃO**

O instrumento IACID-IJ, foi adaptado para a população portuguesa mediante rigor metodológico proposto e reconhecido internacionalmente, estando apto para ser utilizado em futuras pesquisas referentes à temática. Foram seguidas as seguintes etapas: adaptação por profissional de língua portuguesa, revisão por um painel de peritos, reavaliação da por professora de língua portuguesa (Portugal); pré-teste/validação semântica e redação da versão final.

O inquérito IACID-IJ é composto por três questionários, o primeiro sociodemográfico para caracterizar a população com alteração de funcionalidade, o segundo referente a ocorrência de acidentes com questões pertinentes para caracterização dos acidentes ocorridos, e o terceiro com questões abordando diferentes fatores de risco e proteção para ocorrência dos mais diversos acidentes na população infantojuvenil.

Pretende-se, dessa forma, que futuras pesquisas possam utilizar o questionário, e que os resultados dos estudos sirvam de guia para elaboração de preceitos para prevenção de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade. Apresenta-se como limitação deste questionário a sua extensão e, conseqüentemente, o tempo prolongado para realizar a entrevista.

## REFERENCIAS

- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. **Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro. Lei da Protecção de Dados Pessoais.** Portugal. DIÁRIO DA REPÚBLICA, I SÉRIE A, , 1998.
- BEATEN DT et al. Guidelines for the process of Cross Cultural adaptation of Self Report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.
- BRASIL. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.737 de 16/05/01 publicada no DOU n.96 seção 1e de 18/05/01. **Ministério da Saúde, Brasil**, 2001.
- BRENNER, R. A. et al. Unintentional injuries among youth with developmental disabilities in the United States, 2006-2007. **International Journal of Injury Control and Safety Promotion**, v. 20, n. 3, p. 259–265, 2013.
- DEON, K. C. et al. Translation and cultural adaptation of the brazilian version of Disabkids(R) Atopic Dermatitis Module (ADM). **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 45, n. 2, p. 450–457, 2011.
- EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE. Perfil de segurança infantil do país 2012: Portugal. Disponível em: <https://www.childsafetyeurope.org/reportcards/>. Acesso em 16 maio 2019.
- FEGADOLLI, Claudia. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas: fase I.** Tese (Doutorado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- FORTIN, M.-F.; PRUD'HOMME-BRISSON, D. Noções de ética em investigação. In: **O processo de investigação: da concepção à realização**. 5. ed. Loures: Lusociência, 2009. p. 113–130.
- GAEBLER-SPIRA, D.; LS, T. Injury prevention for children with disabilities. **Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America**, v. 13, n. 4, p. 891–906, 2002.
- GERMANO, I. M. P.; COLAÇO, V. DE F. R. Abrindo caminho para o futuro: redes de apoio social e resiliência em autobiografias de jovens socioeconomicamente vulneráveis. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 3, p. 381–387, 2012.
- GUILLEMIN, F. et al. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of clinical epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417–1432, 1993.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Estatísticas da construção e habitação 2010**. Instituto ed. Lisboa: [s.n.].
- KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 895–918, 2012.
- MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91–103, 2005.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. 54 p. 2010.
- PASQUALI, L. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 560 p.
- PETRIDOU, E. et al. Injuries among disabled children: a study from Greece. **Injury Prevention**, v. 9, n. 3, p. 226–230, 2003.
- PINTO, P. C.; PINTO, T. J. **Pessoas com deficiência em Portugal**. Lisboa: [s.n.].
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saude Publica**, v. 41, n. 4, p. 665–673, 2007.
- SETHI, D. et al. European report on child injury prevention. 2008.
- SHI, X. et al. Unintentional injuries in children with disabilities: a systematic review and meta-analysis. **Injury Epidemiology**, v. 2, n. 1, p. 1–2, 2015.
- VILELAS, J. **O processo de construção do conhecimento**. 2ª Edição ed. Lisboa: [s.n.].
- WORLD HEALTH ORGANISATION. World report on child injury prevention. **Geneva, Switzerland**, p. 1–212, 2008.
- ZHU, H. et al. Unintentional injuries among Chinese children with different types and severity of disability. **Annals of Epidemiology**, v. 24, n. 1, p. 23–28, 2014.

## **7. CONCLUSÕES**

O presente estudo trouxe contribuições importantes, com destaque para a prevalência de acidentes entre a população infantojuvenil (0 a 24 anos) com alterações de funcionalidade, que foi de 52,20% (IC 95%: 46,71; 57,69, sendo o primeiro estudo brasileiro que estudou a ocorrência destes eventos nesta população específica e respondendo ao objetivo principal do estudo.

O estudo permitiu chegar às seguintes conclusões:

- **Quanto ao Perfil dos cuidadores/responsáveis de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade:**
  - A maior parte dos pais/responsáveis entrevistados era do sexo feminino e com idade entre 30 até 39 anos;
  - Mais da metade dos responsáveis eram as mães;
  - O estado civil e a raça mais frequentes foram, respectivamente, solteiro e parda;
  - Quanto à escolaridade e renda, mais da metade dos responsáveis estudaram até o ensino fundamental e vivem com uma renda familiar menor que dois salários mínimos e mais da metade dos responsáveis não trabalham/exercem atividade remunerada;
  - No que concerne ao apoio recebido pelas famílias das crianças, adolescentes e jovens com alteração de funcionalidade, mais da metade relatou receber apoio religioso de instituições religiosas/espirituais e a maior parte não recebe nenhum tipo de apoio social (apoio da família, instituições ou de profissionais);
  - Quanto ao recebimento do benefício LOAS/BPC a maior parte das famílias recebia, e destes mais da metade tinham o benefício como única renda familiar no momento da entrevista. A maioria das famílias dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).
  
- **Quanto ao perfil da população infantojuvenil com alterações de funcionalidade:**
  - Mais da metade dos alunos participantes eram do sexo masculino e a faixa etária predominante foi entre 10 a 14 anos.
  - Houve associação com significância estatística entre o sexo e a faixa etária do aluno. Entre os meninos prevaleceu a faixa etária de 10 a 14 anos, enquanto entre as meninas prevaleceu a faixa etária de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos.

- Quanto ao tipo de alteração de funcionalidade da população infantojuvenil: 137 apresentaram deficiência múltipla (43,08%), 132 deficiência intelectual (41,51%) e 49 deficiência de sentido (15,41%). Destes últimos, 16 apresentavam deficiência visual e 33 auditivas.
- **Quanto à ocorrência de acidente nos últimos 12 meses na população de estudo:**
  - Mais da metade dos alunos sofreram pelo menos um acidente nos 12 meses que antecederam a entrevista.
  - Houve associação, com significância estatística, entre a ocorrência de acidentes e a faixa etária, sendo que estes eventos foram mais prevalentes entre as faixas etárias 0 a 4 anos e 5 a 9 anos,
  - O teste de tendência linear (qui-quadrado de tendência) mostrou que a ocorrência de acidentes diminuiu com o aumento da idade.
  - Analisando ocorrência de acidente com alteração de funcionalidade, não foi encontrado associação com significância estatística.
- **Quanto às características do acidente**
  - Entre as crianças, adolescentes e jovens com deficiência, houve um número de 166 vítimas de acidente nos 12 meses que antecederam a entrevista.
  - Mais da metade das vítimas eram do sexo masculino;
  - Mais da metade dos acidentes ocorreram em ambiente domiciliar e houve associação com significância estatística entre o local de acidente e o tipo de deficiência: As vítimas com alteração de funcionalidade de sentido se acidentaram mais no ambiente extradomiciliar, enquanto o ambiente domiciliar predominou entre as deficiências intelectual múltipla.
  - A maior parte dos acidentes ocorreram no período vespertino, seguido do matutino.
  - A mãe era a pessoa que estava presente em um pouco mais da metade dos acidentes.
  - Apenas 19 responsáveis estavam fazendo supervisão direta da criança/adolescente/jovem no momento do acidente, e quase a metade estavam desempenhando afazeres domésticos enquanto supervisionava os mesmos.
  - O acidente mais prevalente foi quedas seguido por acidentes ocasionados por forças mecânicas inanimadas.

- **Quanto às características do primeiro atendimento e consequências do acidente**
  - Houve relação estatisticamente significativa entre tipo de acidente e necessidade de atendimento hospitalar.
  - Dos que precisaram de atendimento médico, seis pessoas ficaram internadas, a mediana do tempo de internação foi de 5 dias (amplitude =34 dias), com mínimo de um dia e máximo de 35 dias de internação.
  - Quanto aos primeiros socorros, mais da metade dos acidentados teve o primeiro atendimento sendo realizado pelos seus pais e em segundo lugar pelos professores ou cuidadores de instituições de ensino.
  - A consequência física em mais da metade das vítimas foi uma ferida aberta (escoriações ou corte). E teve uma grave consequência de amputação de falange distal.
  - A maior parte dos responsáveis relataram que o evento acidental trouxe sofrimento emocional para a família.
  - Mais de um terço das vítimas faltaram na escola em decorrência do acidente sofrido, sendo a mediana de dias faltados 3 dias.
  - Houve também absenteísmo no trabalho por parte de 16 responsáveis para cuidar da criança em decorrência do acidente e um número significativo de responsáveis que não trabalhavam.
  
- **Quanto aos fatores de risco e proteção associados à ocorrência de acidentes:**
  - O modelo múltiplo final permaneceu com as seguintes variáveis: acreditar que o acidente é um evento que pode ser evitado; faixa etária da criança/adolescente/jovem; presença de pisos desnivelados ou escorregadios; se utiliza aparelho elétrico sem plug; responsável principal com depressão/sofrimento psíquico; se criança/adolescente/jovem utiliza o fogão sem a supervisão de um adulto; presença de animais domésticos em casa. O modelo foi ajustado por sexo da criança/adolescente/jovem e tipo de alteração de funcionalidade. Foi realizado teste de bondade de ajuste, mostrando que o modelo é adequado.

▪ **Quanto à intervenção educativa sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros realizada para equipe multidisciplinar:**

- Participaram do estudo sete escolas e 162 profissionais de nível superior que fazem parte da equipe multidisciplinar.
- A idade mínima dos participantes foi de 22 anos, máxima de 66, média de 44,87 anos (Desvio padrão 10,23).
- Um número significativo de participantes não havia tido nenhuma capacitação prévia sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros (43,20%)
- A maioria dos que já haviam participado de alguma atividade educativa a respeito, havia sido há mais de dois anos (68,5%).
- Houve aumento com significância estatística em todas as respostas após a capacitação (teste de McNemar = 0,000 em todas as questões).
- Antes da capacitação, a questão que apresentou o maior número de respostas erradas foi a 3, referente ao procedimento de primeiros socorros diante de trauma com avulsão dentária.
- As questões com maior número de acertos após a intervenção foram referentes ao correto manejo diante de queda com traumatismos craniano encefálico e a choque elétrico em ambiente escolar.

▪ **Quanto à intervenção educativa sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros realizada para equipe técnica:**

- Participaram do estudo 76 profissionais de nível médio e técnico que trabalham em seis escolas de ensino especializado.
- A idade mínima dos participantes foi de 20 anos e a máxima de 62 anos, com idade média de 36,62, moda e mediana de 36 anos (Desvio padrão 10,25 anos).
- O sexo feminino foi predominante entre os profissionais (81,6%).
- O grupo etário mais prevalente foi entre 40-49 anos 26 (34,2%).
- A principal ocupação de nível médio foi a de Auxiliares de Desenvolvimento Infantil (ADI) 66 (86,8%).
- Apenas três escolas contam com o técnico de enfermagem na equipe técnica.
- Um número significativo de profissionais nunca havia participado de um treinamento ou atividade educativa sobre primeiros socorros antes desta capacitação 35 (46,1%).

- Quanto à capacitação prévia, 31(47,0%) dos Auxiliares de Desenvolvimento Infantil e 4(80,0%) das cozinheiras não haviam realizado nenhuma capacitação a respeito de primeiros socorros e prevenção de acidentes.
  - O teste estatístico McNemar mostrou que houve significância ( $>0,05$ ) no aumento de acerto das respostas em todas as questões investigadas.
  - Na questão 3, referente ao correto procedimento diante de trauma dentário, houve o maior número de erros antes da capacitação 72 (94,7%).
  - Após a capacitação as questões que tiveram maior número de acertos foram as questões referentes à queda infantil em ambiente escolar com trauma na cabeça e telefone do SAMU. Após as capacitações, esse número de telefone (SAMU 192) foi impresso e ficou exposto em todas as salas.
- **Quanto à adaptação transcultural do questionário para a realidade portuguesa:**
- No questionário 1-Sociodemográfico foram realizadas alterações para adequar à realidade portuguesa, e nenhuma questão foi excluída, permanecendo com 20 questões.
  - No questionário 2-Referente ao acidente sofrido no último ano, foram realizadas alterações para adequar à realidade portuguesa, não tendo sido excluída nenhuma questão, permanecendo com 25 questões.
  - No questionário 3, foram excluídas 7 questões, e outras foram adequadas à realidade portuguesa, permanecendo um total de 98 questões.
  - Resultados do pré-teste: Participaram um total de 12 pais de crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade. O sexo feminino (83,33%) e a faixa etária entre 30-39 anos foram predominantes.
  - A versão final ficou com 140 perguntas distribuídas da seguinte forma: 1- Questionário sociodemográfico, 17 questões; 2- Questionário referente à ocorrência de acidentes, 25 questões; e, 3- Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes, 98 questões.
  - Além das adequações realizadas na redação de todas as questões, foram excluídas um total de 10 questões por não se adequarem à realidade cultural de Portugal.
  - Questões excluídas: Possui rede de dormir/descanso armada com 1,0 a 1,5 m de altura?; Com que frequência há presença de grama alta ou mato no quintal/pátio de prédio?; Tem interesse em participar de palestras/atividades

sobre prevenção de acidentes que serão desenvolvidas na escola?; se sim, Qual período de preferência?; Pai não registrou o filho?; Raça (do responsável e da criança/ adolescente/ jovem); Posição na família (da criança/ adolescente/ jovem).

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da elevada prevalência de acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com alterações de funcionalidade matriculadas em instituições de atendimento educacional especializado para pessoas com deficiência, evidencia-se a necessidade de se voltar o olhar para as especificidades desta população e para a realização de medidas que visem a promoção da segurança e a prevenção destes agravos.

A partir do conhecimento de que as quedas são o evento acidental mais prevalente nesta população, pode-se planejar e implementar intervenções específicas e programas de prevenção de quedas para a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade. Outras intervenções podem ser implementadas, e nesse sentido destaca-se a importância do papel da enfermagem para intervir na realidade apresentada através de inúmeras possibilidades de ação, que se iniciam com medidas preventivas. Podemos considerar na prevenção de acidentes a prevenção primária, secundária e a terciária.

A prevenção primária está relacionada a intervenções antes da ocorrência do evento, sendo importante destacarmos a promoção da segurança e da prevenção de acidentes na atenção básica, com atividades educativas, consultas de puericultura, visitas domiciliares, capacitação da comunidade para a prevenção de acidentes e a correta realização dos primeiros socorros, parcerias entre a equipe da estratégia saúde da família e os profissionais de creches e escolas do bairro.

A prevenção secundária ocorre após a ocorrência do acidente, através da prestação de um cuidado de enfermagem humanizado e integral, baseado em conhecimentos científicos atualizados, técnicas adequadas, que vão desde a assistência pré-hospitalar com os primeiros socorros em tempo oportuno e realizado de forma adequada para prevenir sequelas e morte, até os cuidados no ambiente hospitalar de forma integral e envolvendo os cuidados psicossocioemocionais da vítima e de seus familiares.

Na prevenção terciária, podemos citar ações de reabilitação da vítima de acidente, cuidados emocionais pós-trauma, além de voltarmos para as atividades de prevenção primárias com o objetivo de evitar novos episódios. A enfermagem tem um papel imprescindível para auxiliar a prevenção de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade. Além de estabelecer o vínculo entre esta população, o ambiente e o serviço de saúde é uma classe de profissionais que tem uma importância notória para influenciar políticas públicas de saúde por meio da sua contribuição na assistência, pesquisa, ensino e no desenvolvimento de tecnologias de intervenção.

Enfatiza-se a importância de medidas que promovam a acessibilidade da população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, promovendo ambientes públicos e

domiciliares seguros. Ao evidenciarmos que o tipo de alteração de funcionalidade é umas das variáveis que se relaciona com a ocorrência de acidentes, observa-se a necessidade de medidas preventivas direcionadas a aumentar a segurança de acordo com a funcionalidade do indivíduo.

Indica-se a adaptação de pisos, colocação de rampas/elevadores em locais com degraus e escadas, instalação de barras de proteção e de apoio. Em vias públicas a correta sinalização, a utilização de ruídos sonoros em faixas de pedestres e a tradução em braile e em áudio, das informações necessárias para usar o transporte público é uma importante medida para auxiliar as pessoas com alterações de funcionalidade visual. O ensino da Língua de Sinais Brasileira (LIBRAS), auxilia a eliminar a barreira da comunicação entre as pessoas com deficiência auditiva, facilitando o acesso a informações e a segurança.

O fato de o responsável acreditar que o acidente é um evento inevitável ser uma variável associada a ocorrência de acidente, nos remete a importância da divulgação para a população de medidas preventivas e de resultados de estudos que avaliaram o impacto e os benefícios de ações preventivas na morbimortalidade por acidentes na população infantojuvenil. Orienta-se a utilização dos diferentes meios de comunicação, televisão, redes sociais, rádios e manchetes de jornais para auxiliar na propagação destas informações e possivelmente interferir para que a população elimine a ideia que o acidente é um evento predestinado.

Salienta-se também que esta variável se reflete na supervisão direta sobre a criança, adolescente e jovem, fato que se evidenciou ao investigarmos qual a atividade que o cuidador estava fazendo no momento do acidente. Destaca-se a importância de medidas de intervenção que reforcem a necessidade de uma supervisão direta, relacionada com proximidade, atenção e continuidade, inclusive com a implementação de programas de supervisão infantojuvenil que já foram implementados em outros países e relativamente aos quais se tem evidenciado sua efetividade a partir de estudos.

Aponta-se o fator protetivo da presença de um animal de estimação para a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, o que demonstra a necessidade de se investir em orientações adequadas para os responsáveis e programas de treinamento para cães assistenciais, cujo benefícios em melhorar a mobilidade, segurança, questões psicoemocionais e sociais, são reconhecidos pela literatura.

Chama-se a atenção para a evidência de que a maior parte dos acidentes foram socorridos por pais, responsáveis e professores, explicitando a importância e a necessidade de capacitar a população para a realização de primeiros socorros diante da ocorrência de diversos

acidentes. Quando o primeiro atendimento é realizado de forma correta e oportuna, é possível reduzir o número de sequelas e óbitos em decorrência de causas acidentais.

Portanto, destaca-se a importância de intervenções que objetivam capacitar a população para realizar os primeiros socorros frente a ocorrência de acidentes. A avaliação das capacitações sobre primeiros socorros realizada com as equipes multiprofissionais e técnicas das instituições onde o estudo foi realizado evidenciou que houve aumento, com significância estatística, no conhecimento sobre o assunto. Também foi possível observar mudanças no comportamento da equipe, após as intervenções, como colocar o número de telefone do SAMU exposto nos diferentes ambientes, e realizar alterações no ambiente escolar para promoção da segurança e visando reduzir os riscos para acidentes.

Orienta-se que essas intervenções sejam realizadas com uma frequência estabelecida objetivando manter os profissionais atualizados e preparados para lidar com as intercorrências de forma correta e eficiente.

Destacamos que o questionário Inquérito sobre Acidentes na população Infantojuvenil com alterações de funcionalidade (IACID-IJ), construído pelas pesquisadoras para o presente estudo realizado no Brasil, é uma importante contribuição para que essa realidade seja investigada em outros contextos, permitindo assim a comparação dos resultados e o avanço no conhecimento sobre o assunto. Nesse sentido a adaptação transcultural do instrumento IACID-IJ para a realidade portuguesa trouxe uma importante contribuição, pois o questionário encontra-se disponível para ser utilizado nessa população.

Diante da falta de um sistema de informação sobre quantas crianças, adolescentes e jovens com deficiência existem em Cuiabá-MT, quais são suas deficiências e informações para acessar estas famílias para participar do estudo, a presente pesquisa apresenta como limitação ter analisado a prevalência de acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade matriculadas em instituições de educação especial.

Outras limitações se referem ao fato da perda de parte da população selecionada devido à falta de atualização do cadastro das instituições de ensino e do tempo de entrevista presencial, o que limitou a participação de alguns responsáveis que se recusaram a participar do estudo. Diante desta barreira, sugere-se que as instituições de ensino mantenham o cadastro dos alunos sempre atualizados. Já quanto ao fato de a entrevista ter sido presencial, em estudos futuros pode-se testar técnicas de entrevista por telefone.

Contudo, apesar das limitações apresentadas, salientamos a importância das contribuições do estudo e sugerimos que novos estudos, tanto com abordagem qualitativa

quanto quantitativa, sejam realizados, com a implementação e avaliação de medidas de prevenção de acidentes nesta população específica.

## **REFERÊNCIAS<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> De acordo com a ABNT

ABLEWHITE, J. et al. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 280, 2015.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.

AMIRALIAN, M. L. et al. Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Públ.**, v. 34, n. 1, p. 97–103, 2000.

ANDRADE, S. S. C. DE A.; MELLO-JORGE, M. H. P. DE. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013 : permanência e gastos. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 1, p. 31–38, 2017.

ANDRADE, S. S. C.; MELLO-JORGE, M. H. P. Mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Brasil, 2013. **Rev. Saúde Públ.**, p. 50–59, 2016.

AOKI, M.; OLIVER, F. C.; NICOLAU, S. M. Considerações acerca das condições de vida das pessoas com deficiência a partir de um levantamento em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico do município de São Paulo. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 35, n. 2, p. 169–178, 2011.

ARAGÃO, J. M. N. et al. O uso do Facebook na aprendizagem em saúde : percepções de adolescentes escolares. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 2, p. 286–292, 2018.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **ABNT NBR 16537: Acessibilidade — Sinalização tátil no piso — Diretrizes para elaboração de projetos e instalação**. Rio de Janeiro: 2016.

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **ABNT NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

ATTARZADEH, H. et al. Knowledge and Attitudes of Elementary Schoolteachers on Dental Trauma and its Management in Yazd, Iran. **Journal of dentistry (Shiraz, Iran)**, v. 18, n. 3, p. 212–218, 2017.

AUDRESTCH, H. M. et al. Recognizing the value of assistance dogs in society. **Disability and Health Journal**, v. 8, n. 4, p. 469–474, 2015.

AVRAHAM, J. B. et al. Epidemiology of paediatric trauma presenting to US emergency departments: 2006–2012. **Injury Prevention**, 22 out. 2017.

BARROS, A. C. M. W.; DESLANDES, S. F.; BASTOS, O. M. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 1–7, 2016.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies : an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 21, p. 1–13, 2003.

BARROS, A. L. O. et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 11, p. 3625–3634, 2017.

BARTLETT, S. The problem of children' s injuries in low-income countries: a review. **Health policy and planning**, v. 17, n. 1, p. 1–13, 2002.

BASTOS, M. D. J. R. P. et al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 1, p. 123–132, 2009.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 5, p. 751–757, 2012.

BLANCO E SILVA, F. et al. Intervenção educativa com mães jovens: aquisição de saberes sobre cuidados da criança. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 32–8, 2018.

BLANK, D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. s123–s136, 2005.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicol. Argum**, v. 29, n. 64, p. 31–39, 2017.

BOYLE, C. A. et al. Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008. **Pediatrics**, v. 127, n. 6, p. 1034–1042, 2011.

BRANQUINHO, I. D.; LANZA, F. M. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, v. 8, n. e2753, p. 1–11, 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002. 320 p. 1998.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, ano 1993, n.238, p. 18769.1993.

BRASIL. Lei nº 9394, de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, DF, ano 1996, p. 27.833. 1996.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**. Seção 1e, n.96, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde: 2002.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, ano 186, n.2, p.2543, 26 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/dezembro-2014-pdf/16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014>. Acessado em 05 de maio de 2019.

BRASIL, M. DA S. **Caderno de atenção básica nº 33. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde: 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica nº 24: Saúde na Escola**. 1ª edição ed. Brasília: 2009b.

BRASIL. Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009 - Institui diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na educação básica, modalidade educação especial no Brasil. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, ano 5 de outubro de 2009, Seção 1, p. 17., , 2009c.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 1 . 130 , de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas**. 2018a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ermt.def> Acesso em 16 maio 2019.

BRASIL. Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018. Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, DF, p.1. 2018b.

BRASIL. **Ministério da saúde: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def> Acessado em: 05 maio 2019.

BRENNER, R. A. et al. Unintentional injuries among youth with developmental disabilities in the United States, 2006-2007. **Int. j. inj. contr. saf. promot.**, v. 20, n. 3, p. 259–265, 2013.

BRITO, J. G.; BACCARAT, C.; MARTINS, D. G. Queimaduras domésticas na população infantojuvenil: atendimentos de urgência e emergência **Rev. eletrônica enferm.**, v. 18, e1139, p. 1-12, 2016.

BRITO, J. G.; MARTINS, C. B. DE G. Accidental intoxication of the infant-juvenile population in households: Profiles of emergency care. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 49, n. 3, p. 372–379, 2015.

BRITO, J. G.; MARTINS, C. B. DE G. Home accidents due to exposure to animate mechanical forces amongst children and youth population. **REME rev. min. enferm.**, v. 20, p. 1–7, 2016.

BRITO, J. G.; PEDROSO, B. R. P.; MARTINS, C. B. DE G. Acidentes domiciliares por forças mecânicas inanimadas em crianças, adolescentes e jovens. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 1–9, 2016.

BRITTON, J. W. Kids can't fly: preventing fall injuries in children. **Wis. med. j.**, v. 104, n.1, p. 33-6, 2005.

CABRAL, J.; KRANZ, L. F.; ROSA, R. DOS S. Perfil das internações por causas externas no sus entre crianças e adolescentes no município de Porto Alegre, 2010-2013. **Gestão em saúde no Rio Grande do Sul: casos, análises e práticas**, v. 2, p. 2010–2013, 2013.

CAICEDO, C. Families With Special Needs Children: Family Health, Functioning, and Care Burden. **J Am Psychiatr Nurses Assoc.**, v. 20, n. 6, p. 398–407, 2014.

CALANDRIM, L. F. et al. First aid at school: teacher and staff training. **Rev Rene**, v. 18, n. 3, p. 292–299, 2017.

CAPES. COordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Programa de Doutorado-sanduíche no Exterior (PDSE)**. Disponível em: <https://capes.gov.br/bolsas/bolsas-no-exterior/programa-de-doutorado-sanduiche-no-exterior-pdse> Acesso em: 16 maio 2019.

CARLISLE, G. K. et al. Companion animals in families of children with autism spectrum disorder: Lessons learned from caregivers. **Journal of Family Social Work**, v. 21, n. 4–5, p. 294–312, 2018.

CASTRO, A.; REZENDE, M. The Delphi Technique and its use in brazilian nursing research: bibliographical review. **Rev. Min.Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 429–434, 2009.

CAVALCANTI, A. L.; MARTINS, V. M.; MENEZES, V. A. DE. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grandem Paraíba. **ACM arq. catarin. med.**, v. 37, n. 3, p. 27–33, 2008.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Epi Info™ Downloads**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/support/downloads.html> Acessado em: 28 set 2018.

CHAMBERS, H. G.; CHAMBERS, J. A. Effects of caregiving on the families of children and adults with disabilities. **Phys Med Rehabil Clin N Am**, v. 26, n. 1, p. 1–19, 2015.

CHEN, Y. et al. A Comparative Study of Dog- and Cat-Induced Injury on Incidence and Risk Factors among Children. **Int J Environ Res Public Health**. v. 11, n. 13, p. 1-11, 2016.

CIAMPO, L. A. DEL et al. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. **Pediatria (São Paulo)**, v. 33, n. 1, p. 29–34, 2011.

CONTRAN. Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN). **Resolução nº 277, de 28 de maio de 2008**. Dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para o transporte de crianças em veículos. Disponível em: [http://www.cetsp.com.br/media/24771/resolucao\\_contran\\_277.pdf](http://www.cetsp.com.br/media/24771/resolucao_contran_277.pdf) Acesso em: 20 set. 2018.

COUTINHO, L. M. S.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992–998, 2008.

CRUZ, I. L. D. C. M. et al. Satisfação dos usuários com os serviços do Sistema Único de Saúde - SUS em um município do sertão de Pernambuco. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 11, n. 39, p. 142–163, 2017.

DALTRO, M. C. DE S. L.; MORAES, J. C.; MARSIGLIA, R. G. Caregivers of children and adolescents with mental disorders : social , family and sexual changes. **Saúde Soc.**, v. 27, n. 2, p. 544–555, 2018.

DEON, K. C. et al. Translation and cultural adaptation of the brazilian version of Disabkids(R) Atopic Dermatitis Module (ADM). **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 45, n. 2, p. 450–457, 2011.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. As relações maritais e sua influência nas relações parentais: implicações para o desenvolvimento da criança. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, Á. L.; COLABORADORES (Eds.). **A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras**. Artmed, 2005. p. 278.

DIXE, M. DOS A. C. R.; GOMES, J. C. R. Knowledge of the Portuguese population on Basic Life Support and availability to attend training. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 49, n. 4, p. 636–644, 2015.

EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE. **Perfil de segurança infantil do país 2012: Portugal**. Disponível em: <https://www.childsafetyeurope.org/reportcards/>. Acesso em 16 maio 2019.

EUROSAFE. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EUROSAFE). **Injuries in the European Union: Summary of injury statistics for the years 2008-2010**. Report on injury statistics 2008-2010, Amsterdam, 2013.

FEGADOLLI, Claudia. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas: fase I**. Tese (Doutorado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERNANDES, F. M. F. DE A. et al. Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 33, n. 4, p. 133–141, 2012.

FERREIRA, E. et al. “ Sala de espera ”: Cenário e estratégia de educação em saúde. **J Manag Prim Heal Care**, v. 7, n. 1, p. 70–70, 2016.

FIGUEIREDO, S.; PEREIRA, A.; GARCIA, C. A. Prevenção de acidentes domésticos na infância. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 10, n. 2, p. 172–7, 2009.

FILÓCOMO, F. R. F. et al. Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em um hospital público. **Acta paul. enferm.**, v. 30, n. 3, p. 287–294, 2017.

FRANÇA, M. G. O financiamento da educação especial no âmbito dos fundos da educação básica: Fundef e Fundeb. **Educar em Revista**, n. 58, p. 271–286, 2015.

FRANÇA, T. H. P. M.; RIOS-NETO, E. L. G. A escolarização das pessoas com deficiência no Brasil: atendimento, atraso e progressão no ensino fundamental segundo o Censo 2000. **R. bras. Est. Pop.**, v. 29, n. 2, p. 239–257, 2012.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência Association measures in cross-ratio. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 3, p. 347–355, 2008.

GARCIA, R. M. C. Política de educação especial na perspectiva inclusiva e a formação docente no Brasil. **Rev. bras. educ.**, v. 18, n. 52, p. 101–239, 2013.

GIALLO, R. et al. Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an Autism Spectrum Disorder. 2011.

GODDARD, A. T.; GILMER, M. J. The Role and Impact of Animals with Pediatric Patients. **Pediatr Nurs [Internet]**, v. 41, n. 2, p. 65–71, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26292453>. Acesso em: 15 maio 2019.

GÓES, F. G. B. et al. Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, v. Supl 6, p. 2974–2983, 2018.

GURGEL, A. K. C.; MONTEIRO, A. I. Prevenção de acidentes domésticos infantis: susceptibilidade percebida pelas cuidadoras. v. 8, n. 4, p. 5126–5135, 2016.

HILGEMBERG, A.; LEMOS, J. R. D.; GOMES, J. R. Evidências preliminares da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência nas Unidades Básicas de saúde em uma cidade do Estado do Paraná, Brasil. **Rev. Aten. Saúde**, v. 16, n. 55, p. 57–63, 2018.

HOPE, S. et al. Maternal mental health and childhood injury: evidence from the UK Millennium Cohort Study. **Arch. dis. child.**, v. 104, p. 268–274, 2019.

HURTADO-SIERRA, D. E.; SARMIENTO-LIMAS, C. A. Factores de riesgo relacionados con accidentes pediátricos en un hospital infantil de Bogotá. **Rev. salud pública.**, v. 17, n. 1, p. 74–84, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Pessoas com deficiência em Cuiabá-MT. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/pesquisa/23/23612?detalhes=true> Acesso em: 16 maio 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/pesquisa/23/23612?detalhes=true> Acesso em: 16 maio 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **História de Cuiabá-MT: Prefeitura de Cuiabá 2014**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/historico> Acesso em: 16 maio 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2016**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=pib-por-municipio&c=5103403> Acesso em: 28 maio 2019.

INBARAJ, L. R. et al. Incidence and Impact of Unintentional Childhood Injuries: A Community Based Study in Rural South India. **Indian J Pediatr**, v. 84, n. 3, p. 206–210, 2017.

İNCE, T.; YALÇIN, S.; YURDAKÖK, K. Parents' Attitudes and Adherence to Unintentional Injury Prevention Measures in Ankara, Turkey. **Balkan Med J**, v. 34, n. 4, p. 335–342, 2017.

JOSEPH, N. et al. Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, south India. **J Prim Health Care**, v. 7, n. 4, p. 274–281, 2015.

KASSAM-ADAMS, N. et al. Traumatic Stress, Depression, and Recovery: Child and Parent Responses After Emergency Medical Care for Unintentional Injury. **Pediatr. emerg. care.**, v. 31, n. 11, p. 737–742, 2015.

KEALL, M. D. et al. Home modifications to reduce injuries from falls in the Home Injury Prevention Intervention (HIPI) study: A cluster-randomised controlled trial. **Lancet.**, v. 385, n. 9964, p. 231–238, 2015.

KENDRICK, D. et al. Preventing Childhood Falls at Home. Meta-Analysis and Meta-Regression. **Am. j. prev. med.**, v. 35, n. 4, 2008.

LEFF, M. et al. Disability, environmental factors and non-fatal injury. **Inj. Prev.**, v. 16, n. 6, p. 411–415, 2010.

LIMBOS, M. A. P. et al. Injuries to the head among children enrolled in special education. **Arch. pediatr. adolesc. med.**, v. 158, n. 11, p. 1057–61, 2004.

LYNN, M. R. Determination and Quantification Of Content Validity. **Nurs. res.**, v. 35, n. 6, 1986.

MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 5, p. 1669–1679, 2009.

MARCOLAN, J. F.; CASTRO, C. B. R. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Desafios e Possibilidades do Novo Contexto do Cuidar**. 8 ed. Elsevier Editora, 2015.

MARKENSON, D. et al. Part 17: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. **Circulation**, v. 122, n. 18 Suppl 3, 2010.

MARTINS, C. B. D. G.; ANDRADE, S. M. DE. Accidents with foreign bodies in children under 15 years of age: epidemiological analysis of first aid services, hospitalizations, and deaths. **Cad. saúde pública.**, v. 24, n. 9, p. 1983–90, 2008.

MARTINS, C. B. DE G. Accidents in childhood and adolescence: a bibliographic review. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 344–8, 2006.

MARTINS, C. B. DE G.; JORGE, M. H. P. DE M. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 16, n. 2, p. 454–468, 2013.

MARTINS, C. B. DE G.; MELLO-JORGE, M. H. P. DE. Circumstances and factors associated with accidental deaths among children, adolescents and young adults in Cuiaba, Brazil. **São Paulo med. j.**, v. 131, n. 4, p. 228–237, 2013.

MATOS, K.; MARTINS, C. B. DE G. Mortalidade Por Causas Externas Em Crianças, Adolescentes E Jovens: Uma Revisão Bibliográfica. **Rev espaço saúde**, v. 14, n. 1/2, p. 82–93, 2013.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. Editora Ateneu 2ª ed. São Paulo: 665 p. 2009.

MEIJEL, E. P. M. VAN et al. Predicting posttraumatic stress disorder in children and parents following accidental child injury : evaluation of the Screening Tool for Early Predictors of Posttraumatic Stress Disorder (STEPP). **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 113, p. 1–8, 2015.

MENDES, E. G. Breve histórico da educação especial no Brasil. **Revista Educación y Pedagogía**, v. 22, n. 57, p. 93–110, 2010.

MENDONÇA, A. A. DOS S. Escola inclusiva : barreiras e desafios. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação**, v. 1, n. 1, p. 4–16, 2013.

MILIAN, Q. G.; WECHSLER, S. M. Deficiência intelectual : doze anos de publicações na base SciELO. **Psicopedagogia**. v. 30, n. 91, p. 64–73, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mais Saúde, direito de todos: Diretrizes estratégicas. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>. Acessado em: 28 maio 2019.

MITRA, S.; POSARAC, A.; VICK, B. Disability and Poverty in Developing Countries : A Snapshot from the World Health Survey. **SP Discussion Paper**, n. 1109, p. 258, 2011.

MOREIRA, M. R. et al. Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens , Brasil , 1996-2015 : cumprimos o ODS 3 . 6 ? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 9, p. 2785–2796, 2018.

MORRONGIELLO, B. A. et al. Results of a randomized controlled trial assessing the efficacy of the Supervising for Home Safety program: Impact on mothers' supervision practices. **Accid. anal. prev.**, v. 50, p. 587–595, 2013.

MORRONGIELLO, B. A.; RENNIE, H. Why do boys engage in more risk taking girls?. **Inj. Prev.**, v. 23, n. 1, p. 23:33-43, 1998.

MORRONGIELLO, B. A.; ZDZIEBORSKI, D.; NORMAND, J. Understanding gender differences in children's risk taking and injury: A comparison of mothers' and fathers' reactions to sons and daughters misbehaving in ways that lead to injury. **J. appl. dev. psychol.**, v. 31, n. 4, p. 322–329, 2010.

MOTA, L. L.; ANDRADE, S. R. DE. Temas educativos para escolares sob a perspectiva dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 50, n. (n.esp), p. 114–121, 2016.

MURPHY, L. M. B. Adolescent Mothers' beliefs about parenting and injury prevention: Results of a Focus Group. **J. pediatr. health care.**, n. August, p. 194–199, 2001.

MURPHY, S. L. et al. Death: Final Data for 2015. **Natl. vital stat. rep.**, v. 66, n. 6, p. 1–75, 2017.

MUYLAERT, C. J.; DELFINI, P. S. DE S.; REIS, A. O. A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 41–58, 2015.

NAKKEN, H.; VLASKAMP, C. A Need for a Taxonomy for Profound Intellectual and Multiple Disabilities. **J Policy Pract Intellect Disabil.**, n. 12, p. 12–15, 2007.

NETO, N. M. G. et al. Intervenções de educação em saúde sobre primeiros socorros para leigos no Brasil: revisão integrativa. **Cien Cuid Saude**, v. 16, n. 4, p. 1–9, 2017.

OLIVA, D. V. Barreiras e recursos à aprendizagem e à participação de alunos em situação de inclusão. **Psicologia Usp**, v. 27, n. 3, p. 492–502, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 8. ed. 10ª revisão- São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde**. Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de Classificações Internacionais em Português.org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. 1 ed., 2. Reimpr. Atual – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

PANAGOPOULOU, P. et al. Traumatic hand amputations among children in Greece: epidemiology and prevention potential. **Inj Prev.**, v. 18, n. 5, p. 309–314, 2012.

PASQUALI, L. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 560 p.

PEIRIS-JOHN, R. et al. Adolescents with disability report higher rates of injury but lower rates of receiving care: findings from a national school-based survey in New Zealand. **Inj Prev.**, v. 22, n. 1, p. 40–45, 2016.

PEREIRA, M. G. D. P. Direiro à educação: meninas com deficiência. **JORSEN**, v. 16, n. 1, p. 389–393, 2016.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A.; BARBOSA, A. J. G. Ajustamento Conjugal: Comparação entre Casais com e sem Filhos com Deficiência Intelectual. **Psico-USF**, v. 20, n. 2, p. 297–308, 2015.

PETRIDOU, E. et al. Injuries among disabled children: a study from Greece. **Inj. prev.**, v. 9, n. 3, p. 226–230, 2003.

PINA, A. S.; ARAÚJO, D. A. DE C. Violência contra crianças com deficiência. **Interfaces da Educ.**, v. 4, n. 12, p. 81–93, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. **Res. nurs. health.**, v. 29, n. 5, p. 489–497, out. 2006.

RAMIREZ, M. Disability and risk of school related injury. **Inj. prev.** v. 10, n. 1, p. 21–26, 2004.

RAMIREZ, M. et al. A comparison of school injuries between children with and without disabilities. **Academic Pediatrics**, v. 10, n. 5, p. 317–322, 2010.

RICHARDSON, Shana S. **Developmental Trajectories of Marriage , Coparenting , and Parenting Stress for Parents of Adolescents and Young Adults with Intellectual Disability**. 2012. Dissertação (Mestrado em psicologia). Georgia State University, Estados Unidos da América, 2012.

RISDAL, D.; SINGER, G. H. S. Marital Adjustment in Parents of Children with Disabilities : A Historical Review and Meta-Analysis. **Res Pract Persons Severe Disabl.**, v. 29, n. 2, p. 95–103, 2004.

RODRIGUES, K. Z. et al. Grau de satisfação entre os usuários de uma unidade básica de saúde no estado do Paraná, Brasil. **Sci Med.**, v. 28, n. 4, p. 1–10, 2018.

SALAM, R. A. et al. Interventions to Prevent Unintentional Injuries Among Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Adolesc Health**, v. 59, n. 2, p. S76–S87, 2016.

SANTAGATI, G.; VEZZOSI, L.; ANGELILLO, I. F. Unintentional Injuries in Children Up to Six Years of Age and Related Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviors in Italy. **J. Pediatr.**, v. 177, p. 267- 272.e2, 2016.

SANTOS, W. R. DOS. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. supl.1, p. 787–796, 2011.

SANYANG, E. et al. Child supervision and burn outcome among admitted patients at major trauma hospitals in the Gambia. **Int J Environ Res Public Health**, v. 14, n. 8, 2017.

SCHNITZER, P. G. et al. Supervision and risk of unintentional injury in young children. **Injury Prevention**, v. 21, n. e1, p. e63-70, 2015.

SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev. RENE.**, v. 14, n. 6, p. 1123–32, 2014.

SENGOELGE, M.; HASSELBERG, M.; LAFLAMME, L. Child home injury mortality in Europe: A 16-country analysis. **Eur J Public Health**, v. 21, n. 2, p. 166–170, 2011.

- SETHI, D. et al. European report on child injury prevention. **WHO, Copenhagen**, 2008.
- SHERARD, J.; TONGE, B. J.; OZANNE-SMITH, J. Injury in young people with intellectual disability: Descriptive epidemiology. **Inj. Prev.**, v. 7, n. 1, p. 56–61, 2001.
- SHI, X. et al. Unintentional injuries in children with disabilities: a systematic review and meta-analysis. **Injury Epidemiology**, v. 2, n. 1, p. 1–2, 2015a.
- SHI, X. et al. Increased risk of unintentional injuries in adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis. **Disabil. Health J.**, v. 8, n. 2, p. 153–164, 2015b.
- SHIELDS, W. et al. Structural housing elements associated with home injuries in children. **Injury Prevention**, v. 22, n. 2, p. 105–109, 2016.
- SILVA, M. A. I. et al. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 351–358, 2010.
- SILVA, R. S. DA; FEDOSSE, E. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 26, n. 2, p. 357–366, 2018.
- SINCLAIR, S. A.; XIANG, H. Injuries among US children with different types of disabilities. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 8, p. 1510–1516, 2008.
- SOARES, V. F. R. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento à criança vítima de trauma: revisão de literatura. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 13, n. 1, p. 125–135, 2015.
- SOUZA, Patrícia Moreira de. **Identificação e caracterização dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, matriculados nas classes comuns do ensino regular, na rede pública estadual, em município do interior paulista**. Orientadora: Katia de Souza Amorim. 2011. 122f. Dissertação (Mestrado em psicologia)- Faculdade de psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- STACE, L. B. Welcoming max: Increasing pediatric provider knowledge of service dogs. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 24, p. 57–66, 2016.
- TAI, Y.-M.; GAU, S. S.-F.; GAU, C.-S. Injury-proneness of youth with attention-deficit hyperactivity disorder: A national clinical data analysis in Taiwan. **Research in Developmental Disabilities**, v. 34, n. 3, p. 1100–1108, 2013.
- UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2013 - Crianças com Deficiência**. New York:Unicef, 2013.
- VENDRUSCULO, T. M. et al. Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 157–164, 2010.
- VIEIRA, L. J. E. D. S. et al. Associated factors for the occurrence of unintentional injuries in children from a low-income community in northeastern Brazil. **Acta Scientiarum. Health Science**, v. 34, n. 2, p. 127–135, 2012.

- VIEIRA, L. J. E. DE S. et al. Repercussões no contexto contexto familiar de injúrias não intencionais em crianças. **Acta Scientiarum. Health Science**, v. 29, n. 2, p. 151–158, 2007.
- VIEIRA, N. G. DE B. et al. O cotidiano de mães com crianças portadoras de paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 55–60, 2008.
- WHITE, D. et al. Injury among adolescents with intellectual disability : A prospective cohort study. **Injury, Int. J. Care Injured**, p. 6–11, 2018.
- WILSON, M. L. et al. Association between parent mental health and paediatric TBI: epidemiological observations from the 1987 Finnish Birth Cohort. **Injury Prevention**, 2018.
- WHO. World Health Organisation (WHO). World report on child injury prevention. **Geneva, Switzerland**, p. 1–212, 2008.
- XIANG, H. et al. Nonfatal injuries among US children with disabling conditions. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 11, p. 1970–1975, 2005.
- XIANG, H.; WHEELER, K. K.; STALLONES, L. Disability status: A risk factor in injury epidemiologic research. **Annals of Epidemiology**, v. 24, n. 1, p. 8–16, 2014.
- YUNG, A.; HAAGSMA, J. A.; POLINDER, S. A systematic review on the influence of pre-existing disability on sustaining injury. **Accident Analysis and Prevention**, v. 62, p. 119–208, 2014.
- ZHU, H. et al. Unintentional injuries among Chinese children with different types and severity of disability. **Annals of Epidemiology**, v. 24, n. 1, p. 23–28, 2014.
- ZHU, H. P. et al. Disability, home physical environment and non-fatal injuries among young children in china. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, p. 1–9, 2012.
- ZIMMERMAN, S. F. et al. Acidentes com crianças e adolescentes, segundo o Inquérito Sentinela. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 3, p. 115, 2019

# APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**PESQUISA: Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência:  
Perfil epidemiológico e fatores associados**

**APÊNDICE 1 - OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DAS  
INSTITUIÇÕES PARA COLETA DE DADOS**

**Ao Diretor(a)** \_\_\_\_\_ **da escola** \_\_\_\_\_

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, **Jackeline Gonçalves Brito** doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UMFT), venho muito respeitosamente solicitar a autorização desta instituição de ensino para a coleta de dados referente à pesquisa **“Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: Perfil epidemiológico e fatores associados”** a ser desenvolvido como Dissertação de Doutorado em enfermagem, sob a orientação da professora Pós Dra. **Christine Baccarat de Godoy**.

Tal pesquisa tem por **OBJETIVO**: Analisar a ocorrência de acidentes entre a população infantojuvenil com e sem deficiência, identificando a associação entre os fatores socioeconômicos, de risco e de proteção que ocorrem em maior ou menor frequência entre os casos do que entre os controles.

Como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**, o estudo pretende:

- Analisar os acidentes ocorridos com crianças, adolescentes e jovens com deficiências física, intelectual, psicossocial e múltipla, matriculados em instituições educacionais de Cuiabá-MT.
- Comparar a ocorrência de acidentes domiciliares e extradomiciliares ocorridos entre a população infantojuvenil com e sem deficiência.
- Buscar associação entre a ocorrência de acidentes com os fatores socioeconômicos, de risco e de proteção comparando os resultados entre a população infantojuvenil com e sem deficiência.

- Buscar associação entre o tipo de acidente com o tipo de deficiência.

Para tanto, precisaremos ter acesso a população infantojuvenil com algum tipo de deficiência. Por meio de sua instituição de ensino especial, gostaríamos de pedir a autorização para fazer contato com os pais ou responsáveis dos alunos matriculados.

Contudo, esclarecemos que **a partir do contato com o responsável do aluno o mesmo terá a liberdade de aceitar ou recusar-se a participar do estudo sem dano para o mesmo ou para sua instituição.**

Em todas as etapas da pesquisa, vimos garantir o **ANONIMATO DE TODOS OS SUJEITOS** pesquisados, o tratamento global das informações e que os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

Ressaltamos que conhecer as causas e as circunstâncias dos acidentes torna-se essencial a fim de se formar um diagnóstico e contribuir para a adoção de medidas preventivas. Pretende-se com esta pesquisa ampliar o conhecimento sobre as características epidemiológicas dos acidentes que ocorrem entre crianças, adolescentes e jovens com algum tipo de deficiência, contribuindo para a avaliação da magnitude e características do fenômeno, o que pode subsidiar o planejamento de ações preventivas que visem à redução deste importante agravo em nossa sociedade.

Anexamos a esta solicitação, o formulário que será utilizado para transcrição dos dados durante a entrevista e o projeto de pesquisa.

Solicitamos, portanto, a **AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO** para fazermos contato com os pais dos alunos matriculados nesta instituição a partir de fevereiro de 2016.

Certas de que a integração entre ensino e pesquisa contribui para o avanço do conhecimento e políticas de atenção, agradecemos antecipadamente e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

No aguardo,

---

Enf. Mestre Jackeline Gonçalves Brito

Doutoranda em Enfermagem da UFMT

CPF: 030.921.791-10- E-mail: . [jackeline\\_brito@hotmail.com](mailto:jackeline_brito@hotmail.com) - Telefone: (65) 9963-9002

---

Pós Dr<sup>a</sup>.Christine Baccarat de Godoy Martins

Coordenadora do Programa de Pós graduação em Enfermagem da UFMT

CPF: 830448339-49 - e-mail: [leocris2001@terra.com.br](mailto:leocris2001@terra.com.br) - Telefones: 8128-8505



## APÊNDICE 2 – PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS<sup>2</sup>

### LEGENDA

NSA: não se aplica

SM: salário mínimo

IGN: ignorado

### 1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS PARA O PESQUISADOR	
1. Número da entrevista: _____	
2. Responsável pela coleta: _____	3. Data da entrevista: ____/____/____
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL	
4. Nome: _____	5. Gênero: ( ) masculino ( ) feminino
6. Idade em anos: _____	
7. Relação com a criança/adolescente/jovem: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) tia/tio ( ) avó/avô ( ) irmão/irmã ( ) primo/prima ( ) cuidador de instituição ( ) pais adotivos ( ) outro. Qual _____	
8. Raça ou cor: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena	
9. Renda: ( ) menos 1SM ( ) 1a2SM ( ) 3a4SM ( ) 5a6SM ( ) mais de 6SM ( ) não sabe referir ( ) NSA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado] (segundo Decreto 8.618/2015 atualizado em 01/01/2016 o SM é de valor R\$880,00)	
10. Escolaridade ( ) sem estudo ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) médio incompleto ( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) mestrado ( ) doutorado e pós doutorado	
11. Estado civil: ( ) casado ( ) união estável ( ) separado ( ) Divorciado ( ) viúvo ( ) NSA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado]	
12. Tipo de família: ( ) nuclear ( ) não nuclear	
13. Já recebeu informação sobre prevenção de acidente: ( ) sim ( ) não	
DADOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE/JOVEM	
14. Nome: _____	
15. Idade em anos: _____	16. Idade em grupo etário: ( ) 0 a 4 ( ) 5 a 9 ( ) 10 a 14 ( ) 15 a 19 ( ) 20 a 24
17. Sexo: _____	18. Raça ou cor: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena
19. Endereço: _____	20. CIDADE: _____
21. Qual instituição de ensino está matriculado: ( ) APAE ( ) LIVRE APRENDER ( ) CEAADA ( ) CENPER ( ) FÉ E ALEGRIA ( ) PESTALOZI ( ) INSTITUTO DE CEGOS ( ) RAIOS DE SOL ( ) INSTITUIÇÃO DE ENSINO REGULAR PARTICULAR ( ) INSTITUIÇÃO DE ENSINO REGULAR PÚBLICA	
22. Posição na família: ( ) 1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho ( ) acima 3º filho ( ) filho único ( ) IGN	
23. Possui alguma deficiência*: ( ) SIM ( ) NÃO	
24. Se sim qual o tipo de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental/intelectual ( )	

<sup>2</sup> Questionário elaborado com base nos instrumentos de coleta de dados utilizados por Martins (2012) e Brito (2015).

)Múltipla*** *** Considera-se múltipla mais de uma deficiência
25. Se múltipla quais:
26. Sofreu algum acidente** no último ano (12 meses): ( )SIM ( )NÃO
<b>2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AO ACIDENTE</b>
<b>DADOS DO ACIDENTE</b>
1. Quantos acidentes a criança/adolescente/jovem sofreu no último ano:
<b>INFORMAÇÕES DO ÚLTIMO ACIDENTE</b>
2. Acidente ocorreu em ambiente ( ) domiciliar ( )extradomiciliar
3. Se domiciliar: ( )residência familiar do tipo casa ( )residência familiar do tipo apartamento ( )instituição (orfanatos e abrigos) ( )NSA
4. Se extradomiciliar: ( )escola e instituições ( ) área para prática de esportes ( ) rua e estrada ( ) áreas de comércio e de serviços ( ) fazenda e sítio ( ) outros. Qual: _____
5. Dia da semana: ( ) segunda ( )terça ( )quarta ( )quinta ( )sexta ( )sábado ( )domingo
6. Mês de ocorrência: ( )Janeiro ( )Fevereiro ( )Março ( )Abril ( )Maio ( )Junho ( )Julho ( )Agosto ( )Setembro ( )Outubro ( )Novembro ( )Dezembro
7. Período em que ocorreu o acidente: ( )matutino ( )vespertino ( )noturno
8. Com quem a criança estava na hora do acidente? ( )pais ( )avôs ( )tios ( )baba ( )Professora ( )outra criança menor de 12 anos ( )cuidadora de instituição ( )outra. Qual: _____
9. O que o cuidador estava fazendo na hora do acidente? ( )afazeres domésticos ( )
9. TIPO DE ACIDENTE segundo capítulo XX da CID - circunstâncias) – <b>GRUPOS DE CAUSAS</b> ( )V01 a V99 - acidentes de transporte ( )W00 a W19 - quedas ( )W20 a W49 - exposição a forças mecânicas inanimadas ( )W50 a W64 - exposição a forças mecânicas animadas ( )W65 a W74 - afogamento e submersão ( )W75 a W84 - outros riscos acidentais à respiração ( )W85 a W99 – exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas e pressões ( )X00 a X09 - exposição à fumaça, ao fogo e às chamas ( )X10 a X19 – contato com fonte de calor e substâncias quentes ( )X20 a X29 – contato com animais e plantas venenosas ( )X30 a X39 - exposição as forças da natureza ( )X40 a X49 - envenenamento (intoxicação) acidental - exposição a subst nocivas ( )X50 a X57 - excesso de esforços, viagens e privações ( )X58 a X59 - exposição acidental a outros fatores e não especificados ( )Y10 a Y34 – eventos cuja intenção é indeterminada
10. Qual o tipo de acidente sofrido? (capítulo XX CID - circunstâncias) – <b>SUBGRUPOS DE CAUSAS</b> ( ) <b>V01 a V99 – ACIDENTES DE TRANSPORTE (AT)</b> <b>(V01-V09) Pedestre traumatizado em um acidente de transporte:</b> (V01) Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a pedal (V02) Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas (V03) Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro), “pick up” ou caminhonete (V04) Pedestre traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou com um ônibus (V05) Pedestre traumatizado em colisão com trem (comboio) ou um veículo ferroviário (V06) Pedestre traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado (V09) Pedestre traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados <b>(V10-V19) Ciclista traumatizado em um acidente de transporte:</b> (V10) Ciclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal (V11) Ciclista traumatizado em colisão com outro veículo a pedal (V12) Ciclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas (V13) Ciclista traumatizado em colisão com um automóvel, “pick up” ou caminhonete (V14) Ciclista traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus (V15) Ciclista traumatizado em colisão com um trem ou um veículo ferroviário (V16) Ciclista traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado (V17) Ciclista traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado

- (V18) Ciclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão
- (V19) Ciclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados
- (V20-V29) Motociclista traumatizado em um acidente de transporte:**
- (V20) Motociclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal
- (V21) Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a pedal
- (V22) Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas
- (V23) Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel (carro), “pick up” ou caminhonete
- (V24) Motociclista traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus
- (V25) Motociclista traumatizado em colisão com um trem ou um veículo ferroviário
- (V26) Motociclista traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado
- (V27) Motociclista traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado
- (V28) Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão
- (V29) Motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados
- (V30-V39) Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte:**
- (V30) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal
- (V31) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em colisão com um veículo a pedal
- (V32) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em colisão com outro veículo motor duas ou três rodas
- (V33) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em colisão com automóvel, “pick up” ou caminhonete
- (V34) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em colisão com veículo de transporte pesado ou ônibus
- (V35) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em colisão com trem [comboio] ou veículo ferroviário
- (V36) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado
- (V37) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado
- (V38) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte sem colisão
- (V39) Ocupante de um triciclo motorizado traumatizado em outros acidentes de transporte e não especificados
- (V40-V49) Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte**
- (V40) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal
- (V41) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um veículo a pedal
- (V42) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com outro veículo a motor duas ou três rodas
- (V43) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com carro, “pick up” ou caminhonete
- (V44) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com veículo de transporte pesado ou ônibus
- (V45) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com trem [comboio] ou veículo ferroviário
- (V46) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado
- (V47) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado
- (V48) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em um acidente de transporte sem colisão
- (V49) Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em outros acidentes de transporte e não especificados
- (V50-V59) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte:**
- (V50) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal
- (V51) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um veículo a pedal
- (V52) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com veículo a motor de duas ou três rodas
- (V53) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um automóvel (carro) ou uma caminhonete
- (V54) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com veículo de transporte pesado ou um ônibus
- (V55) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um trem (comboio) ou veículo ferroviário
- (V56) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado
- (V57) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado
- (V58) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte sem colisão
- (V59) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em outros acidentes de transporte e não especificados
- (V60-V69) Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte:**
- (V60) Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal
- (V61) Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um veículo a pedal
- (V62) Ocupante de veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com veículo a motor duas/três rodas
- (V63) Ocupante de veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com carro ou caminhonete
- (V64) Ocupante de veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com outro transporte pesado ou ônibus
- (V65) Ocupante de veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com comboio ou veículo ferroviário
- (V66) Ocupante de veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um outro veículo não-motorizado
- (V67) Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado
- (V68) Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte sem colisão
- (V69) Ocupante de veículo de transporte pesado traumatizado em outros acidentes transporte não especificados
- (V70-V79) Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte:**
- (V70) Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal

- (V71) Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um veículo a pedal
- (V72) Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um outro veículo a motor de duas ou três rodas
- (V73) Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um automóvel (carro) ou uma caminhonete
- (V74) Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus
- (V75) Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um trem (comboio) ou um veículo ferroviário
- (V76) Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado
- (V77) Ocupante de um ônibus traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado
- (V78) Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte sem colisão
- (V79) Ocupante de um ônibus traumatizado em outros acidentes de transporte e não especificados

**(V80-V89) Outros acidentes de transporte terrestre:**

- (V80) Pessoa montada em animal ou ocupante de um veículo tração animal traumatizado em acidente transporte
- (V81) Ocupante de um trem (comboio) ou um veículo ferroviário traumatizado em um acidente de transporte
- (V82) Ocupante de um bonde (carro elétrico) traumatizado em um acidente de transporte
- (V83) Ocupante de um veículo especial a motor usado principalmente em áreas industriais traumatizado em AT
- (V84) Ocupante de veículo especial a motor de uso essencialmente agrícola traumatizado em acidente transporte
- (V85) Ocupante de um veículo a motor especial de construções traumatizado em um acidente de transporte
- (V86) Ocupante de veículo especial a motor de uso não em via pública, traumatizado em um acidente transporte
- (V87) Acidente de trânsito de tipo especificado, mas sendo desconhecido o modo de transporte da vítima
- (V88) Acidente não-de-trânsito de tipo especificado, mas sendo desconhecido o modo de transporte da vítima
- (V89) Acidente com um veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s)
- (V89.0) Pessoa traumatizada em um acidente com um veículo a motor não especificado, não-de-trânsito

**(V90-V94) Acidentes de transporte por água:**

- (V90) Acidente com embarcação causando afogamento e submersão
- (V91) Acidente com embarcação causando outro tipo de traumatismo
- (V92) Afogamento e submersão relacionados com transporte por água sem acidente com a embarcação
- (V93) Acidente a bordo de embarcação, sem acidente da embarcação e não causando afogamento ou submersão
- (V94) Outros acidentes de transporte por água e os não especificados

**(V95-V97) Acidentes de transporte aéreo e espacial:**

- (V95) Acidente de aeronave a motor causando traumatismo ao ocupante
- (V96) Acidente de uma aeronave sem motor causando traumatismo a ocupante
- (V97) Outros acidentes especificados de transporte aéreo

**(V98-V99) Outros acidentes de transporte e os não especificados:**

- (V98) Outros acidentes de transporte especificados
- (V99) Acidente de transporte não especificado

**( )W00 a W19 - QUEDAS**

- (W00) Queda no mesmo nível envolvendo gelo e neve
- (W01) Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos (traspés)
- (W02) Queda envolvendo patins de rodas ou para gelo, esqui ou pranchas de rodas
- (W03) Outras quedas no mesmo nível por colisão com ou empurrão por outra pessoa
- (W04) Queda, enquanto estava sendo carregado ou apoiado por outra(s) pessoa(s)
- (W05) Queda envolvendo uma cadeira de rodas
- (W06) Queda de um leito
- (W07) Queda de uma cadeira
- (W08) Queda de outro tipo de mobília
- (W09) Queda envolvendo equipamento de “playground”
- (W10) Queda em ou de escadas ou degraus
- (W11) Queda em ou de escadas de mão
- (W12) Queda em ou de um andaime
- (W13) Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas
- (W14) Queda de árvore
- (W15) Queda de penhasco
- (W16) Mergulho ou pulo na água causando outro traumatismo que não afogamento ou submersão
- (W17) Outras quedas de um nível a outro
- (W18) Outras quedas no mesmo nível
- (W19) Queda sem especificação

**( )W20 a W49 - EXPOSIÇÃO A FORÇAS MECÂNICAS INANIMADAS**

- (W20) Impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda
- (W21) Impacto acidental ativo ou passivo causado por equipamento esportivo

- (W22) Impacto acidental ativo ou passivo causado por outros objetos
- (W23) Apertado, colhido, comprimido ou esmagado dentro de ou entre objetos
- (W24) Contato com elevadores e instrumentos de transmissão, não classificados em outra parte
- (W25) Contato com vidro cortante
- (W26) Contato com faca, espada e punhal
- (W27) Contato com ferramentas manuais sem motor
- (W28) Contato com segadeira motorizada para cortar ou aparar a grama
- (W29) Contato com outros utensílios manuais e aparelhos domésticos equipados com motor
- (W30) Contato com maquinaria agrícola
- (W31) Contato com outras máquinas e com as não especificadas
- (W32) Projétil de revólver
- (W33) Rifle, espingarda e armas de fogo de maior tamanho
- (W34) Projéteis de outras armas de fogo e das não especificadas
- (W35) Explosão ou ruptura de caldeira
- (W36) Explosão ou ruptura de cilindro de gás
- (W37) Explosão ou ruptura de pneumático, tubulação ou mangueira, pressurizados
- (W38) Explosão ou ruptura de outros aparelhos pressurizados especificados
- (W39) Queima de fogos de artifício
- (W40) Explosão de outros materiais
- (W41) Exposição a um jato de alta pressão
- (W42) Exposição ao ruído
- (W43) Exposição à vibração
- (W44) Penetração de corpo estranho no ou através de olho ou orifício natural
- (W45) Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele
- (W46) Contato com agulha hipodérmica
- (W49) Exposição a outras forças mecânicas inanimadas e às não especificadas

**( )W50 A W64 - EXPOSIÇÃO A FORÇAS MECÂNICAS ANIMADAS**

- (W50) Golpe, pancada, pontapé, mordedura ou escoriação infligidos por outra pessoa
- (W51) Colisão entre duas pessoas
- (W52) Esmagado, empurrado ou pisoteado por multidão ou debandada em massa de pessoas
- (W53) Mordedura de rato
- (W54) Mordedura ou golpe provocado por cão
- (W55) Mordedura ou golpe provocado por outros animais mamíferos
- (W56) Contato com animais marinhos
- (W57) Mordeduras e picadas de inseto e de outros artrópodes, não venenosos
- (W58) Mordedura ou golpe provocado por crocodilo ou aligátor
- (W59) Mordedura ou esmagamento provocado por outros répteis
- (W60) Contato com espinhos de plantas ou com folhas aguçadas
- (W64) Exposição a outras forças mecânicas animadas e às não especificadas

**( )W65 A W74 - AFOGAMENTO E SUBMERSÃO**

- (W65) Afogamento e submersão durante banho em banheira
- (W66) Afogamento e submersão consecutiva à queda dentro de uma banheira
- (W67) Afogamento e submersão em piscina
- (W68) Afogamento e submersão consequente à queda dentro de uma piscina
- (W69) Afogamento e submersão em águas naturais
- (W70) Afogamento e submersão consequente à queda dentro de águas naturais
- (W73) Outros afogamentos e submersão especificados
- (W74) Afogamento e submersão não especificados

**( )W75 a W84 - OUTROS RISCOS ACIDENTAIS À RESPIRAÇÃO**

- (W75) Sufocação e estrangulamento acidental na cama
- (W76) Outro enforcamento e estrangulamento acidental
- (W77) Risco a respiração devido a desmoronamento, queda de terra e de outras substâncias
- (W78) Inalação do conteúdo gástrico
- (W79) Inalação e ingestão de alimentos causando obstrução do trato respiratório
- (W80) Inalação e ingestão de outros objetos causando obstrução do trato respiratório
- (W81) Confinado ou aprisionado em um ambiente pobre em oxigênio
- (W83) Outros riscos especificados à respiração

(W84) Riscos não especificados à respiração

**( ) W85 a W99 – EXPOSIÇÃO À CORRENTE ELÉTRICA, RADIAÇÃO, TEMPERATURAS E PRESSÕES**

- (W85) Exposição a linhas de transmissão de corrente elétrica
- (W86) Exposição a outra corrente elétrica especificada
- (W87) Exposição a corrente elétrica não especificada
- (W88) Exposição a radiação ionizante
- (W89) Exposição a fontes luminosas artificiais visíveis ou à luz ultravioleta
- (W90) Exposição a outros tipos de radiação não-ionizante
- (W91) Exposição a tipo não especificado de radiação
- (W92) Exposição a um calor excessivo de origem artificial
- (W93) Exposição a um frio excessivo de origem artificial
- (W94) Exposição a alta, baixa e a variações da pressão atmosférica
- (W99) Exposição a outros fatores ambientais artificiais e aos não especificados

**( ) X00 a X09 - EXPOSIÇÃO À FUMAÇA, AO FOGO E ÀS CHAMAS**

- (X00) Exposição a fogo não-controlado em um edifício ou outro tipo de construção
- (X01) Exposição a fogo não-controlado fora de um edifício ou de outro tipo de construção
- (X02) Exposição a fogo controlado em um edifício ou outro tipo de construção
- (X03) Exposição a fogo controlado fora de um edifício ou de outro tipo de construção
- (X04) Exposição a combustão de substância muito inflamável
- (X05) Exposição a combustão de roupa de dormir
- (X06) Exposição a combustão de outro tipo de roupa ou de acessórios
- (X08) Exposição a outro tipo especificado de fumaça, fogo ou chamas
- (X09) Exposição a tipo não especificado de fumaça, fogo ou chamas

**( ) X10 a X19 – CONTATO COM FONTE DE CALOR E SUBSTÂNCIAS QUENTES**

- (X10) Contato com bebidas, alimentos, gordura e óleo de cozinha quentes
- (X11) Contato com água corrente quente de torneira
- (X12) Contato com outros líquidos quentes
- (X13) Contato com vapor d'água e com vapores quentes
- (X14) Contato com ar e gases quentes
- (X15) Contato com aparelhos domésticos quentes
- (X16) Contato com aquecedores, radiadores e tubulação
- (X17) Contato com motores, máquinas e ferramentas quentes
- (X18) Contato com outros metais quentes
- (X19) Contato com outras fontes de calor ou com substâncias quentes não especificados

**( ) X20 a X29 – CONTATO COM ANIMAIS E PLANTAS VENENOSAS**

- (X20) Contato com serpentes e lagartos venenosos
- (X21) Contato com aranhas venenosas
- (X22) Contato com escorpiões
- (X23) Contato com abelhas, vespas e vespões
- (X24) Contato com centopéias e miriápodes venenosas (tropicais)
- (X25) Contato com outros artrópodes venenosos
- (X26) Contato com animais e plantas marinhos venenosos
- (X27) Contato com outros animais venenosos especificados
- (X28) Contato com outras plantas venenosas especificadas
- (X29) Contato com animais ou plantas venenosos, sem especificação

**( ) X30 a X39 - EXPOSIÇÃO ÀS FORÇAS DA NATUREZA**

- (X30) Exposição a calor natural excessivo
- (X31) Exposição a frio natural excessivo
- (X32) Exposição à luz solar
- (X33) Vítima de raio
- (X34) Vítima de terremoto
- (X35) Vítima de erupção vulcânica
- (X36) Vítima de avalanche, desabamento de terra e outros movimentos da superfície terrestre
- (X37) Vítima de tempestade cataclísmica

(X38) Vítima de inundação

(X39) Exposição a outras forças da natureza e às não especificadas

**( ) X40 a X49 - ENVENENAMENTO ACIDENTAL - EXPOSIÇÃO À SUBSTÂNCIAS NOCIVAS**

(x41) Exposição a anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos

(x42) Exposição a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte

(x43) Exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo

(x44) Exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas

(x45) Exposição ao álcool

(x46) Exposição a solventes orgânicos e hidrocarbonetos halogenados e seus vapores

(x47) Exposição a outros gases e vapores

(x48) Exposição a pesticidas

(x49) Exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas

**( ) X50 a X57 - EXCESSO DE ESFORÇOS, VIAGENS E PRIVAÇÕES**

(X50) Excesso de exercícios e movimentos vigorosos ou repetitivos

(X51) Viagem e movimento

(X52) Estadia prolongada em ambiente agravitacional

(X53) Falta de alimento

(X54) Falta de água

(X57) Privação não especificada

**( ) X58 a X59 - EXPOSIÇÃO ACIDENTAL A OUTROS FATORES E NÃO ESPECIFICADOS**

(X58) Exposição a outros fatores especificados

(X59) Exposição a fatores não especificados

**( ) Y10 a Y34 – EVENTOS CUJA INTENÇÃO É INDETERMINADA**

(Y10) Envenenamento por analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos não-opiáceos, intenção não determinada

(Y11) Envenenamento por anticonvulsivantes, sedativos, antiparkinsonianos, intenção não determinada

(Y12) Envenenamento por narcóticos e a psicodislépticos (alucinógenos), intenção não determinada

(Y13) Envenenamento por substâncias de ação sobre o sistema nervoso autônomo, intenção não determinada

(Y14) Envenenamento por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas, intenção não determinada

(Y15) Envenenamento por álcool, intenção não determinada

(Y16) Envenenamento por orgânicos e hidrocarbonetos halogenados e seus vapores, intenção não determinada

(Y17) Envenenamento por outros gases e vapores, intenção não determinada

(Y18) Envenenamento por pesticidas, intenção não determinada

(Y19) Envenenamento por outros produtos químicos e substâncias nocivas, intenção não determinada

(Y20) Enforcamento, estrangulamento e sufocação, intenção não determinada

(Y21) Afogamento e submersão, intenção não determinada

(Y22) Disparo de pistola, intenção não determinada

(Y23) Disparo de fuzil, carabina e arma de fogo de maior calibre, intenção não determinada

(Y24) Disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada, intenção não determinada

(Y25) Contato com material explosivo, intenção não determinada

(Y26) Exposição a fumaça, fogo e chamas, intenção não determinada

(Y27) Exposição a vapor de água, gases ou objetos quentes, intenção não determinada

(Y28) Contato com objeto cortante ou penetrante, intenção não determinada

(Y29) Contato com objeto contundente, intenção não determinada

(Y30) Queda, salto ou empurrado de um lugar elevado, intenção não determinada

(Y31) Queda, permanência ou corrida diante de um objeto em movimento, intenção não determinada

(Y32) Impacto de um veículo a motor, intenção não determinada

(Y33) Outros fatos ou eventos especificados, intenção não determinada

(Y34) Fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada

11. Se introdução de corpo estranho em orifício natural. O que foi introduzido (sublinhar a opção entre parêntesis)? ( ) pedaço de brinquedo ( ) pedaço de material escolar (borracha, caneta, lápis, etc) ( ) pilhas ou baterias ( ) grãos ou sementes (arroz, feijão, milho, ervilha, semente de frutas) ( ) doces, balas ou pirulitos. ( ) insetos, animais ou parte de animais ( ) outro.  
Qual: \_\_\_\_\_

12. Se queimadura, qual grau de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

13. Se intoxicação qual substância ingerida: ( ) produtos de limpeza ( ) produtos de higiene

<p>peçoal ( ) pesticidas ( ) plantas tóxicas ( ) medicamentos</p>
<p>14. Relato breve do responsável sobre como ocorreu o acidente:</p>
<p>15. Quem fez o primeiro atendimento: ( ) pai/mãe ( ) tio/tia ( ) avó/avô ( ) cuidador da instituição ( ) profissional de saúde em unidade de saúde ( ) SAMU ( ) vizinhos/amigos ( ) outros. Quem: _____</p>
<p>16. Como foi realizado o primeiro atendimento, o que foi feito (breve relato):</p>
<p>17. Qual parte do corpo atingida e tipo de lesão:</p> <p>( ) S00 - S09 - traumatismo da cabeça _____</p> <p>( ) S10 - S19 - traumatismo do pescoço _____</p> <p>( ) S20 - S29 - traumatismo do tórax _____</p> <p>( ) S30 - S39 - traumatismo do abdômen, dorso, coluna lombar e pelve _____</p> <p>( ) S40 - S69 - traumatismo de MMSS (ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão) _____</p> <p>( ) S70 - S99 - traumatismo de MMII (quadril, coxa, joelho, perna, tornozelo, pé) _____</p> <p>( ) T00 - T07 - traumatismo em múltiplas regiões do corpo _____</p> <p>( ) T08 - T14 - traumatismo não especificada _____</p> <p>( ) T15 - T19 - corpo estranho (olho, ouvido, trato respiratório, aparelho digestivo, trato geniturinário)</p> <p>( ) T20 - T25 - queimadura e corrosão cabeça, pescoço, tronco, MMSS, MMII) _____</p> <p>( ) T26 - T28 - queimadura e corrosão olho, trato respiratório, órgãos internos _____</p> <p>( ) T29 - T32 - queimadura e corrosão em múltiplas regiões do corpo _____</p> <p>( ) T33 - T35 - geladuras _____</p> <p>( ) T36 - T50 - intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas _____</p> <p>( ) T51 - T65 - efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal</p> <p>( ) T66 - T78 - outros efeitos de causas externas e os não especificados _____</p>
<p>18. O acidente precisou de atendimento hospitalar: ( ) sim ( ) não</p>
<p>19. Se internado qual o tempo de internação:</p>
<p>20. Responsável teve gastos com medicação, exames, atendimento hospitalar e reabilitação em decorrência do acidente: ( ) sim ( ) não</p>
<p>21. O acidente causou sofrimento psíquico (sofrimentos emocionais) na vítima e família: ( ) sim ( ) não</p>
<p>22. O acidente causou dor física na vítima: ( ) sim ( ) não</p>
<p>23. Consequência física em decorrência do acidente: ( ) não teve ( ) cicatriz na pele por corte ou trauma</p> <p>( ) cicatriz por queimadura ( ) lesão ou corte ( ) hematomas ( ) lesão neurológica ( ) amputação de membros</p> <p>( ) fratura de osso ( ) perda de dente ( ) Outra. Qual: _____</p>
<p>24. Que tipo de consequências a vítima teve após o acidente:</p> <p>( ) financeira ( ) psicoemocional ( ) física ( ) social ( ) outras _____</p>
<p><b>3. QUESTIONÁRIO REFERENTE AOS FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES</b></p>
<p><b>FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES</b></p>
<p><b>FATORES AMBIENTAIS E COMPORTAMENTAIS</b></p>
<p>1. Densidade (número de pessoas na casa): ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) mais de 7</p>
<p>2. Quantos cômodos tem a casa? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) mais de 7</p>
<p>3. Tipo de moradia: ( ) alvenaria ( ) madeira ( ) palha ( ) lona ( ) outro _____</p>
<p>4. Local de moradia: ( ) centro de zona urbana ( ) periferia de zona urbana ( ) zona rural</p>

5. Escadas: ( )com grade de proteção em cima e em baixo e piso antiderrapante ( )com grade de proteção em cima e em baixo e sem piso antiderrapante ( )com piso antiderrapante e sem grades de proteção ( )sem proteção e sem piso antiderrapante ( )não há escada
6. Presença de objetos em escadas: ( )sim ( )não
7. Janela com grades de proteção: ( )sim ( )não
8. Varandas: ( )com proteção ( )sem proteção ( )não há varanda
9. Rampas: ( )com proteção ( )sem proteção ( )não há rampas
10. Piscina: ( )com proteção ( )sem proteção ( )não há piscina
11. Presença de cisterna aberta? ( )sim ( )não
12. Presença de montes de lenha/ telhas / tijolo / entulho no quintal ou pátio de prédio: ( )sim ( )não
13. Presença de árvores no quintal/pátio de prédio? ( )sim ( )não
14. Presença de grama alta ou mato no quintal/pátio de prédio? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
15. Presença de animais (cães, gato, animais de estimação): ( )sim ( )não
16. Animais de estimação: ( )ficam em locais apropriados como canil ( )ficam soltos e com livre circulação dentro de casa ( )não tenho animais de estimação
17. Faz uso de protetores de porta para impedir que a mesma se feche abruptamente (mostrar imagem)? ( )sim ( )não ( )não conheço este produto
18. Portão eletrônico com presença de sensores que paralisam o fechamento ou abertura ao detectar qualquer tipo de presença? ( )sim ( )não ( )não tem portão eletrônico
19. Portão sem ser eletrônico: ( )com trava de segurança que impeça que o mesmo caia sobre a pessoa ( )sem trava de segurança ( )NSA
20. Faz uso de protetores De Quina/ Cantoneira Para Móveis (mostrar imagem)? ( )sim ( )não ( )não conheço este produto
21. Presença de móveis sob janela: ( )sim ( )não
22. Faz uso de protetores de tomada (mostrar imagem): ( )sim em todas as tomadas ( )sim apenas em tomadas baixas ( )não faço uso em nenhuma tomada ( )não conheço este produto
23. Faz uso de adaptadores “T” “Benjamim” para conectar vários aparelhos em uma única tomada: ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
24. Faz uso de aparelhos elétricos sem plug de conexão na tomada: ( )sim ( )não
25. Presença de fios, linhas elétricas, tomadas, interruptores, fiação elétrica exposta: ( )sim ( )não
26. Presença de pisos desnivelados, irregulares ou escorregadios? ( )sim ( )não
27. Possui cerca de arame farpado? ( )sim ( )não
28. Pisos molhados: ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
29. Presença de objetos e brinquedos espalhados pelo chão: ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
30. Possui rede armada com 1,0 a 1,5 m de altura: ( )sim ( )não
31. Na casa onde são guardados objetos cortantes e ferramentas? ( )em locais baixos e de fácil acesso ( )em armários baixo mais com tranca ( )em armários altos ( )em gavetas
32. Há presença de sacolas plásticas ao alcance: ( )sim ( )não
33. Fósforos e acendedores ao alcance: ( )sim ( )não
34. Costuma realizar atividades com chamas (como por exemplo, colocar fogo em carrapato, ascender churrasqueira, queimar caixa de marimbondo, ascender velas, colocar fogo no lixo)

na frente da criança/adolescente/jovem? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
35. Quando a criança/adolescente/jovem tem acesso à cozinha: ( )Tem acesso livre ( ) apenas acompanhados de adultos enquanto não se prepara alimentos ( )acompanhadas de adultos enquanto os alimentos estão sendo preparados
36. Onde você armazena os produtos de limpeza como desinfetante e água sanitária? ( )no chão do banheiro e da lavanderia ( )em armários baixos sem tranca ( )em armários altos ( )em armários com tranca ( )outro local . Qual: _____
37. Guarda produtos de limpeza em embalagens de alimentos (como garrafas pets e potes de sorvete)? ( )sim ( )não
38. Onde você guarda venenos? ( )em armários trancados ( )no chão da cozinha/dispensa/lavanderia ( )em armários baixos sem tranca ( ) em armários altos sem tranca ( )em gavetas
39. Onde você guarda os produtos de higiene (sabonete, shampoo, desodorante): ( )penteadeiras ( )em cima da pia ( )guarda roupa ( )no chão do banheiro
40. Faz uso de talco em pó: ( )sim ( )não
41. Na sua casa há presença de alarme de fumaça para prevenção de incêndios? ( )sim ( )não
42. Você tem estoque de medicação em casa que não esta em uso (farmacinha)? ( )sim ( )não
43. Se sim, onde são guardados os medicamentos? ( )em locais com franca ( )em locais baixo ( )em locais alto ( )NSA
44. Há presença de medicamentos que estão em uso contínuo em locais de fácil acesso como em cima da mesa, cama, sofá ou caixas em locais baixo: ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
45. Ao medicar uma criança ou adolescente costuma usar frases iguais ou parecidas com estas: “você vai ficar forte e saudável” “é gostoso, é doce” “parece balinha” ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
46. Quanto às plantas cultivadas em casa? ( )Tenho plantas mas não sei quais plantas são venenosas ( )Sei quais plantas são venenosas e por isso não tenho em casa ( )Tenho plantas venenosas em casa ( )não tenho plantas em casa
47. Há presença de baldes ou recipientes com água no chão? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
48. Criança/adolescente e jovem ficam em cima de móveis (cadeira, cama, mesa, sofá) sem supervisão? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
49. Onde você guarda produtos voláteis (álcool, 208uerosene, gasolina) no ambiente domiciliar? ( )eu não tenho estes produtos em casa ( )guardo em armários altos ( )em armários baixos ( )em locais abertos e de fácil acesso ( )no chão ( )guardo em armários fechados
50. Você faz uso de soda cáustica em casa? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
51. Panelas sobre o fogão com cabos virados para fora: ( )sim ( )não
52. Panelas com tampa que não se encaixam: ( )sim ( )não
53. Criança/adolescente/jovem tem livre acesso ao fogão? ( )sim ( )não ( )NSA
54. Presença de brinquedos possuem peças pequenas que se desprendem? ( )sim ( )não ( )NSA
55. Brinquedos e controles remotos possuem local para pilha ou bateria com tampa parafusada? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
56. Presença de ventilador com hélice exposta: ( )sim ( )não
57. Presença de tapetes soltos: ( )sim ( )não ( )não uso tapetes
58. Arma de fogo em casa: ( )sim, tenho porte ( )sim não tenho porte ( )não

59. Presença de panelas ou recipientes com alimentos quentes em cima de forro de mesa que pode ser puxado? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
60. Objetivos pesados e de vidro em cima de forros que podem ser puxados? ( ) sim ( )não
61. Vidros e latas no chão ou locais baixo? ( )sim ( )não
62. Lixo destampado? ( )sim ( )não
63. Em sua opinião, o acidente constitui-se um evento imprevisível? ( )sim ( )não ( ) não sabe
64. Para você, os hábitos e estilo de vida favorecem a ocorrência de acidente? ( )sim ( )não ( ) não sabe
65. Costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem na água (piscina, balde, tanque)? ( )sim ( )não
66. Costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem durante o lazer? ( )sim ( ) não
67. Costuma usar andador para crianças pequenas? ( )sim ( ) não
68. Costuma deixar criança sozinha na cama / sofá / trocador? ( )sim ( ) não
69. A criança/adolescente/ jovem costuma brincar em telhado, escada, varanda? ( )sim ( ) não
70. A criança/adolescente/ jovem costuma soltar pipa em meio à fiação pública ? ( )sim ( ) não
71. Os pais delegam aos filhos menores de 10 anos os afazeres domésticos? ( )sim ( ) não
72. Os pais delegam aos filhos cuidar dos irmãos menores? ( )sim ( ) não
73. Costuma deixar moedas em cima da mesa, cômodas ou outros locais visíveis e de fácil acesso? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca
74. Enquanto supervisionando a criança/adolescente/jovem costuma realizar outras atividades domésticas, de trabalho ou estudo? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA
75. Enquanto supervisionando a criança/adolescente/jovem costuma usar telefone para conversar, mandar mensagem ou acessar internet e redes sociais? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA
<b>TRANSPORTE</b>
76. Ao brincar com patins, bicicleta, skate costuma usar os equipamentos de segurança como capacete, cotoveleira e joelheira? ( ) sim ( ) não ( )NSA
77. Como passageiro de motociclista criança/adolescente/jovem costuma usar capacete? ( )sim ( ) não ( )NSA
78. Como passageiro de carro criança acima de 10 anos/adolescente/jovem costuma usar cinto de segurança? ( )sim ( ) não ( ) não se aplica
79. Se criança abaixo de 7 anos ou maiores porém com necessidade para uso de cadeira de transporte, possui cadeira apropriada de acordo com a idade? ( )sim ( ) não ( ) não se aplica
80. A criança/adolescente/ jovem tem o hábito de atravessar na faixa de pedestre? ( )sim ( ) não ( )NSA
81. A criança/adolescente/ jovem costuma atravessar a rua só com o sinal verde para pedestre? ( )sim ( ) não ( ) não sabe referir ( )NSA
82. Se criança < de 7 anos, anda desacompanhada na rua? ( )sim ( ) não ( ) não sabe referir ( )NSA
<b>COMO CONDUTOR</b>
83. O adolescente/ jovem costuma usar cinto de segurança? ( )sim ( ) não ( )NSA
84. O adolescente/ jovem costuma abusar da velocidade? ( )sim ( ) não ( )NSA
85. O adolescente/ jovem costuma respeitar a sinalização? ( )sim ( ) não ( )NSA
86. O adolescente/ jovem costuma consumir bebida alcoólica e dirigir? ( )sim ( ) não ( )

)NSA
<b>FATORES DE PROTEÇÃO</b>
87. Acesso à rede de serviços de saúde: ( )sim ( )não
88. Acesso à rede de apoio social (associações): ( )sim ( )não
89. Acesso à rede de apoio religioso: ( )sim ( )não
90. Valorização das qualidades do filho: ( )sim ( )não ( )indiferente
91. Valorização dos estudos: ( )sim ( )não ( )indiferente
92. Valorização da moradia: ( )sim ( )não ( )indiferente
93. Valorização do trabalho: ( )sim ( )não ( )indiferente
94. Desejo que os filhos melhorem de vida: ( )sim ( )não ( )indiferente
95. Desejo de segurança para os filhos: ( )sim ( )não ( )indiferente
96. Desejo de promover ambientes seguros através da prevenção de acidentes: ( )sim ( )não ( )indiferente
97. Já recebeu informação sobre prevenção de acidente?( )sim ( )não
98. Onde recebeu informação? ( )serviço de saúde ( )ESCOLA ( )comunidade ( )TV ( )revista ( )internet ( )outro ( )NSA
99. Como você avalia a informação? ( )ótima ( )boa ( )regular ( )ruim ( )péssima ( )não se aplica
<b>VARIÁVEIS QUANTO ÀS VULNERABILIDADES NA FAMÍLIA</b>
100. Maternidade na adolescência: ( )sim ( )não ( )não sabe referir
101. Paternidade na adolescência: ( )sim ( )não ( )não sabe referir
102. Pai não registrou o filho: ( )sim ( )não ( )não sabe referir
103. Pai não reconhece a paternidade: ( )sim ( )não ( )não sabe referir
104. Sobrecarga de papéis da mãe: ( )sim ( )não ( )não sabe referir
105. Presença de depressão/descontrole emocional do cuidador: ( )sim ( )não
106. Consumo de álcool na família: ( )sim ( )não ( )não sabe referir
107. Membro da família usuário de álcool: ( )pai ( )mãe ( )irmão ( )própria vítima ( )NSA ( )não sabe
108. Frequência do consumo de álcool: ( )diário ( )semanal ( )quinzenal ( )mensal ( )eventual ( )raro( )NSA
109. Consumo de drogas na família: ( )sim ( )não ( )não sabe referir
110. Membro da família usuário de droga: ( )pai ( )mãe ( )irmão ( )própria vítima ( )não se aplica
111. Frequência do consumo de droga: ( )diário ( )semanal ( )quinzenal ( )mensal ( )eventual ( )raro ( )NSA
112. Tipo de droga consumida: ( )maconha ( )cocaína ( )craque ( )cola ( )outra_____ ( )não se aplica
113. Se há conflitos familiares: ( )conjugal ( )pai-filhos ( )mãe-filhos ( )entre filhos ( )entre outros ( )ausente ( )não sabe referir
114. Se há conflito com a Lei: ( )pai ( )mãe ( )filhos ( )própria vítima ( )outros membros da família ( )ausente ( )não sabe referir

## IMAGENS – ANEXO DO QUESTIONÁRIO

### 1- PROTETOR DE QUINA DE MÓVEIS



Fonte google imagens

### 2-PROTETOR DE PORTA



Fonte google imagens

### 3-PROTETOR DE TOMADAS



Fonte google imagens

## REFERÊNCIAS

BRITO, J. G. **Acidentes domiciliares na população infantojuvenil de Cuiabá-MT, 2013: Estudo epidemiológico**. 2015. [Dissertação (Mestrado em enfermagem)]. Mato Grosso: Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da UFMT. 186 f; 2015.

CUNHA, S.M.P. **Acidentes extradomiciliares na população infantojuvenil: Aspectos epidemiológicos**. 2015. [Dissertação (Mestrado em enfermagem)]. Mato Grosso: Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da UFMT. x f; 2015.

MARTINS, C. B. G. **Análise epidemiológica dos óbitos por causas externas em crianças, adolescentes e jovens de Cuiabá, 2009**. 2012. [Tese (Pós Doutorado em Saúde Pública)]. São Paulo: Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública departamento de epidemiologia; 2012.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO  
GROSSO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM



### APÊNDICE 3 - CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezado (a) \_\_\_\_\_,

Meu nome é **Jackeline Gonçalves Brito** sou doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da **Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)**. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “**Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: Perfil epidemiológico e fatores associados**” sob orientação da **Prof.<sup>a</sup> Pós- Dr.<sup>a</sup> Christine Baccarat de Godoy (UFMT-BRASIL)**.

Parte deste estudo será desenvolvida em Portugal na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP - Portugal), sob coorientação da **Prof.<sup>a</sup> Pós-Dr.<sup>a</sup> Ana Paula dos Santos Jesus Marques França (ESEP-Portugal)** por meio do doutorado sanduíche a ser realizado em setembro de 2017 - agosto de 2018.

O estudo tem por objetivo analisar a ocorrência de acidentes e os fatores associados à ocorrência destes eventos na população infantojuvenil com deficiência (física, intelectual, auditiva, visual e múltipla), matriculada em instituições de ensino especializado de Cuiabá-MT.

Ressaltamos que para elaboração do questionário foi realizada revisão de literatura para identificação dos fatores associados à ocorrência de acidentes na população infantojuvenil com deficiência. O questionário é composto por três partes: 1. Questionário sociodemográfico (26 questões); 2. Questionário referente ao acidente (24 questões) e 3. Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes (114 questões).

O questionário será aplicado pela doutoranda por meio de entrevista face a face com os pais ou responsáveis pelas crianças, adolescente e jovens com deficiência.

Dessa forma, convidamos o a senhora na qualidade de juiz, para avaliar o instrumento de coleta de dados quanto ao conteúdo, aparência e relevância. Estamos certas de que a sua participação contribuirá para a qualidade do instrumento de coleta de dados, de forma que os dados do estudo possam traduzir a realidade dos acidentes na população

infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência, e que medidas preventivas eficazes possam ser propostas para a promoção de ambientes seguros.

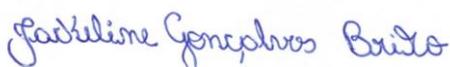
Estamos encaminhando juntamente com esta carta convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o instrumento de avaliação geral do questionário e o instrumento de avaliação específica do questionário. Também estaremos compartilhando uma pasta com todos estes documentos por meio da ferramenta Dropbox.

Todas as sugestões serão analisadas, juntamente com a avaliação de outros juízes e serão realizadas as modificações necessárias para melhor apresentação e compreensão do questionário.

Caso aceite o convite, por favor, nos enviar o TCLE assinado, juntamente com os questionários de avaliação preenchidos. Por favor, nos informe a maneira mais confortável para nos encaminhar estes documentos, se pessoalmente, via endereço eletrônico, por meio do Dropbox ou por correspondência.

Estamos à disposição para dúvidas e esclarecimentos e pedimos a gentileza de nos reencaminhar a avaliação dentro do prazo de 30 (trinta) dias para que possamos dar continuidade às próximas etapas de validação.

Agradecemos antecipadamente.



**Doutoranda Ma. Jackeline Gonçalves Brito**

E-mail: [jackeline\\_brito@hotmail.com](mailto:jackeline_brito@hotmail.com)

Tel.: (65)999639002



**Prof.<sup>a</sup> Pós- Dr.<sup>a</sup> Christine Baccarat de Godoy**

E-mail: [christineufmt@gmail.com](mailto:christineufmt@gmail.com)

Tel.: (65) 981009626

Endereço para correspondência: Av. Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Boa Esperança, Cuiabá - MT, 78068-600. Universidade Federal de Mato Grosso- Faculdade de enfermagem- Bloco de Enfermagem



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES  
NA ETAPA DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Eu declaro estar de acordo em participar como juiz na etapa de validação de face e conteúdo do instrumento de coleta de dados da pesquisa intitulada: **“Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: Perfil epidemiológico e fatores associados”**. Estou ciente de que:

A pesquisa esta sendo realizada pela doutoranda **Jackeline Gonçalves Brito**, aluna do Programa de Pós-graduação em enfermagem da **Universidade Federal de Mato Grosso** sob orientação da **Prof.ª Pós- Dr.ª Christine Baccarat de Godoy**, e apresenta uma proposta de doutorado sanduíche a ser realizada na **Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP - Portugal)** sob coorientação da **Prof.ª Pós-Dr.ª Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz**.

Afirmo estar ciente que a finalidade da minha participação é validar o conteúdo, aparência e relevância do instrumento; de que a pesquisa não oferece riscos ou desconfortos a minha pessoa e meu sigilo e privacidade serão mantidos e que não haverá custos ou remuneração pela minha participação.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima, aceito participar livre e esclarecido do processo de validação de face e conteúdo do instrumento de coleta de dados do referido estudo.

Cuiabá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Juiz



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



**APÊNDICE 5 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO GERAL DO QUESTIONÁRIO- com base no instrumento de avaliação geral para adaptação cultural do DISABKIDS ® para o Brasil (FEGADOLLI, 2008)**

<b>APARÊNCIA</b>
1. O que você achou das questões em geral? ( )Muito bom ( )bom ( )Regular ( )ruim Sugestões: _____
2. No questionário colocamos algumas perguntas com recursos visuais (imagens que estão no final no questionário e serão mostradas para o responsável ao fazer a pergunta). O que você achou deste recurso? ( )Muito bom ( )bom ( )Regular ( )ruim Sugestões: _____
3. O que você achou da aparência do questionário? ( )Muito bom ( )bom ( )Regular ( )ruim Sugestões: _____
4. Os itens do questionário estão agrupados de forma adequada? ( )sim ( )em parte ( )Não Sugestões: _____
<b>COMPREENSÃO</b>
5. As questões são objetivas e claras? ( )sim ( )em parte ( )não Sugestões: _____
6. As alternativas são coerentes? ( )sim ( )em parte ( )não Sugestões: _____
7. Existe alguma questão que queira reescrever de outra forma? ( )sim ( )não Se sim, qual e por quê? _____
<b>RELEVÂNCIA</b>
8. Existe uma questão que queira excluir do instrumento por considerar irrelevante? ( )sim ( )não Se sim, qual e por quê? _____
9. Existe uma questão que queira acrescentar no instrumento por considerar relevante? ( )sim ( )não Por favor, escreva a questão e as alternativas. _____

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



**APÊNDICE 6- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ESPECÍFICA DO QUESTIONÁRIO - com base no instrumento de avaliação específica para adaptação cultural do DISABKIDS ® para o Brasil (FEGADOLLI, 2008)**

**1. QUESTIONÁRIO REFERENTE AO ACIDENTE**

PERGUNTA E OPÇÕES DE RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO	VOCÊ CONSIDERA ESTA QUESTÃO RELEVANTE PARA O ESTUDO?		TEVE DIFICULDADE PARA ENTENDER A PERGUNTA E AS OPÇÕES DE RESPOSTA?		ACHA NECESSÁRIO MODIFICAR A FORMA DE PERGUNTAR OU AS OPÇÕES DE RESPOSTA? SE SIM, DE QUE FORMA FICARIA MELHOR?
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
<b>DADOS DO ACIDENTE</b>					
1. Quantos acidentes a criança/adolescente/jovem sofreu no último ano:					
<b>INFORMAÇÕES DO ÚLTIMO ACIDENTE</b>					
2. Acidente ocorreu em ambiente ( ) domiciliar ( ) extradomiciliar					
3. Se domiciliar: ( ) residência familiar do tipo casa ( ) residência familiar do tipo apartamento ( ) instituição (orfanatos e abrigos) ( ) NSA					
4. Se extradomiciliar: ( ) escola e instituições ( ) área para prática de esportes ( ) rua e estrada ( ) áreas de comércio e de serviços ( ) fazenda e sítio ( ) outros. Qual: _____					
5. Dia da semana:					
6. Mês de ocorrência: ( ) Janeiro ( ) Fevereiro ( ) Março ( ) Abril ( ) Maio ( ) Junho ( ) Julho ( ) Agosto ( ) Setembro ( ) Outubro ( ) Novembro ( ) Dezembro					
7. Período em que ocorreu o acidente: ( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno					

8. Como a vítima estava sendo supervisionada na hora do acidente: ( ) diretamente ( ) indiretamente/cuidador presente mas exercendo outras atividades ( ) estava sozinha ( ) sob supervisão de menor de idade ( criança ou adolescente) ( ) cuidador de instituição					
9. TIPO DE ACIDENTE segundo capítulo XX da CID - circunstâncias) – <b>GRUPOS DE CAUSAS</b> ( ) V01 a V99 - acidentes de transporte ( ) W00 a W19 - quedas ( ) W20 a W49 - exposição a forças mecânicas inanimadas ( ) W50 a W64 - exposição a forças mecânicas animadas ( ) W65 a W74 - afogamento e submersão ( ) W75 a W84 - outros riscos acidentais à respiração ( ) W85 a W99 – exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas e pressões ( ) X00 a X09 - exposição à fumaça, ao fogo e às chamas ( ) X10 a X19 – contato com fonte de calor e substâncias quentes ( ) X20 a X29 – contato com animais e plantas venenosas ( ) X30 a X39 - exposição as forças da natureza ( ) X40 a X49 - envenenamento (intoxicação) acidental - exposição a subst nocivas ( ) X50 a X57 - excesso de esforços, viagens e privações ( ) X58 a X59 - exposição acidental a outros fatores e não especificados ( ) Y10 a Y34 – eventos cuja intenção é indeterminada					
10. Qual o tipo de acidente sofrido? (capítulo XX CID - circunstâncias) – <b>SUBGRUPOS DE CAUSAS</b>					
11. Se introdução de corpo estranho em orifício natural. O que foi introduzido? ( ) pedaço de brinquedo ( ) pedaço de material escolar (borracha, caneta, lápis, etc) ( ) pilhas ou baterias ( ) grãos ou sementes (arroz, feijão, milho, ervilha, semente de frutas) ( ) doces, balas ou pirulitos. ( ) insetos, animais ou parte de animais ( ) outro. Qual: _____					
12. Se queimadura, qual grau de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau					
13. Se intoxicação qual substância ingerida: ( ) produtos de limpeza ( ) produtos de higiene pessoal ( ) pesticidas ( ) plantas tóxicas ( ) medicamentos					
14. Relato breve do responsável sobre como ocorreu o acidente:					
15. Quem fez o primeiro atendimento: ( ) pai/mãe ( ) tio/tia ( ) avó/avô ( ) cuidador da instituição ( ) profissional de saúde em unidade de saúde ( ) SAMU ( ) vizinhos/amigos ( ) outros. Quem: _____					

16. Como foi realizado o primeiro atendimento, o que foi feito (breve relato):					
17. Qual parte do corpo atingida e tipo de lesão: <input type="checkbox"/> S00 - S09 - traumatismo da cabeça _____ <input type="checkbox"/> S10 - S19 - traumatismo do pescoço _____ <input type="checkbox"/> S20 - S29 - traumatismo do tórax _____ <input type="checkbox"/> S30 - S39 - traumatismo do abdômen, dorso, coluna lombar e pelve_ <input type="checkbox"/> S40 - S69 - traumatismo de MMSS (ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão) <input type="checkbox"/> S70 - S99 - traumatismo de MMII (quadril, coxa, joelho, perna, tornozelo, pé) ( ) T00 - T07 - traumatismo em múltiplas regiões do corpo _____ <input type="checkbox"/> T08 - T14 - traumatismo não especificada _____ <input type="checkbox"/> T15 - T19 - corpo estranho (olho, ouvido, trato respiratório, aparelho digestivo, trato geniturinário)____ <input type="checkbox"/> T20 - T25 - queimadura e corrosão cabeça, pescoço, tronco, MMSS, MMII)____ <input type="checkbox"/> T26 - T28 - queimadura e corrosão olho, trato respiratório, órgãos internos <input type="checkbox"/> T29 - T32 - queimadura e corrosão em múltiplas regiões do corpo <input type="checkbox"/> T33 - T35 - geladuras <input type="checkbox"/> T36 - T50 - intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas_ <input type="checkbox"/> T51 - T65 - efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal_ <input type="checkbox"/> T66 - T78 - outros efeitos de causas externas e os não especificados					
18. O acidente precisou de atendimento hospitalar: ( )sim ( )não					
19. Se internado qual o tempo de internação:					
20. Responsável teve gastos com medicação, exames, atendimento hospitalar e reabilitação em decorrência do acidente: ( )sim ( )não					
21. O acidente causou sofrimento psíquico (sofrimentos emocionais) na vítima e família: ( ) sim ( )não					
22. O acidente causou dor física na vítima: ( )sim ( )não					
23. Consequência física em decorrência do acidente: ( ) não teve ( ) cicatriz na pele por corte ou trauma ( ) cicatriz por queimadura ( ) lesão ou corte ( ) hematomas ( ) lesão neurológica ( ) amputação de membros ( ) fratura de osso ( ) perda de dente ( ) Outra. Qual: _____					
24. Que tipo de consequências a vítima teve após o acidente: ( ) financeira ( ) psicoemocional ( ) física ( ) social ( ) outras _____					

## 2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AOS FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES

PERGUNTA E OPÇÕES DE RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO	VOCÊ CONSIDERA ESTA QUESTÃO RELEVANTE PARA O ESTUDO?		TEVE DIFICULDADE PARA ENTENDER A PERGUNTA E AS OPÇÕES DE RESPOSTA?		ACHA NECESSÁRIO MODIFICAR A FORMA DE PERGUNTAR OU AS OPÇÕES DE RESPOSTA? SE SIM, DE QUE FORMA FICARIA MELHOR?
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
<b>FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES</b>					
<b>FATORES AMBIENTAIS E COMPORTAMENTAIS</b>					
1. Densidade (número de pessoas na casa): _____					
2. Quantos cômodos tem a casa? ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )mais de 7					
3. Tipo de moradia: ( )alvenaria ( )madeira ( )palha ( )lona ( )outro _____					
4. Local de moradia: ( )centro de zona urbana ( )periferia ( )zona rural					
5. Escadas: ( )com grade de proteção em cima e em baixo e piso antiderrapante ( )com grade de proteção em cima e em baixo e sem piso antiderrapante ( )com piso antiderrapante e sem grades de proteção ( )sem proteção e sem piso antiderrapante ( )não há escada					
6. Presença de objetos em escadas: ( )sim ( )não					
7. Janela com grades de proteção: ( )sim ( )não					
8. Varandas: ( )com proteção ( )sem proteção ( )não há varanda					
9. Rampas: ( )com proteção ( )sem proteção ( )não há rampas					
10. Piscina: ( )com proteção ( )sem proteção ( )não há piscina					
11. Presença de cisterna aberta? ( )sim ( )não					
12. Presença de montes de lenha/ telhas / tijolo / entulho no quintal ou pátio de prédio: ( )sim ( )não					
13. Presença de árvores no quintal/pátio de prédio? ( )sim ( )não					
14. Presença de grama alta ou mato no quintal/pátio de prédio? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
15. Presença de animais (cães, gato, animais de estimação): ( )sim ( )não					
16. Animais de estimação: ( )ficam em locais apropriados como canil ( )ficam soltos e com livre circulação dentro de casa ( )não tenho animais de estimação					
17. Faz uso de protetores de porta para impedir que a mesma se feche abruptamente					

(mostrar imagem)? ( )sim ( )não ( )não conheço este produto					
18. Portão eletrônico com presença de sensores que paralisam o fechamento ou abertura ao detectar qualquer tipo de presença? ( )sim ( )não ( )não tem portão eletrônico					
19. Portão sem ser eletrônico: ( )com trava de segurança que impeça que o mesmo caia sobre a pessoa ( )sem trava de segurança ( )NSA					
20. Faz uso de protetores De Quina/ Cantoneira Para Móveis (mostrar imagem)? ( )sim ( )não ( )não conheço este produto					
21. Presença de móveis sob janela: ( )sim ( )não					
22. Faz uso de protetores de tomada (mostrar imagem): ( )sim em todas as tomadas ( )sim apenas em tomadas baixas ( )não faço uso em nenhuma tomada ( )não conheço este produto					
23. Faz uso de adaptadores “T” “Benjamim” para conectar vários aparelhos em uma única tomada: ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
24. Faz uso de aparelhos elétricos sem plug de conexão na tomada: ( )sim ( )não					
25. Presença de fios, linhas elétricas, tomadas, interruptores, fiação elétrica exposta: ( )sim ( )não					
26. Presença de pisos desnivelados, irregulares ou escorregadios? ( )sim ( )não					
27. Possui cerca de arame farpado? ( )sim ( )não					
28. Pisos molhados: ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
29. Presença de objetos e brinquedos espalhados pelo chão: ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
30. Possui rede armada com 1,0 a 1,5 m de altura: ( )sim ( )não					
31. Na casa onde são guardados objetos cortantes e ferramentas? ( )em locais baixos e de fácil acesso ( )em armários baixo mais com tranca ( ) em armários altos ( )em gavetas					
32. Há presença de sacolas plásticas ao alcance: ( )sim ( )não					
33. Fósforos e acendedores ao alcance: ( )sim ( )não					
34. Costuma realizar atividades com chamas (como por exemplo, colocar fogo em carrapato, ascender churrasqueira, queimar caixa de marimbondo, ascender velas, colocar fogo no lixo) na frente da criança/adolescente/jovem? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
35. Quando a criança/adolescente/jovem tem acesso à cozinha: ( )Tem acesso livre ( ) apenas acompanhados de adultos enquanto não se prepara alimentos ( )acompanhadas de adultos enquanto os alimentos estão sendo preparados					
36. Onde você armazena os produtos de limpeza como desinfetante e água sanitária? ( )no chão do banheiro e da lavanderia ( )em armários baixos sem tranca ( )em armários altos ( )em armários com tranca ( )outro local . Qual: _____					

37. Guarda produtos de limpeza em embalagens de alimentos (como garrafas pets e potes de sorvete)? ( )sim ( )não					
38. Onde você guarda venenos? ( )em armários trancados ( )no chão da cozinha/dispensa/lavanderia ( )em armários baixos sem tranca ( ) em armários altos sem tranca ( )em gavetas					
39. Onde você guarda os produtos de higiene (sabonete, shampoo, desodorante): ( )penteadeiras ( )em cima da pia ( )guarda roupa ( )no chão do banheiro					
40. Faz uso de talco em pó: ( )sim ( )não					
41. Na sua casa há presença de alarme de fumaça para prevenção de incêndios? ( )sim ( )não					
42. Você tem estoque de medicação em casa que não esta em uso (farmacinha)? ( )sim ( )não					
43. Se sim, onde são guardados os medicamentos? ( )em locais com franca ( )em locais baixo ( )em locais alto ( )NSA					
44. Há presença de medicamentos que estão em uso contínuo em locais de fácil acesso como em cima da mesa, cama, sofá ou caixas em locais baixo: ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
45. Ao medicar uma criança ou adolescente costuma usar frases iguais ou parecidas com estas: “você vai ficar forte e saudável” “é gostoso, é doce” “parece balinha” ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
46. Quanto às plantas cultivadas em casa? ( )Tenho plantas mas não sei quais plantas são venenosas ( )Sei quais plantas são venenosas e por isso não tenho em casa ( )Tenho plantas venenosas em casa ( )não tenho plantas em casa					
47. Há presença de baldes ou recipientes com água no chão? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
48. Criança/adolescente e jovem ficam em cima de móveis (cadeira, cama, mesa, sofá) sem supervisão? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
49. Onde você guarda produtos voláteis (álcool, 221uerosene, gasolina) no ambiente domiciliar? ( )eu não tenho estes produtos em casa ( )guardo em armários altos ( )em armários baixos ( )em locais abertos e de fácil acesso ( )no chão ( )guardo em armários fechados					
50. Você faz uso de soda cáustica em casa? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
51. Panelas sobre o fogão com cabos virados para fora: ( )sim ( )não					
52. Panelas com tampa que não se encaixam: ( )sim ( )não					

53. Criança/adolescente/jovem tem livre acesso ao fogão? ( )sim ( )não ( )NSA					
54. Presença de brinquedos possuem peças pequenas que se desprendem? ( )sim ( )não ( )NSA					
55. Brinquedos e controles remotos possuem local para pilha ou bateria com tampa parafusada? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
56. Presença de ventilador com hélice exposta: ( )sim ( )não					
57. Presença de tapetes soltos: ( )sim ( )não ( )não uso tapetes					
58. Arma de fogo em casa: ( )sim, tenho porte ( )sim não tenho porte ( )não					
59. Presença de painéis ou recipientes com alimentos quentes em cima de forro de mesa que pode ser puxado? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
60. Objetivos pesados e de vidro em cima de forros que podem ser puxados? ( ) sim ( ) não					
61. Vidros e latas no chão ou locais baixo? ( )sim ( )não					
62. Lixo destampado? ( )sim ( )não					
63. Em sua opinião, o acidente constitui-se um evento imprevisível? ( )sim ( )não ( )não sabe					
64. Para você, os hábitos e estilo de vida favorecem a ocorrência de acidente? ( )sim ( )não ( )não sabe					
65. Costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem na água (piscina, balde, tanque)? SIM/NÃO					
66. Costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem durante o lazer? SIM/NÃO					
67. Costuma usar andador para crianças pequenas? ( )sim ( )não					
68. Costuma deixar criança sozinha na cama / sofá / trocador? ( )sim ( )não					
69. A criança/adolescente/ jovem costuma brincar em telhado, escada, varanda? ( )sim ( )não					
70. A criança/adolescente/ jovem costuma soltar pipa em meio à fiação pública ? ( )sim ( )não					
71. Os pais delegam aos filhos menores de 10 anos os afazeres domésticos? ( )sim ( )não					
72. Os pais delegam aos filhos cuidar dos irmãos menores? ( )sim ( )não					
73. Costuma deixar moedas em cima da mesa, cômodas ou outros locais visíveis e de fácil acesso? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
74. Enquanto supervisionando a criança/adolescente/jovem costuma realizar outras atividades domésticas, de trabalho ou estudo? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
75. Enquanto supervisionando a criança/adolescente/jovem costuma usar telefone para					

conversar, mandar mensagem ou acessar internet e redes sociais? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
<b>TRANSPORTE</b>					
76. Ao brincar com patins, bicicleta, skate costuma usar os equipamentos de segurança como capacete, cotoveleira e joelheira? ( ) sim ( ) não ( )NSA					
77. Como passageiro de motociclista criança/adolescente/jovem costuma usar capacete?( )sim ( )não( )NSA					
78. Como passageiro de carro criança acima de 10 anos/adolescente/jovem costuma usar cinto de segurança? ( )sim ( ) não ( ) não se aplica					
79. Se criança abaixo de 7 anos ou maiores porém com necessidade para uso de cadeira de transporte, possui cadeira apropriada de acordo com a idade? ( )sim ( ) não ( ) não se aplica					
80. A criança/adolescente/ jovem tem o hábito de atravessar na faixa de pedestre? ( )sim ( ) não ( )NSA					
81. A criança/adolescente/ jovem costuma atravessar a rua só com o sinal verde para pedestre? ( )sim ( ) não ( ) não sabe referir ( )NSA					
82. Se criança < de 7 anos, anda desacompanhada na rua? ( )sim ( ) não ( ) não sabe referir ( )NSA					
<b>COMO CONDUTOR</b>					
83. O adolescente/ jovem costuma usar cinto de segurança? SIM/NÃO/NSA					
84. O adolescente/ jovem costuma abusar da velocidade? SIM/NÃO/NSA					
85. O adolescente/ jovem costuma respeitar a sinalização? ( )sim ( ) não ( )NSA					
86. O adolescente/ jovem costuma consumir bebida alcoólica e dirigir? ( )sim ( ) não ( ) NSA					
<b>FATORES DE PROTEÇÃO</b>					
87. Acesso à rede de serviços de saúde: ( )sim ( ) não					
88. Acesso à rede de apoio social (associações): ( )sim ( ) não					
89. Acesso à rede de apoio religioso: ( )sim ( ) não					
90. Valorização das qualidades do filho: ( )sim ( ) não ( )indiferente					
91. Valorização dos estudos: ( )sim ( ) não ( )indiferente					
92. Valorização da moradia: ( )sim ( ) não ( )indiferente					
93. Valorização do trabalho: ( )sim ( ) não ( )indiferente					
94. Desejo que os filhos melhorem de vida: ( )sim ( ) não ( )indiferente					
95. Desejo de segurança para os filhos: ( )sim ( ) não ( )indiferente					

96. Desejo de promover ambientes seguros através da prevenção de acidentes: ( )sim ( )não ( )indiferente					
97. Já recebeu informação sobre prevenção de acidente?( )sim ( )não					
98. Onde recebeu informação? ( )serviço de saúde ( )ESCOLA ( )comunidade ( )TV ( )revista ( )internet ( )outro ( )NSA					
99. Como você avalia a informação? ( )ótima ( )boa ( )regular ( )ruim ( )péssima ( )não se aplica					
<b>VARIÁVEIS QUANTO ÀS VULNERABILIDADES NA FAMÍLIA</b>					
100. Maternidade na adolescência: ( )sim ( )não ( )não sabe referir					
101. Paternidade na adolescência: ( )sim ( )não ( )não sabe referir					
102. Pai não registrou o filho: ( )sim ( )não ( )não sabe referir					
103. Pai não reconhece a paternidade: ( )sim ( )não ( )não sabe referir					
104. Sobrecarga de papéis da mãe: ( )sim ( )não ( )não sabe referir					
105. Presença de depressão/descontrole emocional do cuidador: ( )sim ( )não					
106. Consumo de álcool na família: ( )sim ( )não ( )não sabe referir					
107. Membro da família usuário de álcool: ( )pai ( )mãe ( )irmão ( )própria vítima ( )NSA ( )não sabe					
108. Frequência do consumo de álcool: ( )diário ( )semanal ( )quinzenal ( )mensal ( )eventual ( )raro( )NSA					
109. Consumo de drogas na família: ( )sim ( )não ( )não sabe referir					
110. Membro da família usuário de droga: ( )pai ( )mãe ( )irmão ( )própria vítima ( )não se aplica					
111. Frequência do consumo de droga: ( )diário ( )semanal ( )quinzenal ( )mensal ( )eventual ( )raro( )NSA					
112. Tipo de droga consumida: ( )maconha ( )cocaína ( )craque ( )cola ( )outra_____ ( )não se aplica					
113. Se há conflitos familiares: ( )conjugal ( )pai-filhos ( )mãe-filhos ( )entre filhos ( )entre outros ( )ausente ( )não sabe referir					
114. Se há conflito com a Lei: ( )pai ( )mãe ( )filhos ( )própria vítima ( )outros membros da família ( )ausente ( )não sabe referir					



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PESQUISA:** “Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: Perfil epidemiológico e fatores associados”

**APÊNDICE 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- COLETA DE DADOS**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa “**Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: Perfil epidemiológico e fatores associados**”. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição educacional em que seu filho esta matriculado.

**PESQUISADORES E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:** Profa. Pós-Dra. Christine Baccarat de Godoy Martins da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e Doutoranda Jackeline Gonçalves Brito, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMT.

**OBJETIVO DO ESTUDO:** Analisar a ocorrência de acidentes entre a população infantojuvenil com e sem deficiência, identificando a associação entre os fatores socioeconômicos, de risco e de proteção que ocorrem em maior ou menor frequência entre os casos do que entre os controles.

**PARTICIPAÇÃO:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, respondendo um questionário com questões objetivas sobre características da criança, adolescente ou jovem, da família, sobre a ocorrência de algum acidente nos últimos dois anos com a criança, adolescente ou jovem em estudo, circunstâncias do acidente e do ambiente investigando os fatores associados.

**POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTO:** Não há riscos relacionados com sua participação na pesquisa, pois sua participação é anônima e você poderá desistir a qualquer momento.

**DESCONFORTO:** Falar sobre a ocorrência de algum acidente pode ser, às vezes, difícil. Entretanto, eu estarei pronta para compartilhar qualquer aspecto desejável. Você poderá, a qualquer momento, se negar a falar sobre qualquer questão, sem nenhum prejuízo para você.

**BENEFÍCIOS PREVISTOS:** Os benefícios para você, enquanto participante da pesquisa, se darão na medida em que, com as suas respostas, será possível tornar mais visíveis os casos de acidentes na população

de crianças, adolescentes e jovens, possibilitando um avanço do conhecimento e, assim, destacar ações a serem implementadas.

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Seu nome é Jackeline Gonçalves Brito, Rua Fenelom Muler, nº 854, Dom Aquino, Cuiabá-MT, CEP 78015-090. Telefone: (65) 99639002, e-mail: jackeline\_brito@hotmail.com

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa.

Eu (nome do participante) \_\_\_\_\_, idade: \_\_\_\_\_  
sexo: \_\_\_\_\_ naturalidade: \_\_\_\_\_ portador(a) do documento RG nº \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador principal: \_\_\_\_\_

Data (Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**PESQUISA: ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM ALTERAÇÕES DE FUNCIONALIDADE**

**APÊNDICE 8- Versão final do IACID-IJ validado**

**LEGENDA:**

NA: não aplicável; SMN: salário mínimo nacional; NS: não sabe

**O questionário 1 deve ser aplicado a todos os participantes.**

**1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

**DADOS PARA O PESQUISADOR**

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Responsável pela entrevista: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL**

1. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

2. Idade do responsável: \_\_\_\_\_

3. Relação com a criança/adolescente/jovem: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) tia/tio ( ) avó ( ) avô ( ) irmão/irmã ( ) primo/prima ( ) cuidador de instituição ( ) pai adotivo ( ) mãe adotiva ( ) outro. Qual \_\_\_\_\_

4. Rendimento familiar: ( ) até ½ SMN: 290,€ ( ) ½ a 1 SMN: 291,€ a 580€ ( ) 1 a 2 SM/ 581€ - 1.160€ ( ) 2 a 3 SM/ 1.161€ - 1.740€ ( ) 3 a 5 SM/ 1.741€ - 2.900€ ( ) 5 a 10 SM/ 2.901€ - 5.800€ ( ) 10 a 20 SM/ 5.801€ - 11.600€ ( ) acima de 20 SM/ acima de - 11.601€ ( ) NA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado] (O valor do SMN atualizado para 2017 é de 580€)

5. A criança/adolescente/jovem recebe algum subsídio da Segurança Social, em virtude da sua deficiência? ( ) sim ( ) não

6. Se sim, esta é a principal fonte de rendimento da família? ( ) sim ( ) não ( ) NA

7. Quantos anos de escolaridade tem o responsável? \_\_\_\_\_

8. Habilitações académicas: ( ) sem estudos ( ) 1º ciclo do ensino básico ( ) 2º ciclo do ensino básico ( ) 3º ciclo do ensino básico ( ) ensino secundário ( ) ensino pós secundário não superior ( ) Licenciatura ( ) Mestrado ( ) Doutoramento

9. Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo ( ) NA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado]. Outras situações: ( ) união de facto ( ) separado

**DADOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE/JOVEM**

10. Idade: \_\_\_\_\_

11. Sexo: \_\_\_\_\_

12. Localidade: \_\_\_\_\_

13. Em qual instituição de ensino está matriculado: \_\_\_\_\_

14. Apresenta qual das seguintes alterações de funcionalidade: ( ) auditivas ( ) visuais ( ) físicas ( ) intelectuais ( ) múltiplas

15. Se múltiplas, quais? \_\_\_\_\_

16. Se conhecimento do código da CID-10 da criança/adolescente/jovem, qual?

17. Sofreu algum acidente (evento não intencional e evitável) no último ano (12 meses)? ( ) SIM ( ) NÃO

O questionário 2 só deve ser aplicado para os participantes cuja resposta da pergunta 23 (questionário 1) for SIM.

**2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AO ACIDENTE**

**DADOS DO ACIDENTE**

1. Quantos acidentes a criança/adolescente/jovem sofreu no último ano?

**INFORMAÇÕES DO ÚLTIMO ACIDENTE**

2. O acidente ocorreu em ambiente: ( ) domiciliar ( ) extradomiciliar

3. Local do acidente domiciliar: ( ) moradia ( ) apartamento ( ) instituição.

Local do acidente extradomiciliar: ( ) Instituição educativa ( ) Parques de lazer ou desportivos ( ) rua e estrada ( )

áreas de comércio e de serviços ( ) Quinta ou área rural ( ) outros. Qual: _____
4. Dia da semana: ( ) segunda ( ) terça ( ) quarta ( ) quinta ( ) sexta ( ) sábado ( ) domingo ( ) não se lembra
5. Mês de ocorrência: ( ) Janeiro ( ) Fevereiro ( ) Março ( ) Abril ( ) Maio ( ) Junho ( ) Julho ( ) Agosto ( ) Setembro ( ) Outubro ( ) Novembro ( ) Dezembro ( ) não se lembra
6. Período em que ocorreu o acidente: ( ) de manhã ( ) de tarde ( ) de noite ( ) não se lembra
7. Com quem estava a criança no momento do acidente? ( ) Mãe ( ) pai ( ) avós ( ) tios ( ) ama ( ) Professor/a ( ) outra criança menor de 12 anos ( ) amigos maiores de 12 anos ( ) cuidador/a de instituição ( ) sozinha ( ) outros. Qual: _____
8. O que estava a fazer o cuidador responsável no momento do acidente? ( ) a realizar afazeres domésticos ( ) a estudar ( ) a trabalhar ( ) a cuidar de outras crianças ( ) a utilizar redes sociais/Internet ( ) a conversar ao telefone ( ) a preparar refeições ( ) a ver TV ( ) Outra atividade. Qual: _____
9. TIPO DE ACIDENTE segundo capítulo XX da CID 10 - circunstâncias) – <b>GRUPOS DE CAUSAS</b> <input type="checkbox"/> V01-V99 - Acidentes de transporte <input type="checkbox"/> W00-W19 – Quedas <input type="checkbox"/> W20-W49 - Exposição a forças mecânicas inanimadas <input type="checkbox"/> W50-W64 - Exposição a forças mecânicas animadas <input type="checkbox"/> W65-W74 - Afogamento e submersão acidentais <input type="checkbox"/> W75-W84 - Outros acidentes afetando a respiração <input type="checkbox"/> W85-W99 - Exposição a corrente elétrica, radiações e temperaturas e pressões extremas do ambiente <input type="checkbox"/> X00-X09 - Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas <input type="checkbox"/> X10-X19 - Contacto com uma fonte de calor ou com substâncias quentes <input type="checkbox"/> X20-X29 - Contacto com animais e plantas venenosos <input type="checkbox"/> X30-X39 - Exposição às forças da natureza <input type="checkbox"/> X40-X49 - Intoxicação acidental por e devida a exposição a substâncias nocivas <input type="checkbox"/> X50-X57 - Excesso de esforços, viagens e privações <input type="checkbox"/> X58-X59 - Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados <input type="checkbox"/> Y10 a Y34 - Eventos cuja intenção é indeterminada
10. Qual o tipo de acidente sofrido? (capítulo XX CID 10- circunstâncias) – segundo os <b>SUBGRUPOS DE CAUSAS (anexo 1)</b>
11. Relato breve do responsável sobre como ocorreu o acidente: _____ _____
12. <b>Se introdução de corpo estranho em orifício natural.</b> O que foi introduzido? ( ) Peça de brinquedo ( ) Peça de material escolar (borracha, caneta, lápis, etc) ( ) pilhas ou baterias ( ) grãos ou sementes ( ) doces, rebuçados ou chupa-chupas ( ) insetos, animais ou parte de animais ( ) outro. Qual: _____ ( ) NA
13. <b>Se queimadura</b> , qual o grau de queimadura: <input type="checkbox"/> 1º grau - Espessura superficial / Queimadura solar / Afeta somente epiderme, sem formar bolhas / Provoca vermelhidão, dor, edema, descama em 4-6 dias <input type="checkbox"/> 2º grau - Comprometimento da epiderme e derme / Dor mais intensa. Normalmente aparecem bolhas no local ou desprendimento total ou parcial da pele afetada / A recuperação dos tecidos é mais lenta e podem deixar cicatrizes e manchas claras ou escuras. <input type="checkbox"/> 3º grau- Destruição de todas as camadas da pele / Indolor / Placa esbranquiçada ou enegrecida / maior gravidade / Deixa cicatriz. <input type="checkbox"/> NA
14. <b>Se queimadura</b> , qual foi a extensão e a gravidade da queimadura (utilizando a regra dos 9% assinalar alternativa de acordo com a imagem (IMAGEM 1)? <input type="checkbox"/> Baixa: menos de 15% da superfície corporal atingida <input type="checkbox"/> Média: entre 15 e 40% da pele coberta <input type="checkbox"/> Alta: mais de 40% do corpo queimado. <input type="checkbox"/> NA
15. <b>Se intoxicação</b> , qual foi a substância ingerida ou inalada: ( ) produtos de limpeza ( ) produtos de higiene pessoal ( ) pesticidas ( ) plantas tóxicas ( ) medicamentos ( ) monóxido de carbono ( ) NA ( ) Outra. Qual: _____
16. Quem fez os primeiros socorros? ( ) mãe ( ) pai ( ) tio/tia ( ) avó/avô ( ) outros familiares ( ) cuidador da instituição ( ) vizinhos/amigos ( ) profissional de saúde em unidade de saúde ( ) INEM ( ) outros. Quem: _____
17. Como foi realizado o primeiro socorro, o que foi feito? (breve relato): _____ _____
18. Qual parte do corpo foi atingida (segundo código da CID 10) e escreva ao lado o tipo de lesão que ocorreu: S00-S09 - Lesões traumáticas da cabeça: _____

S10-S19 - Lesões traumáticas do pescoço: _____
S20-S29 - Lesões traumáticas do tórax: _____
S30-S39 - Lesões traumáticas do abdômen, da região lombossagrada e da bacia: _____
S40-S49 - Lesões traumáticas do ombro e do braço: _____
S50-S59 - Lesões traumáticas do cotovelo e do antebraço: _____
S60-S69 - Lesões traumáticas do punho e da mão: _____
S70-S79 - Lesões traumáticas da anca e da coxa: _____
S80-S89 - Lesões traumáticas do joelho e da perna: _____
S90-S99 - Lesões traumáticas do tornozelo e do pé: _____
T00-T07 - Lesões traumáticas envolvendo múltiplas regiões do corpo: _____
T08-T14 - Lesões traumáticas de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo: _____
T15-T19 - Efeitos devidos a corpo estranho penetrando através de orifício natural: _____
T20-T25 - Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, segundo a localização: _____
T26-T28 - Queimaduras e corrosões limitadas ao olho e aos órgãos internos: _____
T29-T32 - Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões e de regiões não especificadas do corpo: _____
T33-T35 - Geladuras (queimaduras pelo frio): _____
T36-T50 - Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas: _____
T51-T65 - Efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal: _____
T66-T78 - Outros efeitos de causas externas e os não especificados: _____
19. O acidente necessitou de atendimento hospitalar? ( ) sim ( ) não
20. Se internado, qual o tempo de internamento? _____ DIAS ( ) NA
21. Houve algum gasto financeiro (como, por exemplo, gastos com medicação, exames, atendimento hospitalar e reabilitação) em virtude do acidente? ( ) sim ( ) não
22. O acidente causou sofrimento emocional na família? ( ) sim ( ) não ( ) NA
23. Consequência física do acidente: ( ) não teve ( ) cicatriz na pele por corte ou trauma ( ) cicatriz por queimadura ( ) lesão ou corte ( ) hematomas ( ) lesão neurológica ( ) amputação de membros ( ) fratura de osso ( ) perda de dente ( ) Outra. Qual: _____
24. A vítima faltou à escola por causa do acidente? ( ) sim ( ) não. Se sim, quantos dias a vítima faltou por causa do acidente? _____
25. O responsável faltou ao trabalho para cuidar da criança por causa do acidente? ( ) sim ( ) não ( ) não trabalha Se sim, quantos dias o responsável faltou ao trabalho por causa do acidente? _____

### O QUESTIONÁRIO 3 DEVE SER APLICADO A TODAS OS PARTICIPANTES

#### 3. QUESTIONÁRIO RELATIVO AOS FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES

<b>FATORES AMBIENTAIS</b>
1. Quantas pessoas moram com a criança/adolescente/jovem? ( )1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) mais de 7 ( ) NA
2. Qual a tipologia da casa? ( )T0 ( ) T1 ( )T2 ( )T3( ) T4( ) T5 ( )T6 ( )T7 ( )ACIMA DE T7
3. Local: ( ) centro de zona urbana ( ) periferia de zona urbana ( ) zona rural
<b>QUEDAS</b>
4. Tem escadas na sua casa? ( ) sim ( ) não
5. Se tem escadas, assinale o que tem na escada como proteção (é possível assinalar mais de uma resposta): ( ) corrimão ( ) piso antiderrapante ( ) grades de proteção em cima e em baixo ( ) grades de proteção apenas em baixo ( ) grades de proteção apenas em cima ( ) não há nenhuma proteção ( ) NA
6. Há presença de objetos (por exemplo: brinquedos, sapatos, mochila, materiais de limpeza, vasos de plantas, tapetes, entre outros) nas escadas? ( ) sim ( ) não ( ) NA
7. Há presença de móveis sob as janelas: ( )sim ( ) não
8. Há janelas com redes ou grades de proteção: ( ) sim, em todas ( ) apenas em algumas ( ) não, em nenhuma
9. A criança, adolescente ou jovem costuma subir às árvores para brincar? ( ) sim ( ) não
10. Há presença de pisos desnivelados, irregulares ou escorregadios? ( ) sim ( ) não
11. Com que frequência há presença de objetos e/ou brinquedos espalhados pelo chão: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
12. Com que frequência algum piso da casa fica molhado: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
13. Possui tapetes soltos no ambiente da casa: ( ) sim ( ) não ( ) não uso tapetes
14. Quando a criança/adolescente/jovem era lactente/toddler, costumava usar andarilho/ voador/andador? ( ) sim ( ) não ( ) NA
15. Costuma deixar a criança sozinha na cama/sofá/trocador? ( ) sim ( ) não ( ) NA
16. Ao brincar com patins, bicicleta, skate, a criança/adolescente/jovem costuma usar os equipamentos de segurança como capacete, cotoveleira e joelheira? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA

<b>FORÇAS INANIMADAS</b>
17. Faz uso de protetores de porta para impedir que a mesma se feche abruptamente (IMAGEM 3)? ( ) sim ( ) não ( ) não conheço este produto
18. Faz uso de protetores de esquina/cantoneira para móveis (IMAGEM 4)? ( ) sim ( ) não ( ) não conheço este produto
19. Portão elétrico com presença de sensores que paralisam o encerramento ou abertura, ao detetar qualquer tipo de presença? ( ) sim ( ) não ( ) não tem portão elétrico.
20. Portão de correr sem ser elétrico: ( ) com travão de segurança que impeça que o mesmo caia sobre a pessoa ( ) sem travão de segurança ( ) Não tenho este portão
21. Os brinquedos em uso possuem peças pequenas que se soltam? ( ) sim ( ) não
22. Com que frequência os brinquedos e/ou controles remotos (TV/DVD/ar condicionado, entre outros) possuem o compartimento da pilha/bateria aparafusado? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
23. Tem ventoinha com hélice exposta: ( ) sim ( ) não
24. Possui cerca de arame farpado? ( ) sim ( ) não
25. Se você tem arma em casa onde esta guardada? ( ) locais trancados ( ) locais destrancados ( ) não tenho
26. Deixa objetos pesados e de vidro em cima da mesa com toalha/forro? ( ) sim ( ) não
27. Com que frequência costuma deixar objetos pequenos (como por exemplo, moedas, pilhas, clips, etc) em cima da mesa, cómodas ou outros locais visíveis e de fácil acesso? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
28. Na casa, onde são guardados os objetos cortantes como facas/tesouras? ( ) em gavetas sem fecho ( ) em gavetas com fecho ( ) locais altos e abertos ( ) em locais altos fechados ( ) em locais baixos abertos ( ) em locais baixos fechados
<b>CHOQUE ELÉTRICO E QUEIMADURA</b>
29. Utiliza protetores de tomada (IMAGEM 5)? ( ) sim, em todas as tomadas ( ) sim, apenas em tomadas baixas ( ) não uso em nenhuma tomada ( ) não conheço este produto
30. Com que frequência faz uso de adaptadores “T” para ligar vários aparelhos numa única tomada? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
31. Há presença de tomadas, interruptores, cabos elétricos com fios expostos: ( ) sim ( ) não
32. Na sua casa, há presença de alarme para prevenção de incêndios? ( ) sim ( ) não
33. Há fósforos e isqueiros ao alcance: ( ) sim ( ) não
34. Com que frequência costuma realizar atividades com chamas (como por exemplo, acender churrasqueira, queimar colmeias, acender velas, acender lareiras, recuperador de calor, queimar lixo) na frente da criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
35. Que tipo de acesso tem a criança/adolescente/jovem, à cozinha: ( ) Não tem acesso ( ) Tem acesso livre ( ) quando acompanhados por adultos, apenas enquanto não se prepara alimentos ( ) acompanhadas por adultos, enquanto se prepara alimentos
36. A criança/adolescente/jovem utiliza o fogão? ( ) sim ( ) não
37. Como deixa as panelas em cima do fogão? ( ) cabo virado para dentro ( ) cabo para fora ( ) cabo de lado
38. Com que frequência deixa panelas ou recipientes com alimentos quentes em cima da mesa com toalha/forro, que pode ser puxado pela criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
39. Com que frequência deixa carregadores de telemóvel/outros carregadores ligados à tomada sem estarem a ser utilizados? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
<b>INTOXICAÇÃO</b>
40. Onde armazena os produtos de limpeza como desinfetante, sabão e lixívia? ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) outro local . Qual: _____
41. Guarda produtos de limpeza em embalagens de alimentos (como garrafas de refrigerante, embalagens de gelado)? ( ) sim ( ) não
42. Onde guarda produtos tóxicos/ venenos? ( ) não tenho ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) outro local . Qual: _____
43. Onde coloca os produtos de higiene pessoal como champô e cremes para cabelo? ( ) tocador ( ) em cima do lavatório ( ) guarda-roupa ( ) no chão da casa de banho ( ) em armários fechados ( ) em armários abertos ( ) em suporte próprio na casa de banho ( ) outro local . Qual: _____
44. Tem <i>stock</i> de medicação em casa? ( ) sim ( ) não
45. Se sim, onde são guardados os medicamentos? ( ) armários fechados ( ) em cima do frigorífico ( ) no guarda-roupa ( ) gavetas ( ) outro local. Qual? _____
46. Com que frequência há presença de medicamentos que estão em uso contínuo, em locais de fácil acesso como em

cima da mesa, cama, sofá ou caixas em locais acessíveis: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
47. Ao medicar uma criança ou adolescente costuma usar frases iguais ou parecidas com estas: “vais ficar forte”, “é bom, é doce, sabe a rebuçado”, “Toma para ficares bom”: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) sim, através de sinais/língua gestual ( ) NA
48. Quanto às plantas cultivadas em casa: ( ) Tenho plantas, mas não sei quais são venenosas ( ) Tenho plantas, mas sei que nenhuma é venenosa ( ) Tenho plantas venenosas em casa ( ) Não tenho plantas em casa
49. Onde guarda produtos voláteis (como álcool, petróleo, aerossóis, gasolina) no ambiente domiciliar? ( ) não tenho estes produtos em casa ( ) em armários altos ( ) em armários baixos ( ) em locais abertos e de fácil acesso ( ) no chão ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) Outro. Qual? _____
50. Com que frequência utiliza soda cáustica em casa? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
51. Se sim, onde guarda a soda cáustica? ( ) em armários fechados ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) outro local ( ) uso o necessário e não armazeno em casa ( ) prateleiras abertas ( ) NA
<b>AFOGAMENTO E OUTROS RISCOS À RESPIRAÇÃO</b>
52. Há sacos de plástico acessíveis? ( ) sim ( ) não
53. Utiliza pó de talco: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
54. Com que frequência há presença de baldes/bacias com água no chão? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
55. Se tem piscina, esta tem proteção? (..) sim ( ) não ( ) não há piscina
56. Há presença de poço aberto: ( ) sim ( ) não
57. Com que frequência costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem na piscina, bacia, banheira, tanque, rio? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
58. Costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem durante o banho de chuveiro? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) não há necessidade
<b>FORÇAS ANIMADAS</b>
59. Há presença de lenha/telhas/tijolo/entulho empilhados no quintal ou pátio do prédio: ( ) sim ( ) não
60. Cães e/ou gatos no ambiente doméstico: ( ) não tenho ( ) tenho, mas não foram vacinados no último ano ( ) tenho e foram vacinados no último ano
61. Com que frequência a criança/adolescente/jovem costuma aproximar-se de animais estranhos na rua ou na casa de outras pessoas? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
62. Há presença de roedores (ratos) no ambiente domiciliar? ( ) sim ( ) não
<b>TRANSPORTE</b>
63. Quando a criança era menor de 7 anos, andou à pendura de moto/motocicleta? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
64. Como passageiro de motociclista a criança/adolescente/jovem costuma usar capacete? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
65. Quando a criança era menor de 12 anos (ou menor do que 135 cm), andou no carro, no banco da frente? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
66. Como passageiro de carro a criança/adolescente/jovem costuma usar cinto de segurança? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
67. Se a criança tem menos de 7 anos ou é mais velha mas tem necessidade de usar cadeira de transporte, utiliza cadeira apropriada de acordo com a idade e condição física? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
68. Após estacionar, a criança/adolescente/jovem costuma sair do carro sozinha? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
69. Costuma travar as portas do carro ao transportar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
70. A criança/adolescente/jovem tem o hábito de atravessar na passadeira? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
71. A criança/adolescente/jovem costuma atravessar a rua com sinal verde para os carros? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
72. A criança/adolescente/jovem anda sozinha na rua? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
<b>COMPORTEAMENTO</b>
73. Com que frequência a criança/adolescente/jovem realiza afazeres domésticos sem supervisão de um adulto? ( )

sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) não é capaz de fazer
74. Com que frequência a criança/adolescente/jovem fica sob cuidados de outras crianças/adolescentes? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
75. Com que frequência o cuidador faz atividades domésticas enquanto está a supervisionar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
76. Com que frequência o cuidador utiliza o telefone para conversar, mandar mensagem ou aceder à Internet e redes sociais, enquanto esta a supervisionar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) Não sabe informar
<b>FATORES DE PROTEÇÃO</b>
77. A criança/adolescente/jovem tem acesso a que tipo de serviços de saúde? ( ) SNS ( ) particular
78. Como avalia o acesso aos serviços de saúde? ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) mau ( ) péssimo
79. Tem acesso a apoio religioso (Exemplo: igrejas, lar espírita e templos)? ( ) sim ( ) não
80. Considera tem acesso a apoio de amigos, familiares, profissionais de saúde ou outros agentes que te suportam diante de uma dificuldade ou necessidade? ( ) sim ( ) não
81. Em sua opinião, um acidente é um evento que pode ser evitado? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
82. Para si, os hábitos e estilos de vida favorecem a ocorrência de acidentes? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
83. Tem medo que a sua criança/adolescente/jovem sofra algum acidente? ( ) sim ( ) não
84. Acha que a alteração de funcionalidade (deficiência) da sua criança/adolescente/jovem é um fator de risco para a ocorrência de algum acidente? ( ) sim ( ) não
85. Se sim, em sua opinião para qual acidente tem maior risco? ( ) atropelamento ( ) quedas ( ) queimaduras ( ) asfixia/afogamento ( ) intoxicação ( ) choque ( ) forças animadas ( ) forças inanimadas ( ) Outro. Qual: _____
86. Já recebeu informação sobre prevenção de acidentes? ( ) sim ( ) não
87. Onde recebeu informação? ( ) serviço de saúde ( ) escola ( ) comunidade ( ) TV ( ) revista ( ) Internet ( ) NA ( ) outro local. Qual: _____
88. Como avalia a informação? ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) má ( ) péssima ( ) NA
89. Conhece ou já ouviu falar sobre alguma política sobre prevenção de acidentes? ( ) sim ( ) não
90. Deseja promover ambientes seguros através da prevenção de acidentes: ( ) sim ( ) não ( ) indiferente
<b>VARIÁVEIS QUANTO ÀS VULNERABILIDADES DO CUIDADOR/FAMÍLIA</b>
91. Maternidade na adolescência: ( ) sim a própria mãe da criança/adolescente/jovem ( ) sim outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
92. Paternidade na adolescência: ( ) sim a própria mãe da criança/adolescente/jovem ( ) sim outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
93. Quais as atividades que o cuidador principal realiza (é possível assinalar mais do que uma resposta/avaliar sobrecarga do papel do cuidador)? ( ) Trabalha fora de casa ( ) Estuda ( ) Cuida dos afazeres domésticos ( ) É responsável pelos cuidados à criança/adolescente/jovem com alteração de funcionalidade ( ) responsável pela preparação das refeições da família ( ) Outros. Quais? _____
94. Há presença de depressão/doença mental na família: ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
95. Há consumo de álcool? ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
96. Há consumo de drogas? ( ) sim, sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe
97. Há conflitos familiares? ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe
98. Há antecedentes criminais? ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe

## APÊNDICE 9- FOLHETO SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

### PREVENÇÃO DE ACIDENTES

#### Quedas:

- Não colocar móveis em baixo de janelas.
- Não deixar pisos molhados ou com objetivos espalhados pelo chão.
- Não deixar pisos desnivelados, irregulares ou escorregadios.
- Escadas devem ter grades de proteção, pisos antiderrapantes e corrimão.
- Se criança pequena ou com alteração de funcionalidade não ficar sem supervisão em cima da cama, sofá ou cadeiras.
- Ao brincar de patins, skate, patinete e bicicleta utilizar cotoveleira joelheira e capacete (EPI).
- Não permitir brincadeiras como subir em árvores ou em muros.

#### Queimaduras e choque elétrico:

- Se lactantes ou crianças pequenas não utilizar fogão com criança no colo.
- Não permitir livre acesso a cozinha ou ao fogão.

- Não fazer atividades de risco na frente de crianças e adolescentes como colocar fogo no lixo, acender churrasqueira, colocar fogo em carrapato.
- Não deixar ao alcance velas, isqueiro e fósforo.
- Cabos de panela sempre virados para dentro do fogão.
- Utilizar alarmes de incêndio.
- Utilizar protetores de tomadas para evitar choque elétrico.
- Substituir fios desencapados e aparelhos sem plug, imediatamente.
- Não deixar carregador de celular ou de outros aparelhos conectados na tomada sem estarem sendo utilizados.
- Não utilizar adaptadores como “T” ou “Benjamim” com vários aparelhos elétricos conectados em uma só tomada.
- Não permitir que as crianças, adolescentes e jovens soltem pipas na rua, próximo a fiação elétrica.

#### Intoxicação

- Guardar produtos de limpeza em armários fechados/ com tranca.
- Não guardar produtos de limpeza em embalagens de alimentos.

- Venenos devem ser guardados em locais trancados e fora do alcance.
- Guardar produtos de higiene pessoal fora do alcance.
- Não deixar remédios em cima da mesa, sofá ou locais de fácil acesso.
- Não estimular a criança a tomar medicação usando frases como “é gostoso” “tem gosto de balinha” “você vai ficar forte”.
- Não guardar soda cáustica em casa.
- Ter conhecimento quanto às plantas venenosas e não tê-las em casa.

#### Acidentes por forças animadas

- Cachorros e gatos devem estar com as vacinas em dia, e se representam perigo devem ter um local apropriado no ambiente domiciliar, como por exemplo, um canil.
- Não permitir que a criança/adolescente/jovem se aproxime de animais desconhecidos na rua.
- Manter sempre o quintal limpo e livre de entulhos evitando a presença de animais como ratos, aranhas e escorpiões.

#### Acidentes por forças inanimadas

- Não deixar objetos perfuro cortantes ao alcance (como tesoura e faca).
- Não deixar objetos pesados em cima de forros que podem ser puxados pela criança.

- Utilizar trava de segurança em portão impedindo que o mesmo caia sobre as criança/adolescente/jovem.
- Se portão eletrônico, utilizar sensor que impeça o fechamento sobre a pessoa.
- Compartimentos de pilhas de controle e brinquedos devem ser parafusados.
- Utilizar brinquedos apropriados para cada faixa etária.

### Acidentes de trânsito

- Utilizar cinto de segurança no banco da frente e no banco de trás.
- Utilizar cadeira apropriada para crianças menores de 7 anos/ ou se necessário em outras idades.
- Travar a porta do carro enquanto transporte.
- Não atravessar a rua fora da faixa de pedestre e nem com o sinal verde para os carros.
- Não permitir que crianças menores de 10 anos andem no banco da frente do carro e nem crianças menores de 7 anos sejam transportadas em motocicletas.
- Cuidador condutor, respeitar normas de trânsito e não dirigir após uso de bebida alcoólica.
- Não permitir que crianças e adolescentes andem sozinhos na rua.

### Afogamento e asfixia

- Não utilizar talco em pó pelo risco de broncoaspiração.
- Cuidados com sacolas de plástico espalhadas pela casa.
- Sempre supervisionar criança, adolescente e jovem em banho de piscina, tanques ou rio.
- Supervisionar criança durante banho.
- Utilizar grades de proteção ao redor de piscinas.
- Não deixar baldes ou recipientes com água no chão da casa.

#### Referências:

CRIANÇA SEGURA BRASIL. Como evitar acidentes. Disponível em <<https://criancasegura.org.br/dicas/dicas-de-prevencao-cinco-nove-anos/>> Acesso em: <06 de agosto de 2016>.

CRECHE SEGURA. Prevenção de acidentes. Disponível em: <<http://www.crechese segura.com.br/>> Acesso em: 06 de agosto de 2016>.

FIGUEIREDO, S.; PEREIRA, A.; GARCIA, C. A. Prevenção de acidentes domésticos na infância. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 10, n. 2, p. 172–7, 2009.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM - DOUTORADO EM ENFERMAGEM

---

**PROJETO DE PESQUISA:** Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade: Perfil epidemiológico e fatores associados

---

### **APÊNCIDE 10- TERMO DE COMPROMISSO DAS PESQUISADORAS**

Nós, **Christine Baccarat de Godoy**, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, e **Jackeline Gonçalves Brito Ferreira**, doutoranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UMFT), desenvolvendo a pesquisa “Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade: Perfil epidemiológico e fatores associados”, vimos garantir, na divulgação dos resultados, o anonimato de todos os sujeitos pesquisados, o tratamento global das informações e que os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

Cuiabá, 20 de agosto de 2016.

Christine Baccarat de Godoy  
Docente do Departamento de Enfermagem - Área saúde da Criança e do Adolescente  
Faculdade de Enfermagem – FAEN  
e-mail: [christineufmt@gmail.com](mailto:christineufmt@gmail.com)

Jackeline Gonçalves Brito Dias  
Doutoranda em Enfermagem da UFMT  
CPF: 030.921.791-10  
e-mail: [jackeline\\_brito@hotmail.com](mailto:jackeline_brito@hotmail.com)



## APÊNDICE 11- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR O QUESTIONÁRIO DO CRECHE SEGURA

Cuiabá, 18 de maio de 2017.

À prezada Prof.<sup>a</sup> Ma. Leticia Spina Tabia

**Assunto:** Solicitação de autorização para utilizar questionário de avaliação do conhecimento sobre primeiros socorros pré e pós formação da Creche Segura.

Prezada Professora,

Meu nome é **Jackeline Gonçalves Brito** sou doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da **Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)**. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **“Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade: Perfil epidemiológico e fatores associados”** sob orientação da **Prof.<sup>a</sup> Pós- Dr.<sup>a</sup> Christine Baccarat de Godoy (UFMT-BRASIL)**.

Parte deste estudo será desenvolvida em Portugal na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP - Portugal), sob coorientação da **Prof.<sup>a</sup> Pós-Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Santos de Jesus Marques França (ESEP-Portugal)** por meio do doutorado sanduíche a ser realizado em setembro de 2017 - agosto de 2018.

O estudo tem por objetivo analisar a ocorrência de acidentes e os fatores associados à ocorrência destes eventos na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade (física, intelectual, auditiva, visual e múltipla), matriculada em instituições de ensino especializado de Cuiabá-MT.

Contudo, diante da solicitação de algumas instituições de ensino, frente à necessidade de capacitar a equipe para o primeiro atendimento em caso de acidentes com os alunos, nos comprometemos em oferecer uma capacitação gratuita para os trabalhadores da escola.

Levando em consideração a experiência da sua equipe em realizar capacitações sobre primeiros socorros para este público e também em avaliar a realização das mesmas, venho por meio deste, solicitar autorização da senhora para utilizar o instrumento de avaliação do conhecimento sobre primeiros socorros utilizado pelo Programa Creche Segura.

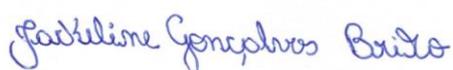
Também venho pedir autorização para acrescentar algumas questões, adaptando o questionário para a atividade de capacitação que será realizada pelas pesquisadoras.

Ressaltamos que todos os princípios éticos serão respeitados durante nossa atividade de capacitação, sendo o projeto de pesquisa matricial já submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sendo aprovado no dia 22/08/2016, sob nº 1.689.650 e registro CAAE 54171116.2.0000.5541.

Também ofereceremos junto ao questionário um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os profissionais que quiserem responder o questionário, não sendo obrigatório responde-lo para participar da capacitação. Também nos comprometemos em referenciar a originalidade do questionário em todos os resultados divulgados, respeitando todos os direitos de autoria reservados ao Programa Creche Segura.

Seguem, juntamente com este ofício, o questionário adaptado e uma relação das alterações realizadas no documento original para avaliação e aprovação da coordenadora do Programa Creche Segura.

Agradecemos antecipadamente.



**Doutoranda Ma. Jackeline Gonçalves Brito**

E-mail: [jackeline\\_brito@hotmail.com](mailto:jackeline_brito@hotmail.com)

Tel.: (65)999639002



**Prof.<sup>a</sup> Pós- Dr.<sup>a</sup> Christine Baccarat de Godoy**

E-mail: [christineufmt@gmail.com](mailto:christineufmt@gmail.com)

Tel.: (65) 981009626

Endereço para correspondência: Av. Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Boa Esperança, Cuiabá - MT, 78068-600. Universidade Federal de Mato Grosso- Faculdade de enfermagem- Bloco de Enfermagem



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PROJETO DE PESQUISA:** “Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade: Perfil epidemiológico e fatores associados”

**SUBPROJETO DE PESQUISA:** “Conhecimento sobre primeiros socorros dos professores e trabalhadores de instituições de ensino especializado”

**APÊNDICE 12- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-  
INTERVENÇÃO**

**PESQUISA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa “**Conhecimento sobre primeiros socorros dos professores e trabalhadores de instituições de ensino especializado**”. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição educacional em que esta trabalhando.

**PESQUISADORES E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:** Profa. Pós-Dra. Christine Baccarat de Godoy, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Doutoranda Jackeline Gonçalves Brito, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMT, Inês Pereira de Oliveira e Ingridy Maria da Silva, alunas de Iniciação Científica, acadêmicas de enfermagem da UFMT e bolsistas da CAPES.

**OBJETIVO DO ESTUDO:** Analisar o conhecimento sobre primeiros socorros de professores e de outros trabalhadores, que atuam em escolas de ensino especializado para crianças com alterações de funcionalidade, antes e após a realização de uma oficina de capacitação sobre primeiros socorros em caso de acidentes.

**PARTICIPAÇÃO:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário antes e após a participação em uma capacitação sobre primeiros socorros em caso de acidentes.

**POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTO:** Não há riscos nem desconforto relacionados com sua participação na pesquisa, pois sua participação é anônima e você poderá desistir a qualquer momento.

**BENEFÍCIOS PREVISTOS:** Participar de uma capacitação gratuita e com certificado, oferecida por enfermeira, professora da UFMT, e avaliar seu conhecimento quanto aos primeiros socorros em caso de acidentes na população infantojuvenil, antes e após a participação da atividade.

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Seu nome é Jackeline Gonçalves Brito, endereço para contato na Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 - Bairro Boa Esperança. Cuiabá - MT - 78060-900, Fone/PABX: +55 (65) 3615-8000 / FAX: +55 (65) 3628-1219. E-mail: [jackeline\\_brito@hotmail.com](mailto:jackeline_brito@hotmail.com)

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa.

Eu (nome do participante) \_\_\_\_\_, idade: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ naturalidade: \_\_\_\_\_ portador(a) do documento RG \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

E-mail para enviar certificado: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador principal:

*Jackeline Gonçalves Brito*

Cuiabá, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## APÊNDICE 13- CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS EM PORTUGAL

### CARTA CONVITE AO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Meu nome é **Jackeline Gonçalves Brito** sou doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da **Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)**. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **“Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade: Perfil epidemiológico e fatores associados”** sob orientação das professoras **Dr.<sup>a</sup> Christine Baccarat de Godoy (UFMT-BRASIL)** e **Dr.<sup>a</sup> Ana Paula dos Santos Jesus Marques França (ESEP-Portugal)**. Parte deste estudo esta sendo desenvolvido em Portugal na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP - Portugal), no período de setembro de 2017 - agosto de 2018.

O estudo tem por objetivo analisar a ocorrência de acidentes e os fatores associados à ocorrência destes eventos na população infantojuvenil com deficiência (física, intelectual, auditiva, visual e múltipla). Dessa forma, o questionário de colheita de dados foi construído e passou por um processo de adaptação quanto à aparência e conteúdo no Brasil.

Estamos realizando o processo de adaptação transcultural do instrumento de colheita de dados para que o mesmo possa ser utilizado em Portugal, contribuindo para o avanço do conhecimento quanto à realidade dos acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com deficiência.

Para atingir este objetivo, estamos seguindo o referencial metodológico proposto por Beaton et al. (2002) que envolve as seguintes etapas: tradução inicial; síntese; tradução de volta para a língua original; revisão por um painel de peritos e realização de um pré-teste.

Portanto, convidamo-la para fazer parte do painel de peritos, participando no processo de adaptação transcultural (adaptação para o português de Portugal e para a realidade portuguesa). Dessa forma, estamos encaminhando juntamente com esta carta convite, o questionário na versão original aplicado no Brasil (anexo 1) e o questionário que passou pelas etapas de tradução para o português de Portugal (anexo 2).

O questionário é composto por três partes: 1. Questionário sociodemográfico (28 questões); 2. Questionário referente ao acidente (30 questões) e 3. Questionário referente aos fatores associados à ocorrência de acidentes (109 questões).

A avaliação pelo painel de peritos será feita através da análise individual de cada um dos peritos e de um momento de discussão presencial com todos os envolvidos, que terá lugar

na **Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)**, no dia **18 de janeiro de 2018**, às **16:00 horas**.

Deste modo, pedimos-lhe que realize uma leitura prévia das duas versões e analise as alterações efetuadas, pois ser-lhe-á pedida a sua opinião sobre a concordância/discordância relativos aos diversos itens e sobre eventuais sugestões. Este processo será registado num documento específico entregue no dia da reunião, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Estamos certas de que a sua participação contribuirá para a qualidade do instrumento de colheita de dados, de forma a torna-lo compreensível e aplicável para a população portuguesa, colaborando para que o seu uso em Portugal possa traduzir a realidade dos acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência, e para que medidas preventivas eficazes possam ser propostas para a promoção de ambientes seguros.

Estamos à disposição para dúvidas e esclarecimentos.

Agradecemos antecipadamente.



**Doutoranda Ma. Jackeline Gonçalves Brito**

E-mail: [jackeline\\_brito@hotmail.com](mailto:jackeline_brito@hotmail.com)

Tel.: (65)999639002 BRASIL

(351) 910273161 PORTUGAL



**Prof.<sup>a</sup> Pós-Dr.<sup>a</sup> Ana Paula dos Santos Jesus**

**Marques França (ESEP-Portugal)**

E-mail: [apfranca@esenf.pt](mailto:apfranca@esenf.pt)

Tel.: (351) 962939805



**Prof.<sup>a</sup> Pós- Dr.<sup>a</sup> Christine Baccarat de Godoy**

E-mail: [christineufmt@gmail.com](mailto:christineufmt@gmail.com)

Tel.: (65) 981009626



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

PESQUISA: ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL  
COM ALTERAÇÕES DE FUNCIONALIDADE



## APÊNDICE 14- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE COLETADE DADOS - IACID

Projeto de investigação: **Acidentes na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade: Perfil epidemiológico e fatores associados.**

A pesquisa esta sendo realizada pela doutoranda **Jackeline Gonçalves Brito**, aluna do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso sob orientação da **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Christine Baccarat de Godoy**, e coorientação da **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Souza de Jesus Marques França da** Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O estudo tem por objetivo analisar a ocorrência de acidentes e os fatores associados à ocorrência destes eventos na população infantojuvenil com alterações de funcionalidade. Por conseguinte, foi elaborado um instrumento de colheita de dados que passou por uma validação quanto à face e conteúdo no Brasil, sendo denominado Inquérito sobre Acidentes na População Infantojuvenil com Deficiência (IACID-II).

Segue-se o processo de adaptação transcultural, para que o referido instrumento possa ser utilizado em Portugal, contribuindo para o avanço do conhecimento quanto à realidade dos acidentes entre crianças, adolescentes e jovens com deficiência.

Para atingir este objetivo, estamos seguindo o referencial metodológico proposto por Beaton et al. (2002) que envolve as seguintes etapas: tradução inicial; síntese; tradução de volta para a língua original; revisão por um painel de peritos e realização de um pré-teste.

Pedimos seu consentimento para participar da fase de pré-teste do questionário. Esta etapa se dará por meio de uma entrevista e **sua participação consiste em contribuir com a adaptação transcultural do questionário, tornando válido seu uso em Portugal.**

**Sua contribuição não oferece riscos ou desconfortos e seu sigilo e privacidade serão mantidos. Salientamos que não haverá custos ou remuneração pela participação e que a qualquer momento tem o direito de receber respostas às dúvidas referentes ao desenvolvimento da pesquisa, em qualquer fase desta, bem como tem o direito de retirar o consentimento e deixar de participar no estudo.**

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima, aceito participar livre e esclarecido do painel de peritos no processo de adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados do referido estudo.

Porto , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai/responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da doutoranda



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM  
ENFERMAGEM



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

PESQUISA: ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM ALTERAÇÕES DE FUNCIONALIDADE

**LEGENDA:** NSA: não se aplica; SMN: salário mínimo nacional; IGN: ignorado

**APÊNDICE 15- PRIMEIRA VERSÃO DO QUESTIONÁRIO ADAPTADO PARA A REALIDADE PORTUGUESA**

O questionário 1 deve ser aplicado a todos os participantes.

**1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

<b>DADOS PARA O PESQUISADOR</b>	
1. Número da entrevista: _____	
2. Responsável pela entrevista: _____	3. Data da entrevista: ____/____/____
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL</b>	
4. Nome: _____	5. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
6. Idade do responsável: _____	
7. Relação com a criança/adolescente/jovem: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) tia/tio ( ) avó ( ) avô ( ) irmão/irmã ( ) primo/prima ( ) cuidador de instituição ( ) pai adotivo ( ) mãe adotiva ( ) outro. Qual _____	
8. Raça ou cor: ( ) branca ( ) negra ( ) amarela ( ) vermelha ( ) Mestiço	
9. Rendimento familiar: ( ) até ½ SMN: 290,€ ( ) ½ a 1 SMN: 291,€ a 580€ ( ) 1 a 2 SM/ 581€ - 1.160€ ( ) 2 a 3 SM/ 1.161€ - 1.740€ ( ) 3 a 5 SM/ 1.741€ - 2.900€ ( ) 5 a 10 SM/ 2.901€ - 5.800€ ( ) 10 a 20 SM/ 5.801€ - 11.600€ ( ) acima de 20 SM/ acima de - 11.601€ ( ) NSA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado] (O valor do SMN atualizado para 2017 é de 580€)	
10. A criança/adolescente/jovem recebe algum subsídio da Segurança Social, em virtude da sua alteração de funcionalidade? ( ) sim ( ) não	
11. Se sim, esta é a principal fonte de rendimento da família? ( ) sim ( ) não ( ) NSA	
12. Quantos anos de escolaridade tem? _____	
13. Habilitações académicas: ( ) sem estudos ( ) 1º ciclo do ensino básico ( ) 2º ciclo do ensino básico ( ) 3º ciclo do ensino básico ( ) ensino secundário ( ) ensino pós secundário não superior ( ) Licenciatura ( ) Mestrado ( ) Doutoramento	
14. Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo ( ) NSA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado]. Outras situações: ( ) união de facto ( ) separado	
<b>DADOS DO ALUNO</b>	
15. Nome: _____	
16. Idade em anos: _____	17. Idade em grupo etário: ( ) 0 a 4 ( ) 5 a 9 ( ) 10 a 14 ( ) 15 a 19 ( ) 20 a 24
18. Sexo: _____	19. Raça ou cor: ( ) branca ( ) negra ( ) amarela ( ) vermelha ( ) Mestiço
20. Morada: _____	
21. Cidade: _____	22. Telefone do responsável: _____
23. Em qual instituição de ensino está matriculado: _____	
24. Posição na família: ( ) 1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho ( ) 4º filho ( ) acima de 5º filhos ( ) filho único ( ) IGN	
25. Possui qual das seguintes alterações de funcionalidade: ( ) auditivas ( ) visuais ( ) físicas ( )	

intelectuais ( ) múltiplas
26. Se múltiplas, quais? _____
27. Se conhecimento do código da CID-10 do aluno, qual?
28. Sofreu algum acidente (evento não intencional e evitável) no último ano (12 meses)? ( ) SIM ( ) NÃO

O questionário 2 só deve ser aplicado para os participantes cuja resposta da pergunta 25 (questionário 1) for SIM.

## 2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AO ACIDENTE

<b>DADOS DO ACIDENTE</b>
1. Quantos acidentes o aluno sofreu no último ano?
<b>INFORMAÇÕES DO ÚLTIMO ACIDENTE</b>
2. O acidente ocorreu em ambiente: ( ) domiciliar ( ) extradomiciliar
3. Local do acidente domiciliar: ( ) moradia ( ) apartamento ( ) instituição. Local do acidente extradomiciliar: ( ) Instituição educativa ( ) Parques de lazer ou desportivos ( ) rua e estrada ( ) áreas de comércio e de serviços ( ) Quinta ou área rural ( ) outros. Qual: _____
4. Dia da semana: ( ) segunda ( ) terça ( ) quarta ( ) quinta ( ) sexta ( ) sábado ( ) domingo ( ) não lembra
5. Mês de ocorrência: ( ) Janeiro ( ) Fevereiro ( ) Março ( ) Abril ( ) Maio ( ) Junho ( ) Julho ( ) Agosto ( ) Setembro ( ) Outubro ( ) Novembro ( ) Dezembro ( ) não lembra
6. Período em que ocorreu o acidente: ( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno ( ) não lembra
7. Com quem a criança estava no momento do acidente? ( ) Mãe ( ) pai ( ) avós ( ) tios ( ) ama ( ) Professor/a ( ) outra criança menor de 12 anos ( ) amigos maiores de 12 anos ( ) cuidador/a de instituição ( ) sozinha ( ) outros. Qual: _____
8. O que o cuidador responsável estava a fazer no momento do acidente? ( ) a realizar afazeres domésticos ( ) a estudar ( ) a trabalhar ( ) a cuidar de outras crianças ( ) a utilizar redes sociais/Internet ( ) a conversar ao telefone ( ) a preparar refeições ( ) a ver TV ( ) Outra atividade. Qual: _____
9. TIPO DE ACIDENTE segundo capítulo XX da CID 10 - circunstâncias) – <b>GRUPOS DE CAUSAS</b> ( ) V01-V99 - Acidentes de transporte ( ) W00-W19 – Quedas ( ) W20-W49 - Exposição a forças mecânicas inanimadas ( ) W50-W64 - Exposição a forças mecânicas animadas ( ) W65-W74 - Afogamento e submersão acidentais ( ) W75-W84 - Outros acidentes afectando a respiração ( ) W85-W99 - Exposição a corrente eléctrica, radiações e temperaturas e pressões extremas do ambiente ( ) X00-X09 - Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas ( ) X10-X19 - Contacto com uma fonte de calor ou com substâncias quentes ( ) X20-X29 - Contacto com animais e plantas venenosos ( ) X30-X39 - Exposição às forças da natureza ( ) X40-X49 - Intoxicação acidental por e devida a exposição a substâncias nocivas ( ) X50-X57 - Excesso de esforços, viagens e privações ( ) X58-X59 - Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados ( ) Y10 a Y34 - Eventos cuja intenção é indeterminada
10. Qual o tipo de acidente sofrido? (capítulo XX CID 10- circunstâncias) – segundo os <b>SUBGRUPOS DE CAUSAS (anexo 1)</b> _____ _____

<p>11. Relato breve do responsável sobre como ocorreu o acidente:</p> <hr/>
<p>12. <b>Se introdução de corpo estranho em orifício natural.</b> O que foi introduzido?  <input type="checkbox"/> pedaço de brinquedo <input type="checkbox"/> pedaço de material escolar (borracha, caneta, lápis, etc) <input type="checkbox"/> pilhas ou baterias <input type="checkbox"/> grãos ou sementes <input type="checkbox"/> doces, rebuçados ou chupa-chupas <input type="checkbox"/> insetos, animais ou parte de animais <input type="checkbox"/> outro. Qual: _____ <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>13. <b>Se queimadura</b>, qual o grau de queimadura:  <input type="checkbox"/> 1º grau - Espessura superficial / Queimadura solar / Afeta somente epiderme, sem formar bolhas / Provoca vermelhidão, dor, edema, descamam em 4-6 dias  <input type="checkbox"/> 2º grau - Comprometimento da epiderme e derme / Dor mais intensa. Normalmente aparecem bolhas no local ou desprendimento total ou parcial da pele afetada / A recuperação dos tecidos é mais lenta e podem deixar cicatrizes e manchas claras ou escuras.  <input type="checkbox"/> 3º grau- Destruição de todas as camadas da pele / Indolor / Placa esbranquiçada ou enegrecida / maior gravidade / Deixa cicatriz.  <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>14. <b>Se queimadura</b>, qual foi a extensão e a gravidade da queimadura (utilizando a regra dos 9% assinalar alternativa de acordo com a imagem (IMAGEM 1)?  <input type="checkbox"/> Baixa: menos de 15% da superfície corporal atingida  <input type="checkbox"/> Média: entre 15 e menos de 40% da pele coberta  <input type="checkbox"/> Alta: mais de 40% do corpo queimado.  <input type="checkbox"/> NSA</p>
<p>15. <b>Se intoxicação</b>, qual foi a substância ingerida: <input type="checkbox"/> produtos de limpeza <input type="checkbox"/> produtos de higiene pessoal <input type="checkbox"/> pesticidas <input type="checkbox"/> plantas tóxicas <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Outra. Qual: _____</p>
<p>16. Quem fez os primeiros socorros? <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> tio/tia <input type="checkbox"/> avó/avô <input type="checkbox"/> outros familiares <input type="checkbox"/> cuidador da instituição <input type="checkbox"/> vizinhos/amigos <input type="checkbox"/> profissional de saúde em unidade de saúde <input type="checkbox"/> INEM <input type="checkbox"/> outros. Quem: _____</p>
<p>17. Como foi realizado o primeiro socorro, o que foi feito? (breve relato):</p> <hr/>
<p>18. Qual parte do corpo foi atingida (segundo código da CID 10) e escreva ao lado o tipo de lesão que ocorreu:</p> <p>S00-S09 - Lesões traumáticas da cabeça:  S10-S19 - Lesões traumáticas do pescoço:  S20-S29 - Lesões traumáticas do tórax:  S30-S39 - Lesões traumáticas do abdômen, da região lombossagrada e da bacia:  S40-S49 - Lesões traumáticas do ombro e do braço:  S50-S59 - Lesões traumáticas do cotovelo e do antebraço:  S60-S69 - Lesões traumáticas do punho e da mão:  S70-S79 - Lesões traumáticas da anca e da coxa:  S80-S89 - Lesões traumáticas do joelho e da perna:  S90-S99 - Lesões traumáticas do tornozelo e do pé:  T00-T07 - Lesões traumáticas envolvendo múltiplas regiões do corpo:  T08-T14 - Lesões traumáticas de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo:  T15-T19 - Efeitos devidos a corpo estranho penetrando através de orifício natural:  T20-T32 - Queimaduras e corrosões:  T20-T25 - Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, segundo a localização:  T26-T28 - Queimaduras e corrosões limitadas ao olho e aos órgãos internos:  T29-T32 - Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões e de regiões não especificadas do corpo:  T33-T35 - Geladuras (queimaduras pelo frio):  T36-T50 - Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas:  T51-T65 - Efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal:  T66-T78 - Outros efeitos de causas externas e os não especificados:</p>

19. O acidente necessitou de atendimento hospitalar? ( ) sim ( ) não
20. Se internado, qual o tempo de internamento? _____ ( ) NSA
21. Houve algum gasto financeiro (como, por exemplo, gastos com medicação, exames, atendimento hospitalar e reabilitação) em virtude do acidente? ( ) sim ( ) não
22. O acidente causou sofrimento emocional na família? ( ) sim ( ) não ( ) NSA
23. O acidente causou sofrimento emocional na vítima? ( ) sim ( ) não
24. O acidente causou dor física na vítima: ( ) sim ( ) não
25. Aponte para a imagem correspondente à dor que a vítima sentiu de acordo com ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA (IMAGEM 2) ( ) sem dor ( ) dor ligeira ( ) dor moderada ( ) dor intensa ( ) dor máxima ( ) escala assinalada pelo responsável que estava com a vítima ( ) escala assinalada pela própria vítima ( ) NSA
26. Consequência física do acidente: ( ) não teve ( ) cicatriz na pele por corte ou trauma ( ) cicatriz por queimadura ( ) lesão ou corte ( ) hematomas ( ) lesão neurológica ( ) amputação de membros ( ) fratura de osso ( ) perda de dente ( ) Outra. Qual: _____
27. O aluno faltou à escola por causa do acidente? ( ) sim ( ) não
28. Se sim, quantos dias a vítima faltou por causa do acidente? ( ) 1-3 dias ( ) 4-5 ( ) 6-10 dias ( ) acima de 10 dias ( ) NSA
29. O responsável faltou ao trabalho para cuidar da criança por causa do acidente? ( ) sim ( ) não ( ) não trabalha
30. Se sim, quantos dias o responsável faltou ao trabalho por causa do acidente? ( ) 1-3 dias ( ) 4-5 ( ) 6-10 dias ( ) acima de 10 dias ( ) NSA

### O QUESTIONÁRIO 3 DEVE SER APLICADO A TODAS OS PARTICIPANTES

#### 3. QUESTIONÁRIO RELATIVO AOS FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES

<b>FATORES AMBIENTAIS</b>
1. Quantas pessoas moram com a criança/adolescente/jovem? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) mais de 7 ( ) NSA
2. Quantas divisões tem a casa (sem contar com a casa de banho)? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) mais de 7 ( ) NSA
3. Material de construção da casa: ( ) alvenaria ( ) madeira ( ) outro _____
4. Local: ( ) centro de zona urbana ( ) periferia de zona urbana ( ) zona rural
<b>QUEDAS</b>
5. Tem escadas na sua casa? ( ) sim ( ) não
6. Se tem escadas, assinale o que tem na escada como proteção (é possível assinalar mais de uma resposta): ( ) corrimão ( ) piso antiderrapante ( ) grades de proteção em cima e em baixo ( ) grades de proteção apenas em baixo ( ) grades de proteção apenas em cima ( ) não há nenhuma proteção ( ) NSA
7. Há presença de objetos (por exemplo: brinquedos, sapatos, mochila, materiais de limpeza, vasos de plantas, entre outros) nas escadas? ( ) sim ( ) não ( ) NSA
8. Há presença de móveis sob as janelas: ( ) sim ( ) não
9. Há janelas com redes ou grades de proteção: ( ) sim, em todas ( ) apenas em algumas ( ) não, em nenhuma
10. A criança, adolescente ou jovem costuma subir às árvores para brincar? ( ) sim ( ) não
11. Há presença de pisos desnivelados, irregulares ou escorregadios? ( ) sim ( ) não
12. Com que frequência há presença de objetos e/ou brinquedos espalhados pelo chão: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
13. Possui alguma rede de descanso, armada a cerca de 1,0 a 1,5 m de altura? ( ) sim ( ) não
14. Com que frequência algum piso da casa fica molhado: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca

15. Possui tapetes soltos no ambiente da casa: ( ) sim ( ) não ( ) não uso tapetes
16. Quando a criança/adolescente/jovem era lactente/ <i>toddler</i> , costumava usar andador? ( ) sim ( ) não ( ) NSA
17. Costuma deixar a criança sozinha na cama/sofá/trocador? ( ) sim ( ) não ( ) NSA
18. Ao brincar com patins, bicicleta, skate, a criança/adolescente/jovem costuma usar os equipamentos de segurança como capacete, cotoveleira e joelheira? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
<b>FORÇAS INANIMADAS</b>
19. Faz uso de protetores de porta para impedir que a mesma se feche abruptamente (IMAGEM 3)? ( ) sim ( ) não ( ) não conheço este produto
20. Faz uso de protetores de esquina/cantoneira para móveis (IMAGEM 4)? ( ) sim ( ) não ( ) não conheço este produto
21. Portão elétrico com presença de sensores que paralisam o encerramento ou abertura, ao detetar qualquer tipo de presença? ( ) sim ( ) não ( ) não tem portão elétrico.
22. Portão de correr sem ser elétrico: ( ) com travão de segurança que impeça que o mesmo caia sobre a pessoa ( ) sem travão de segurança ( ) Não tenho este portão
23. Os brinquedos em uso possuem peças pequenas que se desprendem? ( ) sim ( ) não
24. Com que frequência os brinquedos e/ou controles remotos (TV/DVD/ar condicionado, entre outros) possuem o compartimento da pilha/bateria aparafusado? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
25. Tem ventoinha com hélice exposta: ( ) sim ( ) não
26. Possui cerca de arame farpado? ( ) sim ( ) não
27. Possui arma de fogo em casa: ( ) sim, tenho porte ( ) sim, não tenho porte ( ) não Se sim, onde esta guardada? _____
28. Deixa objetos pesados e de vidro em cima da mesa com toalha/forro? ( ) sim ( ) não
29. Com que frequência costuma deixar moedas em cima da mesa, cómodas ou outros locais visíveis e de fácil acesso? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
30. Na casa, onde são guardados os objetos cortantes como facas/tesouras? ( ) em gavetas sem fecho ( ) em gavetas com fecho ( ) locais altos e abertos ( ) em locais altos fechados ( ) em locais baixos abertos ( ) em locais baixos fechados
<b>CHOQUE ELÉTRICO E QUEIMADURA</b>
31. Utiliza protetores de tomada (IMAGEM 5)? ( ) sim, em todas as tomadas ( ) sim, apenas em tomadas baixas ( ) não uso em nenhuma tomada ( ) não conheço este produto
32. Com que frequência faz uso de adaptadores “T” para ligar vários aparelhos numa única tomada? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
33. Faz uso de aparelhos elétricos sem plug (IMAGEM 6) de conexão na tomada: ( ) sim ( ) não
34. Há presença de tomadas, interruptores, cabos elétricos com fios expostos: ( ) sim ( ) não
35. Possui cerca elétrica na residência? ( ) sim ( ) não
36. A criança/adolescente/jovem costuma lançar papagaios na rua (próximo a cabos elétricos)? ( ) sim ( ) não
37. Na sua casa, há presença de alarme para prevenção de incêndios? ( ) sim ( ) não
38. Há fósforos e isqueiros ao alcance: ( ) sim ( ) não
39. Com que frequência costuma realizar atividades com chamas (como por exemplo, acender churrasqueira, queimar colmeias, acender velas, queimar lixo) na frente da criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
40. Que tipo de acesso tem a criança/adolescente/jovem, à cozinha: ( ) Não tem acesso ( ) Tem acesso livre ( ) quando acompanhados por adultos, apenas enquanto não se prepara alimentos ( ) acompanhadas por adultos, enquanto se prepara alimentos
41. A criança/adolescente/jovem utiliza o fogão? ( ) sim ( ) não
42. Como deixa as panelas em cima do fogão? ( ) cabo virado para dentro ( ) cabo para fora ( ) cabo de lado
43. Com que frequência deixa panelas ou recipientes com alimentos quentes em cima da mesa com

toalha/forro, que pode ser puxado pela criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
44. Com que frequência deixa carregadores de telemóvel/outros carregadores ligados à tomada sem estarem a ser utilizados? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
<b>INTOXICAÇÃO</b>
45. Onde armazena os produtos de limpeza como desinfetante, sabão e lixívia? ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) outro local . Qual: _____
46. Guarda produtos de limpeza em embalagens de alimentos (como garrafas de refrigerante, embalagens de gelado)? ( ) sim ( ) não
47. Onde guarda venenos? ( ) não tenho ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) outro local . Qual: _____
48. Onde coloca os produtos de higiene pessoal como champô e cremes para cabelo? ( ) penteadeiras ( ) em cima do lavatório ( ) guarda-roupa ( ) no chão da casa de banho ( ) em armários fechados ( ) em armários abertos ( ) em suporte próprio na casa de banho ( ) outro local . Qual: _____
49. Tem <i>stock</i> de medicação em casa que não está em uso? ( ) sim ( ) não
50. Se sim, onde são guardados os medicamentos? ( ) armários fechados ( ) em cima do frigorífico ( ) no guarda-roupa ( ) gavetas ( ) outro local. Qual? _____
51. Com que frequência há presença de medicamentos que estão em uso contínuo, em locais de fácil acesso como em cima da mesa, cama, sofá ou caixas em locais acessíveis: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
52. Ao medicar uma criança ou adolescente costuma usar frases iguais ou parecidas com estas: “vais ficar forte”, “é bom, é doce, sabe a rebuçado”, “Toma para ficares bom”: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) sim, através de sinais/língua gestual ( ) NSA
53. Quanto às plantas cultivadas em casa: ( ) Tenho plantas, mas não sei quais são venenosas ( ) Tenho plantas, mas sei que nenhuma é venenosa ( ) Tenho plantas venenosas em casa ( ) Não tenho plantas em casa
54. Onde guarda produtos voláteis (como álcool, petróleo, gasolina) no ambiente domiciliário? ( ) não tenho estes produtos em casa ( ) em armários altos ( ) em armários baixos ( ) em locais abertos e de fácil acesso ( ) no chão ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) Outro. Qual? _____
55. Com que frequência utiliza soda cáustica em casa? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
56. Se sim, onde guarda a soda cáustica? ( ) em armários fechados ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) outro local ( ) uso o necessário e não armazeno em casa ( ) prateleiras abertas ( ) NSA
<b>AFOGAMENTO E OUTROS RISCOS À RESPIRAÇÃO</b>
57. Há sacos de plástico acessíveis? ( ) sim ( ) não
58. Utiliza pó de talco: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
59. Com que frequência há presença de baldes/bacias com água no chão? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
60. Se tem piscina, esta tem proteção? (..) sim ( ) não ( ) não há piscina
61. Há presença de poço aberto: ( ) sim ( ) não
62. Com que frequência costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem na piscina, bacia, banheira, tanque, rio? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
63. Costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem durante o banho de chuveiro? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) não há necessidade

<b>FORÇAS ANIMADAS</b>
64. Há presença de montes de lenha/telhas/tijolo/entulho, no quintal ou pátio do prédio: ( ) sim ( ) não
65. Com que frequência há presença de relva ou mato no quintal/pátio do prédio? (s) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
66. Cães e/ou gatos no ambiente doméstico: ( ) não tenho ( ) tenho, mas não foram vacinados no último ano ( ) tenho e foram vacinados no último ano
67. Com que frequência a criança/adolescente/jovem costuma aproximar-se de animais estranhos na rua ou na casa de outras pessoas? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
68. Há presença de roedores (ratos) no ambiente domiciliar? ( ) sim ( ) não
<b>TRANSPORTE</b>
69. Quando a criança era menor de 7 anos, andou à pendura de moto/motocicleta? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
70. Como passageiro de motociclista a criança/adolescente/jovem costuma usar capacete? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
71. Quando a criança era menor de 12 anos (ou menor do que 135 cm), andou no carro, no banco da frente? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
72. Como passageiro de carro a criança/adolescente/jovem costuma usar cinto de segurança? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
73. Se a criança tem menos de 7 anos ou é mais velha mas tem necessidade de usar cadeira de transporte, utiliza cadeira apropriada de acordo com a idade e condição física? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
74. Após estacionar, a criança/adolescente/jovem costuma sair do carro sozinha? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
75. Costuma travar as portas do carro ao transportar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
76. A criança/adolescente/jovem tem o hábito de atravessar na passadeira? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
77. A criança/adolescente/jovem costuma atravessar a rua com sinal verde para os carros? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
78. A criança/adolescente/jovem anda desacompanhada na rua? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
<b>COMPORTAMENTO</b>
79. Com que frequência a criança/adolescente/jovem realiza afazeres domésticos? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) não é capaz de fazer
80. Com que frequência a criança/adolescente/jovem fica sob cuidados de outras crianças/adolescentes? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NSA
81. Com que frequência o cuidador faz atividades domésticas enquanto está a supervisionar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
82. Com que frequência o cuidador utiliza o telefone para conversar, mandar mensagem ou aceder à Internet e redes sociais, enquanto esta a supervisionar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) Não sabe informar
<b>FATORES DE PROTEÇÃO</b>
83. A criança/adolescente/jovem tem acesso a que tipo de serviços de saúde? ( ) SNS ( ) seguro de saúde ( ) particular
84. Como avalia o acesso aos serviços de saúde? ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) mau ( ) péssimo
85. Tem acesso a uma rede de apoio religioso (Exemplo: igrejas, lar espírita e templos)? ( ) sim ( ) não
86. Tem acesso à rede de apoio social? ( ) sim ( ) não

87. Qual a sua principal prioridade em relação à criança/adolescente/jovem? ( ) saúde ( ) educação ( ) moradia ( ) lazer ( ) segurança
88. Em sua opinião, um acidente é um evento que pode ser evitado? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
89. Para si, os hábitos e estilos de vida favorecem a ocorrência de acidentes? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
90. Tem medo que a sua criança/adolescente/jovem sofra algum acidente? ( ) sim ( ) não
91. Acha que a alteração de funcionalidade (deficiência) da sua criança/adolescente/jovem é um fator de risco para a ocorrência de algum acidente? ( ) sim ( ) não
92. Se sim, em sua opinião para qual acidente tem maior risco? ( ) atropelamento ( ) quedas ( ) queimaduras ( ) asfixia/afogamento ( ) intoxicação ( ) choque ( ) forças animadas ( ) forças inanimadas ( ) Outro. Qual: _____
93. Já recebeu informação sobre prevenção de acidentes? ( ) sim ( ) não
94. Onde recebeu informação? ( ) serviço de saúde ( ) escola ( ) comunidade ( ) TV ( ) revista ( ) Internet ( ) NSA ( ) outro local. Qual: _____
95. Como avalia a informação? ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) má ( ) péssima ( ) NSA
96. A criança/adolescente/jovem já recebeu alguma informação sobre prevenção de acidentes de acordo com o nível de compreensão da mesma? ( ) sim. Local: _____ ( ) não ( ) não sabe informar
97. Conhece ou já ouviu falar sobre alguma política sobre prevenção de acidentes? ( ) sim ( ) não
98. Deseja promover ambientes seguros através da prevenção de acidentes: ( ) sim ( ) não ( ) indiferente
99. Tem interesse em participar de palestras/atividades sobre prevenção de acidentes que serão desenvolvidas na escola? ( ) sim ( ) não
100. Qual o período de preferência? ( ) matutino ( ) vespertino ( ) noturno
<b>VARIÁVEIS QUANTO ÀS VULNERABILIDADES DO CUIDADOR/FAMÍLIA</b>
101. Maternidade na adolescência: ( ) sim a própria mãe do aluno ( ) sim outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
102. Paternidade na adolescência: ( ) sim o próprio pai do aluno ( ) sim outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
103. Pai não registrou o filho: ( ) sim o próprio pai do aluno ( ) sim outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
104. Quais as atividades que o cuidador principal realiza (é possível assinalar mais do que uma resposta/avaliar sobrecarga do papel do cuidador)? ( ) Trabalha fora de casa ( ) Estuda ( ) Cuida dos afazeres domésticos ( ) É responsável pelos cuidados à criança/adolescente/jovem com alteração de funcionalidade ( ) responsável pela preparação das refeições da família ( ) Outros. Quais? _____
105. Há presença de depressão/doença mental na família: ( ) sim, o próprio responsável pelo aluno ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
106. Há consumo de álcool? ( ) sim, o próprio responsável pelo aluno ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
107. Há consumo de drogas? ( ) sim, o próprio responsável pelo aluno ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe
108. Há conflitos familiares? ( ) sim o próprio responsável pelo aluno ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe
109. Há conflitos com a Lei: ( ) sim, o próprio responsável pelo aluno ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM  
ENFERMAGEM



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS  
PESQUISA: ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM ALTERAÇÕES DE  
FUNCIONALIDADE

APÊNDICE 16- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO GERAL DO QUESTIONÁRIO –  
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (PORTUGAL) com base no instrumento de avaliação geral  
para adaptação cultural do DISABKIDS ® para o Brasil (FEGADOLLI, 2008)

<b>APARÊNCIA</b>
1. O que você achou das questões em geral? ( )Muito bom ( )bom ( )Regular ( )ruim Sugestões: _____
2. No questionário colocamos algumas perguntas com recursos visuais (imagens que estão no final no questionário e serão mostradas para o responsável ao fazer a pergunta). O que você achou deste recurso? ( )Muito bom ( )bom ( )Regular ( )ruim Sugestões: _____
3. O que você achou da aparência do questionário? ( )Muito bom ( )bom ( )Regular ( )ruim Sugestões: _____
4. Os itens do questionário estão agrupados de forma adequada? ( )sim ( )em parte ( )Não Sugestões: _____
<b>COMPREENSÃO</b>
5. As questões são objetivas e claras? ( )sim ( )em parte ( )não Sugestões: _____
6. As alternativas são coerentes? ( )sim ( )em parte ( )não Sugestões: _____
7. Existe alguma questão que queira reescrever de outra forma? ( )sim ( )não Se sim, qual e por quê? _____
<b>RELEVÂNCIA</b>
8. Existe uma questão que queira excluir do instrumento por considerar irrelevante? ( )sim ( )não Se sim, qual e por quê? _____
9. Existe uma questão que queira acrescentar no instrumento por considerar relevante? ( )sim ( )não Por favor, escreva a questão e as alternativas. _____



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM ENFERMAGEM



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS  
PESQUISA: ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM ALTERAÇÕES DE FUNCIONALIDADE

APÊNDICE 17- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ESPECÍFICA DO QUESTIONÁRIO – ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (PORTUGAL)  
com base no instrumento de avaliação geral para adaptação cultural do DISABKIDS® para o Brasil (FEGADOLLI, 2008)

1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

PERGUNTA E OPÇÕES DE RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO	VOCÊ CONSIDERA ESTA QUESTÃO RELEVANTE PARA O ESTUDO?		VOCÊ TEVE DIFICULDADE PARA ENTENDER A PERGUNTA E AS OPÇÕES DE RESPOSTA?		ACHA NECESSÁRIO MODIFICAR A FORMA DE PERGUNTAR OU AS OPÇÕES DE RESPOSTA? SE SIM, DE QUE FORMA FICARIA MELHOR?	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
<b>DADOS PARA O PESQUISADOR</b>						
1. Número da entrevista						
2. Responsável pela entrevista						
3. Data da entrevista: ____/____/____						
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL</b>						
4. Nome:						
5. Sexo:						
6. Idade do responsável:						
7. Relação com a criança/adolescente/jovem: ( )Pai ( )Mãe ( )tia/tio ( )avó ( )avô ( ) irmão/irmã ( ) primo/prima ( ) cuidador de instituição ( ) pais adotivo ( ) mãe adotiva ( ) outro.						

Qual _____					
8. Raça ou cor: ( )branca ( )preta ( )parda ( )amarela ( ) indígena					
9. Renda familiar: ( ) ate ½ SM/ menor de R\$ 468,5 ( ) ½ a 1 SM/ R\$ 468,5- R\$ 937,0 ( )1 a 2 SM/ R\$937,0- R\$ 1874,0 ( )2 a 3 SM/ R\$ 1874,0- R\$ 2811,0 ( ) 3 a 5 SM/ R\$ 2811,0- R\$ 4685,0 ( )5 a 10 SM/ R\$ 4685,0- R\$ 9370,0 ( )10 a 20 SM/ R\$ 9370,0- R\$ 18.740,0 ( )acima de 20 SM/ acima de R\$18.740,0 ( ) NSA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado] (O valor do SM atualizado para 2017 é de R\$937,00)					
10. A criança/ adolescente/ jovem recebe algum provento do INSS em decorrência de sua alteração de funcionalidade? ( )sim ( )não					
11. Se sim. Está é a principal fonte de renda da família? ( )sim ( )não ( )NSA					
12. Quantos anos de estudo você tem? _____					
13. Traduzindo os anos de estudo para o sistema de ensino atual, qual sua escolaridade?: ( )sem estudo ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( )ensino médio incompleto ( )ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( )ensino superior completo ( )curso técnico incompleto ( )curso técnico completo ( )especialização ( )mestrado ( )doutorado					
14. Estado civil: ( )solteiro ( )casado ( )união estável ( )separado ( ) divorciado ( )viúvo ( ) NSA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado]					
<b>DADOS DO ALUNO</b>					
15. Nome:					
16. Idade em anos:					
17. Idade em grupo etário: ( )0 a 4 ( )5 a 9 ( )10 a 14 ( )15 a 19 ( )20 a 24					
18. Sexo:					
19. Raça ou cor: ( )branca ( )preta ( )parda ( )amarela ( ) indígena					
20. Endereço:					
21. Cidade:					
23. Em qual instituição de ensino está matriculado: _____					
24. Posição na família: ( )1º filho ( )2º filho ( )3º filho ( )4º filho ( )acima de 5 filhos ( )filho único ( )IGN					
25. Possui qual das seguintes alterações de funcionalidade: ( )alterações de funções auditivas ( )alterações de funções visuais ( )alterações de funções físicas ( )alterações de funções intelectuais ( )múltiplas alterações de funcionalidade					
26. Se múltipla quais: _____					
27. Se conhecimento do código da CID-10 do aluno, qual?					
28. Sofreu algum acidente (evento não intencional e evitável) no último ano (12 meses): SIM/ NÃO					

## 2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AO ACIDENTE

PERGUNTA E OPÇÕES DE RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO	VOCÊ CONSIDERA ESTA QUESTÃO RELEVANTE PARA O ESTUDO?		VOCÊ TEVE DIFICULDADE PARA ENTENDER A PERGUNTA E AS OPÇÕES DE RESPOSTA?		ACHA NECESSÁRIO MODIFICAR A FORMA DE PERGUNTAR OU AS OPÇÕES DE RESPOSTA? SE SIM, DE QUE FORMA FICARIA MELHOR?
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
<b>DADOS DO ACIDENTE</b>					
1. Quantos acidentes o aluno sofreu no último ano:					
<b>INFORMAÇÕES DO ÚLTIMO ACIDENTE</b>					
2. O acidente ocorreu em ambiente <input type="checkbox"/> domiciliar <input type="checkbox"/> extradomiciliar					
3. Local do acidente: <input type="checkbox"/> residência familiar do tipo casa <input type="checkbox"/> residência familiar do tipo apartamento <input type="checkbox"/> instituição (orfanatos e abrigos) <input type="checkbox"/> escola e instituições <input type="checkbox"/> área para prática de esportes <input type="checkbox"/> rua e estrada <input type="checkbox"/> áreas de comércio e de serviços <input type="checkbox"/> fazenda e sítio <input type="checkbox"/> outros. Qual: _____					
4. Dia da semana: <input type="checkbox"/> segunda <input type="checkbox"/> terça <input type="checkbox"/> quarta <input type="checkbox"/> quinta <input type="checkbox"/> sexta <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo <input type="checkbox"/> não lembra					
5. Mês de ocorrência: <input type="checkbox"/> Janeiro <input type="checkbox"/> Fevereiro <input type="checkbox"/> Março <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Maio <input type="checkbox"/> Junho <input type="checkbox"/> Julho <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Setembro <input type="checkbox"/> Outubro <input type="checkbox"/> Novembro <input type="checkbox"/> Dezembro <input type="checkbox"/> não lembra					
6. Período em que ocorreu o acidente: <input type="checkbox"/> matutino <input type="checkbox"/> vespertino <input type="checkbox"/> noturno <input type="checkbox"/> não lembra					
7. Com quem a criança estava na hora do acidente? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> avôs <input type="checkbox"/> tios <input type="checkbox"/> baba <input type="checkbox"/> Professora <input type="checkbox"/> outra criança menor de 12 anos <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> cuidadora de instituição <input type="checkbox"/> outros. Qual: _____					
8. O que o cuidador responsável estava fazendo na hora do acidente? <input type="checkbox"/> afazeres domésticos <input type="checkbox"/> estudando <input type="checkbox"/> trabalhando <input type="checkbox"/> cuidando de outras crianças <input type="checkbox"/> acessando redes sociais/internet <input type="checkbox"/> conversando no telefone <input type="checkbox"/> preparando refeição <input type="checkbox"/> assistindo TV <input type="checkbox"/> Outra atividade. Qual: _____					
9. TIPO DE ACIDENTE segundo capítulo XX da CID - circunstâncias) – <b>GRUPOS DE CAUSAS</b> <input type="checkbox"/> V01 a V99 - acidentes de transporte <input type="checkbox"/> W00 a W19 - quedas					

<input type="checkbox"/> W20 a W49 - exposição a forças mecânicas inanimadas <input type="checkbox"/> W50 a W64 - exposição a forças mecânicas animadas <input type="checkbox"/> W65 a W74 - afogamento e submersão <input type="checkbox"/> W75 a W84 - outros riscos acidentais à respiração <input type="checkbox"/> W85 a W99 – exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas e pressões <input type="checkbox"/> X00 a X09 - exposição à fumaça, ao fogo e às chamas <input type="checkbox"/> X10 a X19 – contato com fonte de calor e substâncias quentes <input type="checkbox"/> X20 a X29 – contato com animais e plantas venenosas <input type="checkbox"/> X30 a X39 - exposição as forças da natureza <input type="checkbox"/> X40 a X49 - envenenamento (intoxicação) acidental - exposição a substâncias nocivas <input type="checkbox"/> X50 a X57 - excesso de esforços, viagens e privações <input type="checkbox"/> X58 a X59 - exposição acidental a outros fatores e não especificados <input type="checkbox"/> Y10 a Y34 – eventos cuja intenção é indeterminada					
10. Qual o tipo de acidente sofrido? (capítulo XX CID - circunstâncias) – segundo o <b>SUBGRUPOS DE CAUSAS (anexo 1)</b>					
11. Relato breve do responsável sobre como ocorreu o acidente:					
12. <b>Se introdução de corpo estranho em orifício natural.</b> O que foi introduzido? <input type="checkbox"/> pedaço de brinquedo <input type="checkbox"/> pedaço de material escolar (borracha, caneta, lápis, etc) <input type="checkbox"/> pilhas ou baterias <input type="checkbox"/> grãos ou sementes <input type="checkbox"/> doces, balas ou pirulitos <input type="checkbox"/> insetos, animais ou parte de animais <input type="checkbox"/> outro. Qual: _____ <input type="checkbox"/> NSA					
13. <b>Se queimadura</b> , qual grau de queimadura: <input type="checkbox"/> 1º grau - Espessura superficial/ Queimadura solar/ Afeta somente epiderme, sem formar bolhas/ Provoca vermelhidão, dor, edema, descama 4-6 dias <input type="checkbox"/> 2º grau - Comprometimento da epiderme e derme/Dor mais intensa. Normalmente aparecem bolhas no local ou desprendimento total ou parcial da pele afetada/ A recuperação dos tecidos é mais lenta e podem deixar cicatrizes e manchas claras ou escuras. <input type="checkbox"/> 3º grau- Destruição de todas as camadas da pele/ Indolor/ Placa esbranquiçada ou enegrecida/menor gravidade/Deixa cicatriz. <input type="checkbox"/> NSA					
14. <b>Se queimadura</b> , qual foi a extensão e a gravidade da queimadura (utilizando a regra dos 9% assinalar alternativa de acordo com a imagem (IMAGEM 1))? <input type="checkbox"/> Baixa : menos de 15% da superfície corporal atingida <input type="checkbox"/> Média : entre 15 e menos de 40% da pele coberta <input type="checkbox"/> Alta : mais de 40% do corpo queimado.					

<input type="checkbox"/> NSA					
15. <b>Se intoxicação</b> , qual foi a substância ingerida: <input type="checkbox"/> produtos de limpeza <input type="checkbox"/> produtos de higiene pessoal <input type="checkbox"/> pesticidas <input type="checkbox"/> plantas tóxicas <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Outra. Qual: _____					
16. Quem fez o primeiro atendimento: <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> tio/tia <input type="checkbox"/> avó/avô <input type="checkbox"/> cuidador da instituição <input type="checkbox"/> profissional de saúde em unidade de saúde <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> vizinhos/amigos <input type="checkbox"/> outros familiares <input type="checkbox"/> outros. Quem: _____					
17. Como foi realizado o primeiro atendimento, o que foi feito (breve relato):					
18. Qual parte do corpo foi atingida (Segundo código da CID 10) e escreva ao lado o tipo de lesão que ocorreu: <input type="checkbox"/> S00 - S09 - traumatismo da cabeça_ <input type="checkbox"/> S10 - S19 - traumatismo do pescoço_ <input type="checkbox"/> S20 - S29 - traumatismo do tórax_____ <input type="checkbox"/> S30 - S39 - traumatismo do abdômen, dorso, coluna lombar e pelve <input type="checkbox"/> S40 - S69 - traumatismo de MMSS (ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão)_ <input type="checkbox"/> S70 - S99 - traumatismo de MMII (quadril, coxa, joelho, perna, tornozelo, pé) <input type="checkbox"/> T00 - T07 - traumatismo em múltiplas regiões do corpo <input type="checkbox"/> T08 - T14 - traumatismo não especificada <input type="checkbox"/> T15 - T19 - corpo estranho (olho, ouvido, trato respiratório, aparelho digestivo, trato geniturinário)____ <input type="checkbox"/> T20 - T25 - queimadura e corrosão cabeça, pescoço, tronco, MMSS, MMII <input type="checkbox"/> T26 - T28 - queimadura e corrosão do/no olho, trato respiratório, órgãos internos__ <input type="checkbox"/> T29 - T32 - queimadura e corrosão em múltiplas regiões do corpo <input type="checkbox"/> T33 - T35 - geladuras <input type="checkbox"/> T36 - T50 - intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológica <input type="checkbox"/> T51 - T65 - efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal <input type="checkbox"/> T66 - T78 - outros efeitos de causas externas e os não especificados					
19. O acidente precisou de atendimento hospitalar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
20. Se internado qual o tempo de internação: _____ <input type="checkbox"/> NSA					
21. Houve algum gasto financeiro (com, por exemplo, gastos com medicação, exames, atendimento hospitalar e reabilitação) em decorrência do acidente: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
22. O acidente causou sofrimento emocional para família: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NSA					
23. O acidente causou sofrimento emocional para vítima? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
24. O acidente causou dor física na vítima: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
25. Aponte para a dor que o aluno sentiu de acordo com ESCALA VISUAL ANALÓGICA -					

EVA (IMAGEM 2) ( )sem dor ( ) dor ligeira ( ) dor moderada ( )dor intensa ( )dor máxima ( )escala assinalada pelo responsável que estava com a vítima ( )escala assinalada pela própria vítima ( )NSA					
26. Consequência física em decorrência do acidente: ( )não teve ( ) cicatriz na pele por corte ou trauma ( )cicatriz por queimadura ( )lesão ou corte ( )hematomas ( )lesão neurológica ( )amputação de membros ( )fratura de osso ( )perda de dente ( )Outra. Qual:					
27. O aluno faltou na escola por conta do acidente? ( )sim ( )não					
28. Se sim. Quantos dias a vítima faltou na escola em decorrência do acidente? ( )nenhum dia ( )1-3 dias ( )4-5 ( )6-10 dias ( )acima de 10 dias ( ) NSA					
29. O responsável faltou no serviço para cuidar da criança, em decorrência do acidente? ( )sim ( )não ( )não trabalha					
30. Se sim. Quantos dias o responsável faltou no trabalho em decorrência do acidente?( )nenhum dia ( )1-3 dias ( )4-5 ( )6-10 dias ( )acima de 10 dias ( ) NSA					

## 2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AOS FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES

PERGUNTA E OPÇÕES DE RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO	VOCÊ CONSIDERA ESTA QUESTÃO RELEVANTE PARA O ESTUDO?		TEVE DIFICULDADE PARA ENTENDER A PERGUNTA E AS OPÇÕES DE RESPOSTA?		ACHA NECESSÁRIO MODIFICAR A FORMA DE PERGUNTAR OU AS OPÇÕES DE RESPOSTA? SE SIM, DE QUE FORMA FICARIA MELHOR?
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
<b>FATORES AMBIENTAIS</b>					
1. Quantas pessoas moram na casa da criança/adolescente/jovem? ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )mais de 7 ( )NSA					
2. Quantos cômodos tem a casa (sem contar banheiro)? ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )mais de 7 ( )NSA					
3. Tipo de moradia: ( )alvenaria ( )madeira ( )palha ( )lona ( )outro_____					
4. Local de moradia: ( )centro de zona urbana ( )periferia de zona urbana ( )favela ( )zona rural					
<b>QUEDAS</b>					
5. Tem escadas na sua casa? ( )sim ( )não					
6. Se tem escadas, assinale o que tem na escada como proteção (é possível assinalar mais de uma resposta): ( )corrimão ( )piso antiderrapante ( )grades de proteção em cima e em baixo ( )grades					

de proteção apenas em baixo ( )grades de proteção apenas em cima ( )não há nenhuma proteção ( )NSA					
7. Há presença de objetos (por exemplo: brinquedos, sapatos, mochila, materiais de limpeza, entre outros) em escadas: ( )sim ( )não ( )NSA					
8. Presença de móveis sob janela: ( )sim ( ) não					
9. Janelas com telas ou grades de proteção: ( )sim, em todas ( )apenas em algumas ( )não, em nenhuma					
10. Criança, adolescente ou jovem costuma subir em árvore para brincar? ( )sim ( )não					
11. Presença de pisos desnivelados, irregulares ou escorregadios? ( )sim ( ) não					
12. Com que frequência há presença de objetos e/ou brinquedos espalhados pelo chão: ( )sempre ( )frequentemente ( ) às vezes ( )raramente ( )nunca					
13. Possui rede de dormir/descanso armada com 1,0 a 1,5 m de altura: ( )sim ( ) não					
14. Com que frequência algum piso da casa fica molhado: ( )sempre ( )frequentemente ( ) às vezes ( )raramente ( )nunca					
15. Possui tapetes soltos no ambiente da casa: ( )sim ( ) não ( ) não uso tapetes					
16. Quando o aluno era lactantes (toddler), costumava usar andador? ( )sim ( ) não ( )NSA					
17. Costuma deixar criança sozinha na cama / sofá / trocador? ( )sim ( ) não ( )NSA					
18. Ao brincar com patins, bicicleta, skyte costuma usar os equipamentos de segurança como capacete, cotoveleira e joelheira? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
<b>FORÇAS INANIMADAS</b>					
19. Faz uso de protetores de porta para impedir que a mesma se feche abruptamente (IMAGEM 3)? ( )sim ( )não ( ) não conheço este produto					
20. Faz uso de protetores de quina/cantoneira para móveis (IMAGEM 4)? ( )sim ( ) não ( ) não conheço este produto					
21. Portão eletrônico com presença de sensores que paralisam o fechamento ou abertura ao detectar qualquer tipo de presença? ( )sim ( ) não ( ) não tem portão eletrônico					
22. Portão de correr sem ser eletrônico: ( )com trava de segurança que impeça que o mesmo caia sobre a pessoa ( )sem trava de segurança ( ) Não tenho este portão					
23. Os brinquedos em uso possuem peças pequenas que se desprendem? ( )sim ( ) não					
24. Com que frequência o brinquedos e/ou controles remotos (TV/DVD/ar condicionado, entre outros) possuem o compartimento da pilha/bateria parafusado? ( )Sempre ( )frequentemente ( ) às vezes ( )raramente ( )nunca					

25. Você tem ventilador com hélice exposta: ( )sim ( )não					
26. Possui cerca de arame farpado? ( )sim ( )não					
27. Possui arma de fogo em casa: ( )sim, tenho porte ( )sim não tenho porte ( )não Se sim. Onde esta guardada? _____					
28. Deixa objetos pesados e de vidro em cima da mesa com toalha/forro? ( ) sim ( )não					
29. Com que frequência costuma deixar moedas em cima da mesa, cômodas ou outros locais visíveis e de fácil acesso? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
30. Na casa onde são guardados os objetos cortantes como facas/tesoura? ( )em gavetas sem tranca ( )em gavetas com tranca ( ) locais altos e sem tranca ( )em locais alto e com tranca ( )em locais baixo e sem tranca ( )em locais baixo com tranca					
<b>CHOQUE ELÉTRICO E QUEIMADURA</b>					
31. Faz uso de protetores de tomada (IMAGEM 5): ( )sim em todas as tomadas ( )sim apenas em tomadas baixas ( )não faço uso em nenhuma tomada ( )não conheço este produto					
32. Com que frequência faz uso de adaptadores “T” “Benjamim” para conectar vários aparelhos em uma única tomada: ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
33. Faz uso de aparelhos elétricos sem plug (IMAGEM 6) de conexão na tomada: ( )sim ( )não					
34. Presença de fios, linhas elétricas, tomadas, interruptores, fiação elétrica exposta: SIM/NÃO					
35. Possui cerca elétrica na residência? ( )sim ( )não					
36. A criança/adolescente/ jovem costuma soltar pipa na rua (próximo a fiação pública)? ( )sim ( )não					
37. Na sua casa há presença de alarme de fumaça para prevenção de incêndios? ( )sim ( )não					
38. Há fósforos e acendedores (isqueiro) ao alcance: ( )sim ( )não					
39. Com que frequência costuma realizar atividades com chamas (como por exemplo, colocar fogo em carrapato, acender churrasqueira, queimar caixa de marimondo, acender velas, colocar fogo no lixo) na frente da criança/adolescente/jovem? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
40. Quando a criança/adolescente/jovem tem acesso à cozinha: ( )Tem acesso livre ( ) apenas acompanhados de adultos enquanto não se prepara alimentos ( )acompanhadas de adultos enquanto os alimentos estão sendo preparados					
41. A Criança/adolescente/jovem utiliza o fogão? ( ) sim ( )não					
42. Como você deixa as panelas em cima do fogão? ( )cabo virado para dentro ( )cabo para fora ( )cabo de lado					
43. Com que frequência deixa panelas ou recipiente com alimentos quentes em cima da mesa com toalha/forro que pode ser puxado pela criança/adolescente/jovem? ( )Sempre (					

<input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca					
44. Com que frequência você deixa carregador de celular/outras carregadores ligados na tomada sem estar sendo utilizados? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca					
<b>INTOXICAÇÃO</b>					
45. Onde você armazena os produtos de limpeza como desinfetante, sabão e água sanitária? <input type="checkbox"/> no chão de algum cômodo da casa <input type="checkbox"/> em armários baixos SEM tranca <input type="checkbox"/> em armários altos SEM TRANCA <input type="checkbox"/> em armários trancados <input type="checkbox"/> prateleiras abertas <input type="checkbox"/> outro local . Qual: _____					
46. Guarda produtos de limpeza em embalagens de alimentos (como garrafas pets e potes de sorvete)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
47. Onde você guarda venenos? <input type="checkbox"/> não tenho <input type="checkbox"/> no chão de algum cômodo da casa <input type="checkbox"/> em armários baixos SEM tranca <input type="checkbox"/> em armários altos SEM TRANCA <input type="checkbox"/> em armários trancados <input type="checkbox"/> prateleiras abertas <input type="checkbox"/> outro local . Qual: _____					
48. Onde você guarda os produtos de higiene pessoal como shampoo e cremes para cabelo: <input type="checkbox"/> penteadeiras <input type="checkbox"/> em cima da pia <input type="checkbox"/> guarda roupa <input type="checkbox"/> no chão do banheiro <input type="checkbox"/> em armários trancados <input type="checkbox"/> em armários destrancados <input type="checkbox"/> em suporte próprio no banheiro <input type="checkbox"/> guarda-roupa <input type="checkbox"/> outro local . Qual: _____					
49. Você tem estoque de medicação em casa que não esta em uso (farmacinha)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
50. Se sim, onde são guardados os medicamentos? <input type="checkbox"/> armários trancados <input type="checkbox"/> em cima da geladeira <input type="checkbox"/> no guarda-roupa <input type="checkbox"/> gavetas <input type="checkbox"/> outro local. Qual? _____					
51. Com que frequência há presença de medicamentos que estão em uso contínuo em locais de fácil acesso como em cima da mesa, cama, sofá ou caixas em locais baixo: <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca					
52. Ao medicar uma criança ou adolescente costuma usar frases iguais ou parecidas com estas: “você vai ficar forte” “é gostoso, é doce” tem gosto de balinha” “Toma para ficar bom” <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> sim através de sinais/libras <input type="checkbox"/> NSA					
53. Quanto às plantas cultivadas em casa? <input type="checkbox"/> Tenho plantas mas não sei quais plantas são venenosas <input type="checkbox"/> Tenho plantas, mas sei que nenhuma é venenosa <input type="checkbox"/> Tenho plantas venenosas em casa <input type="checkbox"/> não tenho plantas em casa					
54. Onde você guarda produtos voláteis (como álcool, querosene, gasolina) no ambiente domiciliar? <input type="checkbox"/> eu não tenho estes produtos em casa <input type="checkbox"/> guardo em armários altos <input type="checkbox"/> em armários baixos <input type="checkbox"/> em locais abertos e de fácil acesso <input type="checkbox"/> no chão <input type="checkbox"/> guardo em armários com tranca <input type="checkbox"/> prateleiras abertas <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____					

55. Com que frequência você faz uso de soda cáustica em casa? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente( )nunca					
56. Se sim, onde você guarda a soda cáustica? ( )em armários com tranca ( )em armários baixos sem tranca ( )em armários altos sem tranca ( )no chão de algum cômodo da casa ( )outro local. ( )uso o necessário e não armazeno em casa ( )prateleiras abertas ( )NSA					
<b>AFOGAMENTO E OUTROS RISCOS À RESPIRAÇÃO</b>					
57. Há sacolas plásticas ao alcance: ( )sim ( )não					
58. Faz uso de talco em pó: ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
59. Com que frequência há presença de baldes/bacias com água no chão?( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
60. Piscina: ( )com proteção ( )sem proteção ( )não há piscina					
61. Presença de cisterna aberta (também chamado de poço artesiano)? ( )sim ( )não					
62. Com que frequência costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem na piscina, balde, tanque, rio? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
63. Costuma supervisionar a criança/ adolescente/ jovem durante o banho de chuveiro?( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )não há necessidade					
<b>FORÇAS ANIMADAS</b>					
64. Presença de montes de lenha/ telhas / tijolo / entulho no quintal ou pátio de prédio: ( )sim ( )não					
65. Com que frequência há presença de grama alta ou mato no quintal/pátio de prédio? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
66. Cachorros e/ou gatos no ambiente doméstico: ( )não tenho ( )tenho mais não foram vacinados no último ano ( )tenho e foram vacinados no último ano					
67. Com que frequência a criança/adolescente/jovem costuma se aproximar de animais estranhos na rua ou na casa de outras pessoas? ( )Sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
68. Há presença de roedores (ratos) no ambiente domiciliar? ( )sim ( ) não					
<b>TRANSPORTE</b>					
69. Quando criança menor de 7 anos, já andou em garupa de moto/motocicleta?( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
70. Como passageiro de motociclista criança/adolescente/jovem costuma usar capacete?( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
71. Quando criança menor de 10 anos, já andou no banco da frente? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					

72. Como passageiro de carro criança/adolescente/jovem costuma usar cinto de segurança?( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
73. Se criança abaixo de 7 anos ou maiores porém com necessidade para uso de cadeira de transporte, utiliza cadeira apropriada de acordo com a idade? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
74. Ao estacionar, a criança/adolescente/jovem costuma sair do carro sozinha? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
75. Costuma travar as portas do carro ao transportar criança/adolescente/jovem? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
76. A criança/adolescente/ jovem tem o hábito de atravessar na faixa de pedestre ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
77. A criança/adolescente/ jovem costuma atravessar a rua com sinal verde para os carros? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
78. A criança/adolescente/jovem anda desacompanhada na rua? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
<b>COMPORTAMENTO</b>					
79. Com que frequência a criança/adolescente/jovem realiza afazeres domésticos? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )não é capaz de fazer					
80. Com que frequência a criança/adolescente e jovem fica sob cuidados de outras crianças/adolescentes? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )NSA					
81. Com que frequência o cuidador faz atividades domésticas enquanto esta supervisionando a criança/adolescente/jovem? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
82. Com que frequência o cuidador utiliza telefone para conversar, mandar mensagem ou acessar internet e redes sociais enquanto esta supervisionando criança/adolescente/jovem? ( )sempre ( ) frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca ( )Não sabe informar					
<b>FATORES DE PROTEÇÃO</b>					
83. A criança/adolescente/jovem tem acesso a que tipo de serviços de saúde: ( )sus ( )plano de saúde ( )particular					
84. Como você avalia o acesso aos serviços de saúde: ( )ótimo ( )bom ( )ruim ( )regular ( )péssimo					
85. Você tem acesso à rede de apoio religioso (Exemplo: igrejas, lar espírita e templos): ( )sim ( )não					
86. Você tem acesso à rede de apoio social? ( )sim ( )não					
87. Qual a sua principal prioridade em relação ao filho?( ) saúde ( )educação ( )moradia ( )lazer					

( )segurança					
88. Em sua opinião, o acidente é um evento que pode ser evitado? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
89. Para você, os hábitos e estilo de vida favorecem a ocorrência de acidente? ( )sempre ( )frequentemente ( )às vezes ( )raramente ( )nunca					
90. Você tem medo de que sua criança/adolescente/jovem sofra algum acidente? ( )sim ( )não					
91. Você acha que a alteração de funcionalidade (deficiência) da sua criança/adolescente/jovem é um fator de risco para a ocorrência de algum acidente? ( )sim ( )não					
92. Se sim, em sua opinião para qual acidente tem maior risco? ( )atropelamento ( )quedas ( )queimaduras ( )asfixia/afogamento ( )intoxicação ( )choque ( )forças animadas ( )forças inanimadas ( )Outro. Qual:_____					
93. Já recebeu informação sobre prevenção de acidente?( )sim ( )não					
94. Onde recebeu informação? ( )serviço de saúde ( )escola ( )comunidade ( )TV ( )revista ( )internet ( )NSA ( )outro local Qual:_____					
95. Como você avalia a informação? ( )ótima ( )boa ( )regular ( )ruim ( )péssima ( )NSA					
96. A criança/adolescente/jovem já recebeu alguma informação sobre prevenção de acidentes de acordo com o nível de compreensão da mesma ? ( )sim. Local:__ ____ ( )não ( )não sabe informar					
97. Você conhece ou já ouviu falar sobre alguma política sobre prevenção de acidentes? ( )sim ( )não					
98. Você deseja promover ambientes seguros através da prevenção de acidentes: ( )sim ( )não ( )indiferente					
99. Tem interesse em participar de palestras/atividades sobre prevenção de acidentes que serão desenvolvidas na escola? ( )sim ( )não					
100. Qual período de preferência? ( )matutino ( )vespertino ( )noturno					
<b>VARIÁVEIS QUANTO ÀS VULNERABILIDADES DO CUIDADOR/FAMÍLIA</b>					
101. Maternidade na adolescência: ( )sim a própria mãe do aluno ( )sim outro familiar ( )não ( )não sabe referir					
102. Paternidade na adolescência: ( )sim o próprio pai do aluno ( )sim outro familiar ( )não ( )não sabe referir					
103. Pai não registrou o filho: ( )sim o próprio pai do aluno ( )sim outro familiar ( )não ( )não sabe referir					
104. Quais atividades o cuidador principal realiza (é possível assinalar mais de uma resposta/					

avaliar sobrecarga do papel do cuidador): <input type="checkbox"/> Trabalha fora de casa <input type="checkbox"/> Estuda <input type="checkbox"/> Cuida dos afazeres domésticos <input type="checkbox"/> É responsável pelos cuidados com a criança/ adolescente/jovem com alteração de funcionalidade <input type="checkbox"/> responsável pelo preparo da alimentação da família <input type="checkbox"/> Outros Quais? _____					
105. Presença de depressão/sofrimento mental na família: <input type="checkbox"/> sim o próprio responsável pelo aluno <input type="checkbox"/> sim outro familiar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe referir					
106. Consumo de álcool: <input type="checkbox"/> sim o próprio responsável pelo aluno <input type="checkbox"/> sim outro familiar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe referir					
107. Consumo de drogas ilícitas: <input type="checkbox"/> sim o próprio responsável pelo aluno <input type="checkbox"/> sim outro familiar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe					
108. Há conflitos familiares? <input type="checkbox"/> sim o próprio responsável pelo aluno <input type="checkbox"/> sim outro familiar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe					
109. Há conflitos com a Lei: <input type="checkbox"/> sim o próprio responsável pelo aluno <input type="checkbox"/> sim outro familiar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe					



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM  
ENFERMAGEM



**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**  
**PESQUISA: ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM ALTERAÇÕES DE**  
**FUNCIONALIDADE**

**LEGENDA:**

NA: não aplicável; SMN: salário mínimo nacional; NS: não sabe

**APÊNDICE 18- VERSÃO FINAL DO QUESTIONÁRIO ADAPTADO PARA A REALIDADE**  
**PORTUGUESA**

**O questionário 1 deve ser aplicado a todos os participantes.**

**1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

<b>DADOS PARA O PESQUISADOR</b>	
1. Número da entrevista: _____	
2. Responsável pela entrevista: _____	3. Data da entrevista: ____/____/____
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL</b>	
4. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino	
5. Idade do responsável: _____	
6. Relação com a criança/adolescente/jovem: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) tia/tio ( ) avó ( ) avô ( ) irmão/irmã ( ) primo/prima ( ) cuidador de instituição ( ) pai adotivo ( ) mãe adotiva ( ) outro. Qual _____	
7. Raça: ( ) branca ( ) negra ( ) amarela ( ) vermelha ( ) Mestiço	
8. Rendimento familiar: ( ) até ½ SMN: 290,€ ( ) ½ a 1 SMN: 291,€ a 580€ ( ) 1 a 2 SM/ 581€ - 1.160€ ( ) 2 a 3 SM/ 1.161€ - 1.740€ ( ) 3 a 5 SM/ 1.741€ - 2.900€ ( ) 5 a 10 SM/ 2.901€ - 5.800€ ( ) 10 a 20 SM/ 5.801€ - 11.600€ ( ) acima de 20 SM/ acima de - 11.601€ ( ) NA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado](O valor do SMN atualizado para 2017 é de 580€)	
9. A criança/adolescente/jovem recebe algum subsídio da Segurança Social, em virtude da sua deficiência?( ) sim ( ) não	
10. Se sim, esta é a principal fonte de rendimento da família? ( ) sim ( ) não ( ) NA	
11. Quantos anos de escolaridade tem o responsável? _____	
12. Habilitações académicas: ( ) sem estudos ( ) 1º ciclo do ensino básico ( ) 2º ciclo do ensino básico ( ) 3º ciclo do ensino básico ( ) ensino secundário ( ) ensino pós secundário não superior ( ) Licenciatura ( ) Mestrado ( ) Doutoramento	
13. Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo ( ) NA [em caso de criança/adolescente/jovem institucionalizado]. Outras situações: ( ) união de facto ( ) separado	
<b>DADOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE/JOVEM</b>	
14. Idade: _____	
15. Sexo: _____	16. Raça: ( ) branca ( ) negra ( ) amarela ( ) vermelha ( ) Mestiço
17. Localidade: _____	
18. Em qual instituição de ensino está matriculado: _____	
19. Posição na família: ( ) 1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho ( ) 4º filho ( ) acima de 4º filhos ( ) filho único ( ) NS	
20. Apresenta qual das seguintes alterações de funcionalidade: ( ) auditivas ( ) visuais ( ) físicas ( ) intelectuais ( ) múltiplas	
21. Se múltiplas, quais? _____	
22. Se conhecimento do código da CID-10 da criança/adolescente/jovem, qual?	
23. Sofreu algum acidente (evento não intencional e evitável) no último ano (12 meses)? ( ) SIM ( ) NÃO	

O questionário 2 só deve ser aplicado para os participantes cuja resposta da pergunta 23 (questionário 1) for SIM.

## 2. QUESTIONÁRIO REFERENTE AO ACIDENTE

DADOS DO ACIDENTE
1. Quantos acidentes a criança/adolescente/jovem sofreu no último ano?
INFORMAÇÕES DO ÚLTIMO ACIDENTE
2. O acidente ocorreu em ambiente: <input type="checkbox"/> domiciliar <input type="checkbox"/> extradomiciliar
3. Local do acidente domiciliar: <input type="checkbox"/> moradia <input type="checkbox"/> apartamento <input type="checkbox"/> instituição. Local do acidente extradomiciliar: <input type="checkbox"/> Instituição educativa <input type="checkbox"/> Parques de lazer ou desportivos <input type="checkbox"/> rua e estrada <input type="checkbox"/> áreas de comércio e de serviços <input type="checkbox"/> Quinta ou área rural <input type="checkbox"/> outros. Qual: _____
4. Dia da semana: <input type="checkbox"/> segunda <input type="checkbox"/> terça <input type="checkbox"/> quarta <input type="checkbox"/> quinta <input type="checkbox"/> sexta <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> domingo <input type="checkbox"/> não se lembra
5. Mês de ocorrência: <input type="checkbox"/> Janeiro <input type="checkbox"/> Fevereiro <input type="checkbox"/> Março <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Maio <input type="checkbox"/> Junho <input type="checkbox"/> Julho <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Setembro <input type="checkbox"/> Outubro <input type="checkbox"/> Novembro <input type="checkbox"/> Dezembro <input type="checkbox"/> não se lembra
6. Período em que ocorreu o acidente: <input type="checkbox"/> de manhã <input type="checkbox"/> de tarde <input type="checkbox"/> de noite <input type="checkbox"/> não se lembra
7. Com quem estava a criança no momento do acidente? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> avós <input type="checkbox"/> tios <input type="checkbox"/> ama <input type="checkbox"/> Professor/a <input type="checkbox"/> outra criança menor de 12 anos <input type="checkbox"/> amigos maiores de 12 anos <input type="checkbox"/> cuidador/a de instituição <input type="checkbox"/> sozinha <input type="checkbox"/> outros. Qual: _____
8. O que estava a fazer o cuidador responsável no momento do acidente? <input type="checkbox"/> a realizar afazeres domésticos <input type="checkbox"/> a estudar <input type="checkbox"/> a trabalhar <input type="checkbox"/> a cuidar de outras crianças <input type="checkbox"/> a utilizar redes sociais/Internet <input type="checkbox"/> a conversar ao telefone <input type="checkbox"/> a preparar refeições <input type="checkbox"/> a ver TV <input type="checkbox"/> Outra atividade. Qual: _____
9. TIPO DE ACIDENTE segundo capítulo XX da CID 10 - circunstâncias) – <b>GRUPOS DE CAUSAS</b> <input type="checkbox"/> V01-V99 - Acidentes de transporte <input type="checkbox"/> W00-W19 – Quedas <input type="checkbox"/> W20-W49 - Exposição a forças mecânicas inanimadas <input type="checkbox"/> W50-W64 - Exposição a forças mecânicas animadas <input type="checkbox"/> W65-W74 - Afogamento e submersão acidentais <input type="checkbox"/> W75-W84 - Outros acidentes afectando a respiração <input type="checkbox"/> W85-W99 - Exposição a corrente eléctrica, radiações e temperaturas e pressões extremas do ambiente <input type="checkbox"/> X00-X09 - Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas <input type="checkbox"/> X10-X19 - Contacto com uma fonte de calor ou com substâncias quentes <input type="checkbox"/> X20-X29 - Contacto com animais e plantas venenosos <input type="checkbox"/> X30-X39 - Exposição às forças da natureza <input type="checkbox"/> X40-X49 - Intoxicação acidental por e devida a exposição a substâncias nocivas <input type="checkbox"/> X50-X57 - Excesso de esforços, viagens e privações <input type="checkbox"/> X58-X59 - Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados <input type="checkbox"/> Y10 a Y34 - Eventos cuja intenção é indeterminada
10. Qual o tipo de acidente sofrido? (capítulo XX CID 10- circunstâncias) – segundo os <b>SUBGRUPOS DE CAUSAS (anexo 1)</b> _____
11. Relato breve do responsável sobre como ocorreu o acidente: _____
12. <b>Se introdução de corpo estranho em orifício natural.</b> O que foi introduzido? <input type="checkbox"/> Peça de brinquedo <input type="checkbox"/> Peça de material escolar (borracha, caneta, lápis, etc) <input type="checkbox"/> pilhas ou baterias <input type="checkbox"/> grãos ou sementes <input type="checkbox"/> doces, rebuçados ou chupa-chupas <input type="checkbox"/> insetos, animais ou parte de animais <input type="checkbox"/> outro. Qual: _____ <input type="checkbox"/> NA
13. <b>Se queimadura</b> , qual o grau de queimadura: <input type="checkbox"/> 1º grau - Espessura superficial / Queimadura solar / Afeta somente epiderme, sem formar bolhas / Provoca vermelhidão, dor, edema, descama em 4-6 dias <input type="checkbox"/> 2º grau - Comprometimento da epiderme e derme / Dor mais intensa?. Normalmente aparecem bolhas no local ou desprendimento total ou parcial da pele afetada / A recuperação dos tecidos é mais

lenta e podem deixar cicatrizes e manchas claras ou escuras. ( ) 3º grau- Destruição de todas as camadas da pele / Indolor / Placa esbranquiçada ou enegrecida / maior gravidade / Deixa cicatriz. ( ) NA
14. <b>Se queimadura</b> , qual foi a extensão e a gravidade da queimadura (utilizando a regra dos 9% assinalar alternativa de acordo com a imagem (IMAGEM 1)? ( ) Baixa: menos de 15% da superfície corporal atingida ( ) Média: entre 15 e 40% da pele coberta ( ) Alta: mais de 40% do corpo queimado. ( ) NA
15. <b>Se intoxicação</b> , qual foi a substância ingerida ou inalada: ( ) produtos de limpeza ( ) produtos de higiene pessoal ( ) pesticidas ( ) plantas tóxicas ( ) medicamentos ( ) monóxido de carbono ( ) NA ( ) Outra. Qual: _____
16. Quem fez os primeiros socorros? ( ) mãe ( ) pai ( ) tio/tia ( ) avó/avô ( ) outros familiares ( ) cuidador da instituição ( ) vizinhos/amigos ( ) profissional de saúde em unidade de saúde ( ) INEM ( ) outros. Quem: _____
17. Como foi realizado o primeiro socorro, o que foi feito? (breve relato): _____ _____
19. O acidente necessitou de atendimento hospitalar? ( ) sim ( ) não
20. Se internado, qual o tempo de internamento? _____ DIAS ( ) NA
21. Houve algum gasto financeiro (como, por exemplo, gastos com medicação, exames, atendimento hospitalar e reabilitação) em virtude do acidente? ( ) sim ( ) não
22. O acidente causou sofrimento emocional na família? ( ) sim ( ) não ( ) NA
23. O acidente causou sofrimento emocional na vítima? ( ) sim ( ) não
24. O acidente causou dor física na vítima: ( ) sim ( ) não ( ) Não sabe
25. Consequência física do acidente: ( ) não teve ( ) cicatriz na pele por corte ou trauma ( ) cicatriz por queimadura ( ) lesão ou corte ( ) hematomas ( ) lesão neurológica ( ) amputação de membros ( ) fratura de osso ( ) perda de dente ( ) Outra. Qual: _____
26. A vítima faltou à escola por causa do acidente? ( ) sim ( ) não
27. Se sim, quantos dias a vítima faltou por causa do acidente? _____
28. O responsável faltou ao trabalho para cuidar da criança por causa do acidente? ( ) sim ( ) não ( ) não trabalha
29. Se sim, quantos dias o responsável faltou ao trabalho por causa do acidente? _____

### O QUESTIONÁRIO 3 DEVE SER APLICADO A TODAS OS PARTICIPANTES

#### 3. QUESTIONÁRIO RELATIVO AOS FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES

<b>FATORES AMBIENTAIS</b>
1. Quantas pessoas moram com a criança/adolescente/jovem? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) mais de 7 ( ) NA
2. Quantas divisões tem a casa (sem contar com a casa de banho)? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) mais de 7 ( ) NA
3. Material de construção da casa: ( ) alvenaria ( ) madeira ( ) outro _____
4. Local: ( ) centro de zona urbana ( ) periferia de zona urbana ( ) zona rural
<b>QUEDAS</b>
5. Tem escadas na sua casa? ( ) sim ( ) não
6. Se tem escadas, assinale o que tem na escada como proteção (é possível assinalar mais de uma resposta):( ) corrimão ( ) piso antiderrapante ( ) grades de proteção em cima e em baixo ( ) grades de proteção apenas em baixo ( ) grades de proteção apenas em cima ( ) não há nenhuma proteção ( ) NA
7. Há presença de objetos (por exemplo: brinquedos, sapatos, mochila, materiais de limpeza, vasos de plantas, tapetes, entre outros) nas escadas? ( ) sim ( ) não ( ) NA
8. Há presença de móveis sob as janelas: ( ) sim ( ) não
9. Há janelas com redes ou grades de proteção: ( ) sim, em todas ( ) apenas em algumas ( ) não, em

nenhuma
10. A criança, adolescente ou jovem costuma subir às árvores para brincar? ( ) sim ( ) não
11. Há presença de pisos desnivelados, irregulares ou escorregadios? ( ) sim ( ) não
12. Com que frequência há presença de objetos e/ou brinquedos espalhados pelo chão: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
13. Com que frequência algum piso da casa fica molhado: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
14. Possui tapetes soltos no ambiente da casa: ( ) sim ( ) não ( ) não uso tapetes
15. Quando a criança/adolescente/jovem era lactente/ <i>toddler</i> , costumava usar andarilho/voador/andador? ( ) sim ( ) não ( ) NA
16. Costuma deixar a criança sozinha na cama/sofá/trocador? ( ) sim ( ) não ( ) NA
17. Ao brincar com patins, bicicleta, skate, a criança/adolescente/jovem costuma usar os equipamentos de segurança como capacete, cotoveleira e joelheira? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
<b>FORÇAS INANIMADAS</b>
18. Faz uso de protetores de porta para impedir que a mesma se feche abruptamente (IMAGEM 3)? ( ) sim ( ) não ( ) não conheço este produto
19. Faz uso de protetores de esquina/cantoneira para móveis (IMAGEM 4)? ( ) sim ( ) não ( ) não conheço este produto
20. Portão elétrico com presença de sensores que paralisam o encerramento ou abertura, ao detectar qualquer tipo de presença? ( ) sim ( ) não ( ) não tem portão elétrico.
21. Portão de correr sem ser elétrico: ( ) com travão de segurança que impeça que o mesmo caia sobre a pessoa ( ) sem travão de segurança ( ) Não tenho este portão
22. Os brinquedos em uso possuem peças pequenas que se soltam? ( ) sim ( ) não
23. Com que frequência os brinquedos e/ou controles remotos (TV/DVD/ar condicionado, entre outros) possuem o compartimento da pilha/bateria aparafusado? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
24. Tem ventoinha com hélice exposta: ( ) sim ( ) não
25. Possui cerca de arame farpado? ( ) sim ( ) não
26. Se você tem arma em casa onde está guardada? ( ) locais trancados ( ) locais destrancados ( ) não tenho
27. Deixa objetos pesados e de vidro em cima da mesa com toalha/forro? ( ) sim ( ) não
28. Com que frequência costuma deixar objetos pequenos (como por exemplo, moedas, pilhas, clips, etc) em cima da mesa, cómodas ou outros locais visíveis e de fácil acesso? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
29. Na casa, onde são guardados os objetos cortantes como facas/tesouras? ( ) em gavetas sem fecho ( ) em gavetas com fecho ( ) locais altos e abertos ( ) em locais altos fechados ( ) em locais baixos abertos ( ) em locais baixos fechados
<b>CHOQUE ELÉTRICO E QUEIMADURA</b>
30. Utiliza protetores de tomada (IMAGEM 5)? ( ) sim, em todas as tomadas ( ) sim, apenas em tomadas baixas ( ) não uso em nenhuma tomada ( ) não conheço este produto
31. Com que frequência faz uso de adaptadores “T” para ligar vários aparelhos numa única tomada? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
32. Há presença de tomadas, interruptores, cabos elétricos com fios expostos: ( ) sim ( ) não
33. Na sua casa, há presença de alarme para prevenção de incêndios? ( ) sim ( ) não
34. Há fósforos e isqueiros ao alcance: ( ) sim ( ) não
35. Com que frequência costuma realizar atividades com chamas (como por exemplo, acender churrasqueira, queimar colmeias, acender velas, acender lareiras, recuperador de calor, queimar lixo) na frente da criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
36. Que tipo de acesso tem a criança/adolescente/jovem, à cozinha: ( ) Não tem acesso ( ) Tem acesso livre ( ) quando acompanhados por adultos, apenas enquanto não se prepara alimentos ( ) acompanhadas por adultos, enquanto se prepara alimentos
37. A criança/adolescente/jovem utiliza o fogão? ( ) sim ( ) não

38. Como deixa as panelas em cima do fogão? ( ) cabo virado para dentro ( ) cabo para fora ( ) cabo de lado
39. Com que frequência deixa panelas ou recipientes com alimentos quentes em cima da mesa com toalha/forro, que pode ser puxado pela criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
40. Com que frequência deixa carregadores de telemóvel/outros carregadores ligados à tomada sem estarem a ser utilizados? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
<b>INTOXICAÇÃO</b>
41. Onde armazena os produtos de limpeza como desinfetante, sabão e lixívia? ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) outro local . Qual: _____
42. Guarda produtos de limpeza em embalagens de alimentos (como garrafas de refrigerante, embalagens de gelado)? ( ) sim ( ) não
43. Onde guarda produtos tóxicos/ venenos? ( ) não tenho ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) outro local . Qual: _____
44. Onde coloca os produtos de higiene pessoal como champô e cremes para cabelo? ( ) tocador ( ) em cima do lavatório ( ) guarda-roupa ( ) no chão da casa de banho ( ) em armários fechados ( ) em armários abertos ( ) em suporte próprio na casa de banho ( ) outro local . Qual: _____
45. Tem <i>stock</i> de medicação em casa? ( ) sim ( ) não
46. Se sim, onde são guardados os medicamentos? ( ) armários fechados ( ) em cima do frigorífico ( ) no guarda-roupa ( ) gavetas ( ) outro local. Qual? _____
47. Com que frequência há presença de medicamentos que estão em uso contínuo, em locais de fácil acesso como em cima da mesa, cama, sofá ou caixas em locais acessíveis: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
48. Ao medicar uma criança ou adolescente costuma usar frases iguais ou parecidas com estas: “vais ficar forte”, “é bom, é doce, sabe a rebuçado”, “Toma para ficares bom”: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) sim, através de sinais/língua gestual ( ) NA
49. Quanto às plantas cultivadas em casa: ( ) Tenho plantas, mas não sei quais são venenosas ( ) Tenho plantas, mas sei que nenhuma é venenosa ( ) Tenho plantas venenosas em casa ( ) Não tenho plantas em casa
50. Onde guarda produtos voláteis (como álcool, petróleo, aerossóis, gasolina) no ambiente domiciliário? ( ) não tenho estes produtos em casa ( ) em armários altos ( ) em armários baixos ( ) em locais abertos e de fácil acesso ( ) no chão ( ) em armários fechados ( ) prateleiras abertas ( ) Outro. Qual? _____
51. Com que frequência utiliza soda cáustica em casa? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
52. Se sim, onde guarda a soda cáustica? ( ) em armários fechados ( ) em armários baixos abertos ( ) em armários altos abertos ( ) no chão de alguma divisão da casa ( ) outro local ( ) uso o necessário e não armazeno em casa ( ) prateleiras abertas ( ) NA
<b>AFOGAMENTO E OUTROS RISCOS À RESPIRAÇÃO</b>
53. Há sacos de plástico acessíveis? ( ) sim ( ) não
54. Utiliza pó de talco: ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
55. Com que frequência há presença de baldes/bacias com água no chão? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
56. Se tem piscina, esta tem proteção? (..) sim ( ) não ( ) não há piscina
57. Há presença de poço aberto: ( ) sim ( ) não
58. Com que frequência costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem na piscina, bacia, banheira, tanque, rio? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
59. Costuma supervisionar a criança/adolescente/jovem durante o banho de chuveiro? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) não há necessidade
<b>FORÇAS ANIMADAS</b>
60. Há presença de lenha/telhas/tijolo/entulho empilhados no quintal ou pátio do prédio: ( ) sim ( ) não

61. Cães e/ou gatos no ambiente doméstico: ( ) não tenho ( ) tenho, mas não foram vacinados no último ano ( ) tenho e foram vacinados no último ano
62. Com que frequência a criança/adolescente/jovem costuma aproximar-se de animais estranhos na rua ou na casa de outras pessoas? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
63. Há presença de roedores (ratos) no ambiente domiciliar? ( ) sim ( ) não
<b>TRANSPORTE</b>
64. Quando a criança era menor de 7 anos, andou à pendura de moto/motocicleta? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
65. Como passageiro de motociclista a criança/adolescente/jovem costuma usar capacete? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
66. Quando a criança era menor de 12 anos (ou menor do que 135 cm), andou no carro, no banco da frente? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
67. Como passageiro de carro a criança/adolescente/jovem costuma usar cinto de segurança? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
68. Se a criança tem menos de 7 anos ou é mais velha mas tem necessidade de usar cadeira de transporte, utiliza cadeira apropriada de acordo com a idade e condição física? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
69. Após estacionar, a criança/adolescente/jovem costuma sair do carro sozinha? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
70. Costuma travar as portas do carro ao transportar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
71. A criança/adolescente/jovem tem o hábito de atravessar na passadeira? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
72. A criança/adolescente/jovem costuma atravessar a rua com sinal verde para os carros? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
73. A criança/adolescente/jovem anda sozinha na rua? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
<b>COMPORTEAMENTO</b>
74. Com que frequência a criança/adolescente/jovem realiza afazeres domésticos sem supervisão de um adulto? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) não é capaz de fazer
75. Com que frequência a criança/adolescente/jovem fica sob cuidados de outras crianças/adolescentes? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) NA
76. Com que frequência o cuidador faz atividades domésticas enquanto está a supervisionar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
77. Com que frequência o cuidador utiliza o telefone para conversar, mandar mensagem ou aceder à Internet e redes sociais, enquanto esta a supervisionar a criança/adolescente/jovem? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca ( ) Não sabe informar
<b>FATORES DE PROTEÇÃO</b>
78. A criança/adolescente/jovem tem acesso a que tipo de serviços de saúde? ( ) SNS ( ) particular
79. Como avalia o acesso aos serviços de saúde? ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) mau ( ) péssimo
80. Tem acesso a apoio religioso (Exemplo: igrejas, lar espírita e templos)? ( ) sim ( ) não
81. Tem acesso a apoio social? ( ) sim ( ) não
82. Qual a sua principal prioridade em relação à criança/adolescente/jovem? ( ) saúde ( ) educação ( ) habitação ( ) lazer ( ) segurança
83. Em sua opinião, um acidente é um evento que pode ser evitado? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
84. Para si, os hábitos e estilos de vida favorecem a ocorrência de acidentes? ( ) sempre ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) nunca
85. Tem medo que a sua criança/adolescente/jovem sofra algum acidente? ( ) sim ( ) não
86. Acha que a alteração de funcionalidade (deficiência) da sua criança/adolescente/jovem é um fator de risco para a ocorrência de algum acidente? ( ) sim ( ) não
87. Se sim, em sua opinião para qual acidente tem maior risco? ( ) atropelamento ( ) quedas ( ) queimaduras ( ) asfixia/afogamento ( ) intoxicação ( ) choque ( ) forças animadas ( ) forças

inanimadas ( ) Outro. Qual: _____
88. Já recebeu informação sobre prevenção de acidentes? ( ) sim ( ) não
89. Onde recebeu informação? ( ) serviço de saúde ( ) escola ( ) comunidade ( ) TV ( ) revista ( ) Internet ( ) NA ( ) outro local. Qual: _____
90. Como avalia a informação? ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) má ( ) péssima ( ) NA
91. A criança/adolescente/jovem já recebeu alguma informação sobre prevenção de acidentes de acordo com o nível de compreensão da mesma? ( ) sim. Local: _____ ( ) não ( ) não sabe informar
92. Conhece ou já ouviu falar sobre alguma política sobre prevenção de acidentes? ( ) sim ( ) não
93. Deseja promover ambientes seguros através da prevenção de acidentes: ( ) sim ( ) não ( ) indiferente
94. Tem interesse em participar de palestras/atividades sobre prevenção de acidentes? ( ) sim ( ) não
95. Qual o período de preferência? ( ) de manhã ( ) de tarde ( ) de noite
<b>VARIÁVEIS QUANTO ÀS VULNERABILIDADES DO CUIDADOR/FAMÍLIA</b>
96. Maternidade na adolescência: ( ) sim a própria mãe da criança/adolescente/jovem ( ) sim outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
97. Paternidade na adolescência: ( ) sim a própria mãe da criança/adolescente/jovem ( ) sim outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
98. Pai não registrou o filho: ( ) sim a própria mãe da criança/adolescente/jovem ( ) sim outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
99. Quais as atividades que o cuidador principal realiza (é possível assinalar mais do que uma resposta/avaliar sobrecarga do papel do cuidador)? ( ) Trabalha fora de casa ( ) Estuda ( ) Cuida dos afazeres domésticos ( ) É responsável pelos cuidados à criança/adolescente/jovem com alteração de funcionalidade ( ) responsável pela preparação das refeições da família ( ) Outros. Quais? _____
100. Há presença de depressão/doença mental na família: ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
101. Há consumo de álcool? ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe referir
102. Há consumo de drogas? ( ) sim, sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe
103. Há conflitos familiares? ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe
104. Há antecedentes criminais? ( ) sim, o próprio responsável pela criança/adolescente/jovem ( ) sim, outro familiar ( ) não ( ) não sabe



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE 19- QUESTIONÁRIO PARA VALIDADE DE CONTEÚDO NA FASE DE PRÉ-TESTE DA VERSÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS IACID-IJ ADAPTADO PARA A REALIDADE PORTUGUESA**

**PARTE I- Avaliação semântica do 1-Questionário sociodemográfico**

a) Você considera todas as questões realizadas importantes?

( ) Sim ( ) Não. Neste caso, por favor, diga quais perguntas não considera relevante.

---

---

---

b) Você teve dificuldade para entender uma pergunta?

( ) Sim. Neste caso, por favor, diga qual pergunta, palavra, ou expressão não compreendeu.

( ) Não.

---

---

---

c) Em suas palavras como você reescreveria a pergunta citada no item de cima.

---

---

---

**PARTE II- Avaliação do 2-Questionário referente a ocorrência de acidentes**

a) Você considera todas as questões realizadas importantes?

( ) Sim ( ) Não. Neste caso, por favor, diga quais perguntas não considera relevante.

---

---

---

b) Você teve dificuldade para entender uma pergunta?

( ) Sim. Neste caso, por favor, diga qual pergunta, palavra, ou expressão não compreendeu.

( ) Não.

---

---

---

c) Em suas palavras como você reescreveria a pergunta citada no item de cima.

---

---

---

**Parte III- Avaliação do 3-Questionário referente aos fatores associados a ocorrência de acidentes**

a) Você considera todas as questões realizadas importantes?

( ) Sim ( ) Não. Neste caso, por favor, diga quais perguntas não considera relevante.

---

---

---

---

b) Você teve dificuldade para entender uma pergunta?

( ) Sim. Neste caso, por favor, diga qual pergunta, palavra, ou expressão não compreendeu.

( ) Não.

---

---

---

---

c) Em suas palavras como você reescreveria a pergunta citada no item de cima.

---

---

---

---

# **ANEXOS**

## ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS ESCOLA APAE



### ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS APAE – CUIABÁ

CNPJ 03. 488.590/0001-31 Rua Major Gama 600 Bairro Centro Sul  
E-mail: [contato@apaecba.org.br](mailto:contato@apaecba.org.br) Fone: 65-3322-8853 / 65-8159-9000

CUIABÁ, 17 DE FEVEREIRO DE 2016

#### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

O Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) localizado na Rua Major Gama, 600 - Centro Sul, Cuiabá - MT, 78020-170, autoriza a Doutoranda Enfermeira Mestre Jackeline Gonçalves Brito a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta instituição para realizar a coleta de dados, por meio de entrevista, da pesquisa “**Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados**”.

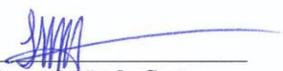
**Título da pesquisa:** Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados.

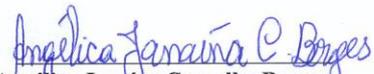
**Doutoranda:** Jackeline Gonçalves Brito

**Orientadora:** Prof.(a) Pós-Dr.(a) Christine Baccarat de Godoy Martins

**Instituição:** Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Afirmamos que somos favoráveis à realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.

  
Lígia Anunciação da Costa  
Diretora da Instituição

  
Angélica Janaina Carvalho Borges  
Coordenadora pedagógica da APAE

## ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS ESCOLA FÉ E ALEGRIA



JESUÍTAS BRASIL

### FUNDAÇÃO FÉ E ALEGRIA DO BRASIL - CENTRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL VIDA E FRATERNIDADE

CUIABÁ, 22 DE FEVEREIRO DE 2016

#### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

O **Centro de Educação Especial Vida e Fraternidade** localizado na RUA OLÍMPIA , 191, BAIRRO PLANALTO, CUIABÁ-MT autoriza a Doutoranda Enfermeira Mestre Jackeline Gonçalves Brito a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta instituição para realizar a coleta de dados, por meio de entrevista, da pesquisa “**Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados**”.

**Título da pesquisa:** Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados.

**Doutoranda:** Jackeline Gonçalves Brito

**Orientadora:** Prof.(a) Pós-Dr.(a) Christine Baccarat de Godoy Martins

**Instituição:** Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Afirmamos que somos favoráveis à realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.

Fundação Fé e Alegria-MT  
*Eliete Jandres de Moraes*  
Coord. Vida e Fraternidade  
eliete.morais@fealegria.org.br

**Eliete Jandres de Moraes**

**Coordenadora**

**Centro de Educação Especial Vida e Fraternidade**

## ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS ESCOLA CENPER



**CENTRO PEDAGÓGICO DE ENSINO ESPECIAL**  
Regina Maria da Silva Marques - CENPER



Fundação: 27.05.1999  
CNPJ 03.264.381/0001 - 04  
Rua Fenelon Müller, 897 - Fone: 3624-1298  
Bairro Dom Aquino - CEP: 78015-090  
Cuiabá - Mato Grosso

Lei Utilidade Pública Federal n.º 08001.00617/2003-83  
Lei Utilidade Pública Estadual n.º 7.327/2000  
Lei Utilidade Pública Municipal n.º 3.917/1999  
Cadastro CNDCA n.º 094/2000  
Cadastro CMAS n.º 047/2000  
Registro CNAS n.º 183/2000

CUIABÁ, 17 DE FEVEREIRO DE 2016

### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

O Centro Pedagógico de Ensino Especial Regina Maria da Silva Marques (CENPER) localizado na RUA FENELON MULLER, 897, BAIRRO DOM AQUINO, CUIABÁ-MT autoriza a Doutoranda Enfermeira Mestre Jackeline Gonçalves Brito a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta instituição para realizar a coleta de dados, por meio de entrevista, da pesquisa “**Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados**”.

**Título da pesquisa:** Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados.

**Doutoranda:** Jackeline Gonçalves Brito

**Orientadora:** Prof.(a) Pós-Dr.(a) Christine Baccarat de Godoy Martins

**Instituição:** Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Afirmamos que somos favoráveis à realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.

Jacy Bom Despacho dos Anjos e Castro  
Diretora do CENPER

Lucyene dos Anjos Silva  
Coordenadora do CENPER

## ANEXO 4- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS ESCOLA LIVRE APRENDER

SEDUC  
SECRETARIA DE  
ESTADO DE EDUCAÇÃO



GOVERNO DE  
MATO GROSSO  
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO ESPECIAL "LIVRE APRENDER"  
FONES: (65)3624-0998 | (65) 9609-0092  
RUA A Nº 1597 BAIRRO: AREÃO  
CEP 78.010-670 - CUIABÁ - MATO GROSSO  
Email: cba.ee.livre.aprender@educ.mt.gov.br

MATO GROSSO, ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO.

WWW.SEDUC.MT.GOV.BR

### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

A Escola Estadual de Ensino Especial Livre Aprender localizada na Rua A nº 1597, Bairro Areão, Cuiabá-MT, autoriza a Doutoranda Enfermeira Mestre Jackeline Gonçalves Brito a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta instituição para realizar a coleta de dados, por meio de entrevista, da pesquisa **“Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados”**.

**Título da pesquisa:** Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados.

**Doutoranda:** Jackeline Gonçalves Brito

**Orientadora:** Prof.(a) Pós-Dr.(a) Christine Baccarat de Godoy Martins

**Instituição:** Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Afirmamos que somos favoráveis a realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.



Waldete da Silva

**Diretora da Instituição**  
Prof<sup>a</sup> Waldete da Silva  
Diretora  
Portaria/SEDUC/00050/2014  
D. O. 05/02/2014



Mayra Simone Gomes Ferreira  
Coordenadora Pedagógica

Prof<sup>a</sup> Mayra Simone G. Ferreira Albernaz  
Coordenadora Pedagógica  
Portaria/SEDUC/00050/2014  
D. O. 05/02/2014

## ANEXO 5- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS ESCOLA CEAADA

**CEAADA- Centro Estadual de Atendimento e Apoio Professora Arlete  
Pereira Miguelette**

CUIABÁ, 12 DE FEVEREIRO DE 2016

### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

O Centro Estadual de Atendimento e Apoio Professora Arlete Pereira Miguelette (CEAADA) localizado na RUA GENERAL VALLE, 189, BAIRRO BANDEIRANTES, CEP 78010000 CENTRO, autoriza a Doutoranda Enfermeira Mestre Jackeline Gonçalves Brito a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta instituição para realizar a coleta de dados, por meio de entrevista, da pesquisa “Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados”.

**Título da pesquisa:** Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados.

**Doutoranda:** Jackeline Gonçalves Brito

**Orientadora:** Prof.(a) Pós-Dr.(a) Christine Baccarat de Godoy Martins

**Instituição:** Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Afirmamos que somos favoráveis à realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.

  
\_\_\_\_\_  
**Gláucia Inês Paes de Barros**      **Gláucia Inês Paes de Barros**  
**Diretora do CEAADA**                      **Diretora CEAADA**

## ANEXO 6- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS INSTITUTO DE CEGOS

**INSTITUTO DOS CEGOS DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
ASSISTÊNCIA, EDUCAÇÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL  
Fundada em 25/04/79 – Personalidade Jurídica adquirida em 06/06/79  
Registro nº 980 – Utilidade Pública Estadual em 17/10/80 pela Lei nº 4231  
Registro no Conselho Nacional de Serviço Social nº 229.389/82 e Federal  
Portaria nº 1.100 de 13/12/2000  
Sede: Rua 48 – Quadra 17 – CPA III – Setor IV - Cuiabá MT Tel. 3646-1400  
e-mail: icematmt@ig.com.br  
CNPJ: 14.914.071/0001-04

CUIABÁ, 17 DE FEVEREIRO DE 2016

### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

O Instituto dos Cegos de Mato Grosso – ICEMAT, localizado à rua 48, quadra 17, CPA III, Setor IV, em Cuiabá – MT, autoriza a Doutoranda Enfermeira Mestre Jackeline Gonçalves Brito, a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta instituição para realizar a coleta de dados, por meio de entrevista, da pesquisa “Acidentes na população infanto-juvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados”.

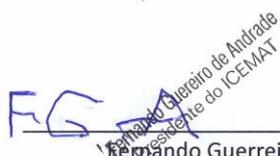
Título da pesquisa: Acidentes na população infanto-juvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados.

Doutoranda: Jackeline Gonçalves Brito

Orientadora: Prof. (a) Pós-Dr. (a) Christine Baccarat de Godoy Martins

Instituição: Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Afirmamos que somos favoráveis à realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.



Fernando Guerreiro de Andrade  
Presidente do ICEMAT

## ANEXO 7- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS ESCOLA RAIOS DE SOL



ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DO ESTADO DE EDUCAÇÃO  
ESCOLA ESTADUAL 'RAIO DE SOL' – EDUCAÇÃO ESPECIAL  
CNPJ 03.143.478/0001-69

CUIABÁ, 24 DE FEVEREIRO DE 2016

### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

A **Escola Estadual de Educação Especial Raio de Sol**, localizada no endereço: Rua R. Rio Manso, Quadra 13, s/nº B.Grande Terceiro/Cuiabá – MT CEP 78065-705, Fone: (65) 3622-2431, autoriza a Doutoranda Enfermeira Jackeline Gonçalves Brito, a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta instituição para realizar a coleta de dados, por meio de entrevista, da pesquisa **“ACIDENTES NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL COM DIFERENTES TIPOS DE DEFICIÊNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS”**.

**Título da pesquisa:** Acidentes na população infanto-juvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados.

**Doutoranda:** Jackeline Gonçalves Brito

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Christine Baccarat de Godoy

**Instituição:** Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Afirmamos que somos favoráveis à realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.

Eloína Okazaki Rodigheri  
Diretora da Escola Raio de Sol

Eni Gonçalves da Silva Cambuí  
Coordenadora da Escola Raio de Sol

## ANEXO 8- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS ESCOLA PESTALOZZI



### ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE CUIABÁ

FUNDADA EM 16 - JULHO - 1980

Utilidade Pública Federal - Decreto N° 1092 de 21-03-94  
Utilidade Pública Estadual - Lei N° 4.618 de 29-11-83  
Utilidade Pública Municipal - Lei N° 3.306 de 30-05-94

EDUCAR P/ INTEGRAR. Sede: Rua Paranaíba, N° 351 - Bairro Praceiro - Fone: 634-1329 - Cuiabá - MT  
C.G.C. 15.023.815/0001-63

Cuiabá, 16 de Fevereiro de 2016.

#### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

A Associação Pestalozzi de Cuiabá, localizado na Rua Parnaíba Nº351, Cuiabá-MT, 78078-610, autoriza a Doutoranda Enfermeira Mestre Jackeline Gonçalves Brito a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta instituição para realizar a coleta de dados, por meio de entrevista, da pesquisa "Acidentes na população infanto-juvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados".

**Título da pesquisa:** Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados.

**Doutoranda:** Jackeline Gonçalves Brito.

**Orientadora:** Prof.(a) Pós-Dr.(a) Christine Baccarat de Godoy Martins.

Instituição: Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Afirmamos que somos favoráveis à realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.

Maria Eila Chaves Nogueira  
Diretora  
Assistente Social

Tatiana Vieira Faria  
Coordenadora Centro Dia de Referência

## ANEXO 9- AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS ESCOLA LUZ DO SABER



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, ESPORTE E LAZER  
ASSESSORIA PEDAGÓGICA DE VÁRZEA GRANDE  
ESCOLA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL "LUZ DO SABER"

Várzea grande, 12 de julho de 2017

### AUTORIZAÇÃO PARA COLETAS DE DADOS

A Escola Estadual de Ensino Especial Luz do Saber, localizado na rua Gonçalo Botelho de Campos nº 251, Bairro Ponte Nova, Várzea Grande, autoriza a Doutorada Enfermeira Mestre Jackeline Gonçalves Brito a ter acesso aos dados dos pais/responsáveis dos alunos matriculados nesta Instituição para realizar coleta de dados, por meio de entrevista da pesquisa **"Acidentes na população infanto-juvenil com diferentes tipos de deficiência: perfil epidemiológico e fatores associados"**.

Titulo da pesquisa: Acidentes na população infanto-juvenil com diferentes tipos de deficiências perfil epidemiológico e fatores associados.

Doutoranda: Jackeline Gonçalves Brito.

Orientadora: Profª Pós- Drª Christine Baccarat de Godoy Martins

Instituição: Programa de Pós - graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Afirmamos que somos favoráveis à realização da pesquisa pela relevância dos objetivos propostos.

  
Marianice da Silva Arruda  
Coordenadora Pedagógica  
Marianice da Silva Arruda  
Coordenadora

  
Rogério Lima Barbosa  
Diretor  
Rogério Lima Barbosa  
Diretor - Biênio 2016/2017  
Portaria nº 025/2016

## ANEXO 10- AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR QUESTIONÁRIO DO DISABKIDS

### Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Fegadolli

2017-5-16

Email – jackeline\_brito@hotmail.com

Re: AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR QUESTIONÁRIO BASEADO NO INSTRUMENTO DISABKIDS

Claudia Benedita dos Santos <cbsantos@eerp.usp.br>

seg 23/01/2017 11:38

Para: Jackeline Brito <jackeline\_brito@hotmail.com>;

Prezada Jackeline Gonçalves Brito

autorizo a utilização dos formulários de Validação Semântica adaptados para o Brasil por nosso grupo, a saber: Folha de Impressões Gerais e Folha Especifica.

Atenciosamente  
Claudia Benedita dos Santos  
Professora Associada  
MISP - EERP - USP

---

**De:** "Jackeline Brito" <jackeline\_brito@hotmail.com>  
**Para:** cbsantos@eerp.usp.br, cbsantos@eerp.usp.br  
**Enviadas:** Segunda-feira, 23 de Janeiro de 2017 11:20:48  
**Assunto:** AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR QUESTIONÁRIO BASEADO NO INSTRUMENTO DISABKIDS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CUIABÁ, 23 DE JANEIRO DE 2017

Prezada Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Santos ,

<https://outlook.live.com/owa/?id=648558owa=1&owasuffix=owa%2f&path=/mail/search/rp>

1/3

## ANEXO 11- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUJM



UFMT - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO JÚLIO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: Perfil epidemiológico e fatores associados.

**Pesquisador:** JACKELINE GONÇALVES BRITO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 54171116.2.0000.5541

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem - Cuiabá - UFMT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.689.650

#### Apresentação do Projeto:

**INTRODUÇÃO:** Atualmente os acidentes entre crianças, adolescentes e jovens são considerados um problema de saúde pública devido à significativa taxa de morbimortalidade, impacto nos serviços de saúde, consequências físicas, financeiras, sociais e psicoemocionais para a família e para as vítimas em plena fase de crescimento e desenvolvimento. Entre os diferentes fatores associados à ocorrência de acidentes, o grau de desenvolvimento físico, intelectual e psicossocial dos indivíduos está diretamente relacionado aos fatores de risco e de proteção para os diversos tipos de acidentes. Apesar de pesquisas internacionais apontarem a maior ocorrência de injúrias não intencionais entre pessoas com deficiência, não há estudos nacionais que mostrem a realidade dos acidentes na população infantojuvenil com algum tipo de deficiência. **OBJETIVO:** Analisar a ocorrência de acidentes entre a população infantojuvenil com e sem deficiência, identificando a associação entre os fatores socioeconômicos, de risco e de proteção que ocorrem em maior ou menor frequência entre os casos do que entre os controles. **METODOLOGIA:** Estudo caso controle, realizado em instituições de ensino especial, públicas e privadas, de Cuiabá – MT. A população de estudo será composta por criança, adolescente e jovem (2 a 24 anos) com deficiência física, intelectual, psicossocial ou múltipla, matriculadas em instituições de ensino especial de Cuiabá-MT. O grupo caso será formado pela população infantojuvenil (2 a 24 anos) com algum tipo de

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

**Bairro:** Alvorada

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**CEP:** 78.048-902

**Telefone:** (65)3615-7254

**E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

Continuação do Parecer: 1.689.650

deficiência, matriculada em uma instituição de ensino especial e cujo responsável aceitar a participar do estudo. Grupo controle será formado a partir de características socioeconômicas semelhantes ao grupo de estudo, controlando efeitos potenciais das variáveis socioeconômicas, de fatores de risco e proteção. Em respeito aos princípios éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa do HUJM e todos os princípios éticos serão respeitados. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista face a face com o responsável do aluno utilizando um questionário estruturado com questões fechadas e abertas. Para análise de dados será utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 15.0. Serão realizadas estatísticas descritivas de frequência absoluta e relativas. Serão calculados os Odds Ratios (OR) e os Intervalos de Confiança 95% (IC) usando análises de regressão logística. Estes modelos múltiplos de regressão permitirão associar os acidentes na população infantojuvenil com deficiência com os fatores socioeconômicos, de risco e proteção, controlando os efeitos potenciais das variáveis estudadas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a ocorrência de acidentes entre a população infantojuvenil com e sem deficiência, identificando a associação entre os fatores socioeconômicos, de risco e de proteção que ocorrem em maior ou menor frequência entre os casos do que entre os controles.

Objetivo Secundário:

- Analisar os acidentes ocorridos com crianças, adolescentes e jovens com deficiências física, intelectual, psicossocial e múltipla, matriculados em instituições educacionais de Cuiabá-MT.
- Comparar a ocorrência de acidentes domiciliares e extradomiciliares ocorridos entre a população infantojuvenil com e sem deficiência.
- Buscar associação entre a ocorrência de acidentes com os fatores socioeconômicos, de risco e de proteção comparando os resultados entre a população infantojuvenil com e sem deficiência.
- Buscar associação entre o tipo de acidente com o tipo de deficiência.
- Realizar educação em saúde para educadores de instituições de atendimento a crianças com deficiência, com enfoque na prevenção de acidentes e capacitação para o primeiro atendimento, com aplicação de pré e pós teste.

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

**Bairro:** Alvorada

**CEP:** 78.048-902

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**Telefone:** (65)3615-7254

**E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

Continuação do Parecer: 1.689.650

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Nenhum risco.

Benefícios:

Contribuir para o conhecimento científico quanto aos acidentes na população infanto juvenil com algum tipo de deficiência.

Contribuir para a elaboração de políticas de saúde específicas quanto a prevenção de acidentes para este público.

Realização da capacitação dos educadores quanto a forma de prevenção de acidentes, reconhecimento de situações de risco e realização do primeiro atendimento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: Adequada.

Cronograma: apresentou declaração informando que os dados não foram coletados e que somente serão coletados após aprovação do projeto pelo CEP.

Autorizações: Adequadas.

TCLE: adequado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa não possui pendências em relação a análise ética.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa atende aos aspectos éticos. Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_678664.pdf	22/07/2016 14:49:20		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	RAIODESOL.pdf	22/07/2016 14:48:27	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

**Bairro:** Alvorada

**CEP:** 78.048-902

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**Telefone:** (65)3615-7254

**E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

Continuação do Parecer: 1.689.650

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEMPER.pdf	22/07/2016 14:48:12	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/07/2016 14:47:56	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARA.pdf	22/07/2016 14:47:23	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/05/2016 10:15:39	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	14/03/2016 11:11:30	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	LIVREEAPRENDER.pdf	14/03/2016 11:04:50	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INSTCEGOS.pdf	14/03/2016 11:01:38	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CENTROEDUCACIONALVIDAEFRATERNIDADE.pdf	14/03/2016 11:00:58	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PESTALOZI.pdf	14/03/2016 11:00:04	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEAADA.pdf	14/03/2016 10:56:45	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APAE.pdf	14/03/2016 10:56:29	JACKELINE GONÇALVES BRITO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CUIABA, 21 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
**SHIRLEY FERREIRA PEREIRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n**Bairro:** Alvorada**UF:** MT**Município:** CUIABA**CEP:** 78.048-902**Telefone:** (65)3615-7254**E-mail:** shirleyfp@bol.com.br

## **ANEXO 12- AUTORIZAÇÃO DA PROFESSORA LETÍCIA SPINA COORDENADORA DO PROGRAMA CRECHE SEGURA PARA UTILIZAR O QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS**

**Re: Questionário pré e pós capacitação sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros.**

Leticia | Creche Segura <atendimento.crechesegura@gmail.com>

Ter, 06/06/2017 13:20

Para: Jackeline Brito <jackeline\_brito@hotmail.com>

 2 anexos (1 MB)

AULA CORPO DE BOMBEIROS - SP - QUANDO ACIONAR.pdf; QUANDO ACIONAR BOMBEIROS - TOCANTINS.jpg;

Oi Jackeline, boa tarde.

Duas observações a fazer:

1. Na minha pesquisa do Mestrado eu pergunto se a profissional realizou curso de primeiros socorros (se sim há quanto tempo?).

Não sei se esse dado é relevante para seu trabalho, mas eu acho importante saber, até porque uma pessoa que fez um curso recentemente pode ter mais acertos do que aquela que fez há mais tempo ou não fez.

2. Sobre o número do SAMU, eu soube HOJE (acredite!) que aqui no Município de São Paulo o prefeito João Dória aprovou a unificação dos números de emergência, ou seja, no decorrer do ano farão a migração para 190. Neste número terão profissionais que farão o direcionamento para SAMU, Bombeiros e Polícia.

Você sabe se no seu Município há algo deste tipo? assim você poderá orientar os profissionais durante a formação.

Mas independente da unificação, como é ainda não é nacional, eu acho importante que as pessoas saibam o número do SAMU e do Corpo de Bombeiros, afinal eles não servem só para apagar incêndio, como a maior parte da população acredita.

Nos cursos que ministramos sempre orientamos que determinadas situações como: engasgo, PCR, pessoas inconscientes, entre outras, poderá ser acionado o Corpo de Bombeiros, logo os profissionais da escola deverão ligar para a base mais próxima da escola (SAMU ou Bombeiro).

Talvez você ache interessante perguntar os dois números: SAMU e Bombeiros, e abordar na formação se as pessoas sabem as diferenças. Afinal eles deverão ensinar isso aos alunos, mas como o farão se não conhecem o número ou a diferença entre os serviços não é mesmo?

Gostei muito das alternativas sobre queimadura e choque elétrico e das adaptações nas alternativas do engasgo e da convulsão!

E para você documentar, eu autorizo a utilização de nosso questionário com as adaptações que forem necessárias.

Beijos e boa semana.



## ANEXO 13- QUESTIONÁRIO CRECHE SEGURA

### AVALIE SEU CONHECIMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação na escola: ( ) professor(a) ( ) ADI ( ) cuidador(a) ( ) outra. Qual: \_\_\_\_\_

Já recebeu alguma capacitação sobre primeiros socorros antes? ( ) sim ( ) não

Qual o telefone do serviço de emergência SAMU? \_\_\_\_\_

**1. Uma criança sofreu queda próximo ao playground e bateu com a cabeça apresentando a formação de uma saliência (“galo”) e dor no local, a conduta imediata é:**

- a) Levantar a criança rapidamente, passar a “faca” sem ponta sobre o “galo” e observar.
- b) Manter a criança deitada com a cabeça alinhada, observar o nível de consciência e aplicar gelo no local.**
- c) Deixar a criança deitada por alguns minutos, apoiar sua cabeça e aplicar compressa *quente* no local.
- d) Nenhuma das respostas anteriores
- e) Não sei a resposta, gostaria de aprender sobre o assunto

**2. EM UMA SITUAÇÃO DE CONVULSÃO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) Deixar o aluno se debater, virar a cabeça de lado permitindo a saída da saliva.**
- b) Enrolar um pano na mão para puxar a língua da criança em convulsão e não ferir seus dedos.
- c) Impedir os movimentos do corpo para proteção do aluno e virar sua cabeça de lado.
- d) Nenhuma das respostas anteriores
- e) Não sei a resposta, gostaria de aprender sobre o assunto

**3. EM UM TRAUMA DENTAL COM PERDA DO DENTE, É CORRETO:**

- a) Pedir para criança bochechar com água, lavar bastante o dente perdido e encaminhar para o dentista.
- b) Pedir para criança morder um rolete de gaze, colocar o dente em um copo com leite e aplicar gelo no local.**
- c) Pedir para criança bochechar com água, aplicar compressa quente no local e colocar o dente em um copo com soro fisiológico.
- d) Nenhuma das respostas anteriores
- e) Não sei a resposta, gostaria de aprender sobre o assunto

**4. O QUE DEVE SER FEITO PRIMEIRO EM UM BEBÊ QUE APRESENTE SITUAÇÃO DE ENGASGO?**

- a) Coloque de barriga para cima e aplicar 5 compressões torácicas.
- b) Comprimir o abdome da criança com a manobra de Heimlich.
- c) Colocar a criança de bruços (barriga para baixo) e aplicar 5 golpes nas costas.**
- d) Nenhuma das respostas anteriores
- e) Não sei a resposta, gostaria de aprender sobre o assunto

**5. O QUE DEVE SER FEITO PRIMEIRO EM UMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE QUE APRESENTE SITUAÇÃO DE ENGASGO?**

- a) Coloque de barriga para cima e aplicar 5 compressões torácicas.

- b) **Comprimir o abdome da criança/adolescente com a manobra de Heimlich.**
- c) Colocar a criança/adolescente de bruços (barriga para baixo) e aplicar 5 golpes nas costas.
- d) Nenhuma das respostas anteriores
- e) Não sei a resposta, gostaria de aprender sobre o assunto

**6. QUAL É A SEQUÊNCIA DE ATENDIMENTO PARA UMA SITUAÇÃO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA?**

- a) 1º. Chamar SAMU, 2º. Fazer respiração boca a boca, 3º. Realizar massagem cardíaca.
- b) **1º. Avaliar o nível de consciência, 2º. Chamar o SAMU, 3º. Realizar massagem cardíaca.**
- c) 1º. Fazer respiração boca a boca, 2º. Chamar o SAMU, 3º. Realizar massagem cardíaca.
- d) Nenhuma das respostas anteriores
- e) Não sei a resposta, gostaria de aprender sobre o assunto

**7. UMA CRIANÇA COLOCOU UM OBJETO DE METAL NA TOMADA E COMEÇOU A LEVAR CHOQUE ELÉTRICO. O QUE FAZER?**

- a) Retirar imediatamente a criança da tomada, segurando ela pelo braço e depois chamar o SAMU
- b) Chamar imediatamente o SAMU e não permitir que ninguém encoste na criança até o serviço chegar
- c) **Afastar a vítima com a fonte da corrente elétrica, desligando o interruptor próximo, chame o SAMU e inicie a reanimação se necessário**
- d) Nenhuma das respostas anteriores
- e) Não sei a resposta, gostaria de aprender sobre o assunto

**8. UMA CRIANÇA DURANTE O CAFÉ DA MANHÃ DERRUBOU UM COPO DE CHÁ MUITO QUENTE SOBRE SI, CAUSANDO QUEIMADURA. O QUE FAZER?**

- a) Secar imediatamente o local com pano seco e aplicar gelo ou pasta de dente para diminuir a dor
- b) **Deve-se procurar resfriar bem a localidade da queimadura com soro fisiológico ou água fria em abundância, até diminuir a dor**
- c) Não se deve lavar imediatamente o local para não “criar bolhas d’água”, mas deve-se secar e aplicar alguma pomada
- d) Nenhuma das respostas anteriores
- e) Não sei a resposta, gostaria de aprender sobre o assunto

QUESTIONÁRIO ORIGINAL ELABORADO PELA EQUIPE DO PROGRAMA CRECHE SEGURA

Copyright © 2017 Creche Segura - Todos os Direitos Reservados



# ANEXO 14- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (PORTUGAL)

Anexo 2 à Ata nº 19 - 2018



## Escola Superior de Enfermagem do Porto Comissão de Ética

Parecer sobre o projeto “Acidentes na população infantojuvenil com diferentes tipos de deficiência: Perfil epidemiológico e fatores associados”.

### Investigador principal:

Jackeline Gonçalves Brito

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso

Sob orientação da Profª Ana Paula dos Santos Jesus Marques França

Professor Coordenador da ESEP

Data da submissão à CE: 27 de fevereiro 2018, Fluxo 2018/630

### Documentos que compõem o processo de submissão:

- Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética;
- Formulário de submissão de projeto de investigação à CE da ESEP;
- Ficha de apresentação do projeto de investigação;
- Instrumentos de colheita de dados;
- Termo de consentimento livre e esclarecido.

### Natureza e contexto do Projeto

Trata-se de um projeto de investigação com início em março a 31 de agosto 2018.

### Instituições envolvidas no projeto:

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Universidade Federal de Mato Grosso (Brasil).

### Finalidade, objetivos e tipo de estudo:

Adaptação transcultural de um questionário que objetiva analisar a ocorrência de acidentes entre a população infantojuvenil com alterações de funcionalidade, identificando a presença dos fatores associados à ocorrência de acidentes.

### Metodologia e procedimentos de colheita:

O objetivo desta entrevista é realizar o teste ao questionário, validado e aplicado no Brasil, sendo que este passou pelo processo de adaptação transcultural para ser usado em Portugal. A

Anexo 2 à Ata nº 19 - 2018

avaliação semântica do mesmo, através do teste na população para o qual se destina, é a última etapa deste processo de adaptação.

Serão entrevistados cerca de 30-40 pais/responsáveis selecionados através de contato com algumas instituições:

APPC - Associação do Porto de Paralisia Cerebral

Centro de Reabilitação da Areosa

#### **Proteção dos sujeitos de investigação**

Serão obtidos os consentimentos informados de todos os participantes, e assegurados a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos, através de codificação.

#### **PARECER**

Este estudo pretende validar um teste questionário realizado aos pais/responsáveis de crianças portadoras de diferentes tipos de deficiência

O estudo tem já um parecer consubstanciado do CEP da UFMT – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO

Considerados:

- O interesse científico do estudo;
- A garantia da participação voluntária, informada e confidencial;
- A idoneidade da equipa de investigação

A CE nada tem a opor à aplicação do questionário.

Porto, 5 de março de 2018

A relatora



Teresa Tome Ribeiro

A Coordenadora da CE da ESEP



Ana Paula Marques França