



CEPPE

Centro de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DANIELA DA SILVA GARCIA

**INFORMAÇÕES SOBRE CAUSAS EXTERNAS
OCORRIDAS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM PRONTO
ATENDIMENTO E PRONTO SOCORRO –subsídios para sua
prevenção**

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Sumie Koizumi

Guarulhos
2008

DANIELA DA SILVA GARCIA

**INFORMAÇÕES SOBRE CAUSAS EXTERNAS
OCORRIDAS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM PRONTO
ATENDIMENTO E PRONTO SOCORRO –subsídios para sua
prevenção**

Dissertação apresentada à Universidade
Guarulhos para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.
Orientador(a): Profa. Dra. Maria Sumie Koizumi

Guarulhos
2008

C838i Garcia, Daniela da Silva
Informações sobre causas externas ocorridas em crianças
atendidas em pronto atendimento e pronto socorro: subsídio para
sua prevenção / Daniela da Silva Garcia. Guarulhos, 2008.
63 f. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade
Guarulhos, Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, 2008.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Sumie Koizume


Enfermagem. 2. Enfermagem médica. I. Título. II. Universidade
Guarulhos.

CDD 21st 610.7

Ficha catalográfica elaborada pela Coordenação da
Biblioteca Fernando Gay da Fonseca



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “INFORMAÇÕES SOBRE CAUSAS EXTERNAS OCORRIDAS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM PRONTO ATENDIMENTO E PRONTO SOCORRO – subsídios para sua prevenção”, em sessão pública realizada em 26 de março de 2008, considerou a candidata DANIELA DA SILVA GARCIA aprovada com louvor.

1. Profa. Dra. Maria Sumie Koizumi 

2. Profa. Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge 

3. Profa. Dra. Ana Llonch Sabatés 

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Dedicatórias

A meus pais Nilson e Rita de Cássia e minha querida irmã Juliana, pelo apoio, carinho e amor incondicional que me dedicam em todos os meus passos, amo vocês.

Aos meus amigos próximos ou distantes, que fizeram parte das minhas angústias e alegrias durante estes meses. Todo o meu carinho e agradecimento por acreditarem em mim.

Ao meu anjo que com sua presença constante me fez sentir forte e segura para seguir o meu caminho e a Deus que me proporcionou esta oportunidade e presenteou minha existência com todos vocês.

Agradecimento Especial

Em especial à Prof^ª. Dr^ª. Maria Sumie Koizumi pelos constantes incentivos, ensinamentos, apoio e dedicação. Amizade, extrema paciência e por acreditar na concretização deste trabalho e em minha capacidade, e também pelo ensinamento valioso sobre o tema “Causas Externas”, minha profunda gratidão.

Agradecimentos

À Universidade Guarulhos, instituição que me proporcionou um importante passo rumo ao crescimento científico.

Às professoras pelo incentivo, dedicação, amizade, compreensão e por compartilhar suas sabedorias.

Aos meus colegas de mestrado, por me dedicarem sua amizade, apoio e companheirismo.

A Jane, pela cooperação, dedicação, paciência e amizade meu carinho e enorme abraço. Obrigada.

Aos funcionários da UnG, obrigada.

A Santa Casa de Misericórdia, Centro de Saúde II e Programas de Saúde da Família de Populina, muito obrigada pela cooperação e colaboração na realização deste trabalho.

As famílias das crianças que participaram no desenvolvimento deste trabalho, meus agradecimentos e carinho.

A minha amiga especial Rosimeire Moura, que me auxiliou e colaborou no desenvolvimento desta pesquisa, meu eterno carinho e gratidão.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Populina Dr. Antônio Braz Posseti, minha eterna gratidão, por ter contribuído neste meu caminho.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram e me apoiaram para a realização deste estudo, muito obrigado.

Epígrafe

A maior genialidade não é aquela que vem da carga genética nem a que é produzida pela cultura acadêmica, mas a que é construída nos vales dos medos, no deserto das dificuldades, nos invernos da existência, no mercado dos desafios. Escolhas são realizadas e metas traçadas com *paciência*. A paciência é o diamante da personalidade, muitos discorrem sobre ela, poucos são seus amantes. Mas os que a conquistam colherão os mais excelentes frutos. Não meça um ser humano pelo seu poder político e financeiro; meça-o pela grandeza de seus sonhos e pela paciência em executá-los.

Mas a paciência precisa de outro remo para conduzir seu barco. Precisa da *coragem* para correr riscos. Os maiores riscos para quem sonha são as pedras no caminho. Tropeçamos nas pequenas pedras e não nas grandes montanhas. Quem é controlado pelos riscos e pelos perigos das jornadas não tem resistência emocional. Cedo recua.

Os que transformaram seus sonhos em realidade aprenderam a ser líderes de si mesmos para depois liderar o mundo que os cercava. Tinham uma ambição positiva, queriam transformar a sua sociedade, a sua empresa, seu espaço afetivo. Eram pessoas inconformadas tanto com os problemas sociais quanto com suas mazelas psíquicas.

Seus sonhos se tornaram realidade porque ganharam um combustível emocional que jamais se apagou, mesmo ao atravessarem chuvas torrenciais. Qual é esse combustível? *A paixão pela vida, o amor pela humanidade*. Foram dominados por um desejo incontrolável de serem úteis para os outros. Quem vive para si mesmo não tem raízes eternas.

É possível destruir o sonho de um ser humano quando ele sonha para si, mas é impossível destruir seu sonho quando ele sonha para os outros, a não ser que lhe tirem a vida. Os ditadores jamais destruíram os sonhos dos que sonharam com a liberdade do seu povo. Morreram os ditadores, enferrujaram-se as armas, mas não se destruíram os sonhos de quem ama ser livre.

Augusto Cury – Nunca desista de seus sonhos.

Garcia, DS. Informações sobre Causas Externas ocorridas em crianças atendidas em Pronto Atendimento e Pronto Socorro – subsídios para sua prevenção. [dissertação].Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos;2008.

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, sobre vítimas de causas externas menores de 10 anos, atendidas em Pronto Atendimento (PA) e Pronto Socorro (PS). Causas Externas são classificadas na CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças) como acidentes de transporte, homicídios, suicídios, quedas e outros. Essas causas externas são consideradas problemas de Saúde Pública devida elevada morbimortalidade e custos. Apesar dos locais de atendimento a estas vítimas possuem fichas a serem preenchidas como a FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial), preenchida em PS, informações importantes sobre o acidente e a vítima se perdem por preenchimento incompleto da ficha de atendimento ou porque a mesma não contém itens sobre informações necessárias a serem preenchidas para estudos de causas externas. Portanto, os objetivos deste estudo são analisar quantitativamente os dados destas vítimas descritos nas FAA, prontuários e Laudo de Internação, acrescentados daqueles posteriormente obtidos por entrevista junto aos pais ou responsáveis legais, no domicílio, e analisar os tipos de causas externas identificados relacionando-os com o sexo e idade das crianças, bem como, o local e circunstância do evento, natureza da lesão e partes do corpo atingidas, a fim de fundamentar os programas específicos de prevenção desses agravos. O estudo foi realizado abrangendo os meses de abril, maio, junho e julho de 2007. As fichas selecionadas neste período foram lidas e transcritas para a FCVE (Ficha do Centro de Vigilância Epidemiológica/Secretaria do Estado de São Paulo) e os dados faltantes foram completados com dados obtidos na entrevista com as famílias das crianças estudadas. A população estudada foi de 29 crianças menores de 10 anos e vítimas de causas externas que foram atendidas em PA e PS no município de Populina (SP). No estudo, 100% das vítimas foram atendidas e liberadas. As variáveis sexo, idade, natureza da lesão, parte do corpo e tipo de saída foram encontradas em 100% nas 29 fichas de atendimento selecionadas. Escolaridade, como chegou ao local de atendimento, local da ocorrência, se viu/contaram o ocorrido e como aconteceu foram informações resgatadas somente através de entrevista com a família da criança durante visita domiciliar realizada pela pesquisadora em 21 casos (72,4%) dos 29 selecionados, pois 7 famílias haviam mudado de município e 1 recusou-se a participar. O sexo masculino predominou representando 65,5% dos 29 casos, sendo as idades de 5 a 9 anos a mais frequente. Nas crianças com informações completas (N=21), os acidentes de transporte com ciclistas ocuparam o primeiro lugar com 33,3%, seguido por quedas e impacto acidental com objeto ou pessoa com 23,8% cada. Quanto à natureza da lesão, corte/perfuração e lacerações predominou representando 42,8%. A parte do corpo mais atingida foi membro inferior com 42,8% dos 21 casos. O tipo de transporte mais utilizado demonstrou-se muito variado predominando o veículo particular com 42,8% dos 21 casos. Quanto ao local onde os acidentes ocorreram o lar apareceu em maior número representando 38% das crianças com informações completas. A maior parte dos acidentes ocorreu durante as brincadeiras infantis.

Palavras chaves: causas externas, lesões, informações, acidentes e criança.

Garcia, DS. Information about External Causes occurred in children in First Aid Treatment and Emergency Room – subsidy for your prevention. [dissertation]. Guarulhos (SP): University Guarulhos; 2008.

Abstract:

Attend about a descriptive study, retrospective, of quantitative approach, about victims of external causes less than 10 years old, answered in First Aid Treatment and Emergency Room. External causes are classified in the ICD – 10 (International Classification of Disease) like accident of transportation, homicide, suicide, fall and others. These external causes are considered problems of Public Health due to high morbidity and mortality and expensive costs. In spite of service locals for these victims have form to be filled in like FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial), filled in Emergency Room, important information about the accident and about the victims are lost by incomplete filled of the treatment form, or because it doesn't have item about necessary information to be filled for studying of external causes. Therefore, the objectives of these study are to analyze the quantity of the data of these victims described in the FAA, record and Summary of Admission, increased of those later gotten by interview together with their legal responsible, at home, and to analyze the kinds of external causes identified related them with sex and age of the children, as well as, local and circumstance of the event, nature of the injury and affected parts of body, to substantiate the specifics programs of prevention of these causes. The study was achieved covering the months of April to July in 2007. The form treatment selected in this period were read and written out for FCVE (Ficha do Centro de Vigilância Epidemiológica/Secretaria do Estado de São Paulo), and the lack data were completed with data gotten in the interview with families of the studied children. The studied population was 29 children with less than 10 years old and victims of external causes attended in First Aid Treatment and Emergency Room in Populina (SP). In the study, 100% of the victims were attended and discharged. The variables sex, age, nature of the injury, part of the body and kind of discharge were found in 100% in the attended cards selected. Educational level, the way like ones arrived in the attended local, incident local, if families had seen/someone told what happened were information looked for only through interview with them during residence visit achieved by researcher in 21 cases (72,4%) of the 29 selected, so seven relatives were changed of city and one family denied. The masculine sex predominated representing 65.5% of the 29 cases, being the ages 5 to 9 years it more frequently. In the children with complete information (N=21) the accidents of transportation with cyclists occupied the first place with 33.3%, following by fall and accidental impacts with object or person with 23.8% each. About the nature of the injury, cut/hole and laceration predominated representing 42.8%. The part of the body more affect was lower extremity with 42.8% of the cases. The way of transportation more used show variable predominating particular vehicle with 42.8% of the cases. About the local where the accidents happened home appeared in major number representing 38% of the children with complete information. The biggest part of the accidents happened during children's games.

Key word: external causes, injury, information, accidents and children.

García, DS. Informaciones sobre Causas Externas ocurridas en niños atendidos en Primeros Auxilios y Emergencias - subsidios para su prevención. [Disertación]. Guarulhos (SP): Universidad de Guarulhos; 2008.

Resumen

Propone un estudio descriptivo, retrospectivo, de amplitud cuantitativa, sobre víctimas de causas externas menores de 10 años, atendidas en Primeros Auxilios y Emergencias. Causas Externas son clasificadas en la CID – 10 (Clasificación Internacional de Dolencias) como accidentes de transporte, homicidios, suicidios y caída y otros. Estas causas externas son considerados problemas de Salud Pública debido al número de morbimortalidad y costos elevados causados por los mismos. Mismo que los locales de atención a estas víctimas posean fichas que son rellenas como FAA (Ficha de Atención Ambulatorio), rellenas en Emergencias, informaciones importantes sobre el accidente y sobre la víctima se pierden por relleno incompleto de la ficha de atención, o porque la misma no contiene puntos sobre informaciones necesarias a ser rellenas para estudios de causas externas. Por lo tanto, los objetivos de este estudio son analizar los importes de los datos de estas víctimas descriptos en las FAA, fichas y laudos de internación, añadidos de aquellos posteriormente obtenidos por entrevista junto a los padres o responsables legales, en el domicilio, y analizar los tipos de causas externas identificadas relacionándolos con el sexo y edad de los niños, agregando, el local y circunstancia del evento, naturaleza de la lesión y partes del cuerpo atingidas, buscando fundamentar los programas específicos de prevención de esos agravamientos. El estudio fue realizado abarcando los meses de abril a julio de 2007. Las fichas seleccionadas en este periodo fueran leídas y transcritas para la FCVE (Ficha del Centro de Vigilancia Epidemiológica/Secretaría del Estado de São Paulo), y los datos faltantes fueran completados con datos obtenidos en la entrevista con las familias de los niños estudiados. La población estudiada fue de 29 niños menores de 10 años y víctimas de causas externas que fueran atendidas en Primeros Auxilios y Emergencias en el municipio de Populina (SP). En el estudio, 100% de las víctimas fueran atendidas y liberadas. Las variables, sexo, edad, naturaleza de la lesión, parte del cuerpo y tipo de salida fueran encontradas en 100% en las fichas de atención seleccionadas. Escolaridad, como llegó al local de atención, local de ocurrencia, se vio/contaron el ocurrido y como aconteció fueran informaciones rescatadas solo a través de entrevista con la familia del niño durante visita domiciliar realizada por la pesquisante en 21 casos (72,4%) de los 29 seleccionados, pues siete familiares habían cambiado de municipio y una familia se rechazó. El sexo masculino predominó representando 65,5% de los casos, siendo las edades de 5 a 9 años la más frecuente. En los niños con informaciones completas (N=21) los accidentes de transporte con ciclistas ocuparon el primer lugar con 33,3%, seguido por caídas e impacto accidental con objeto o persona con 23,8% cada. Cuanto la naturaleza de la lesión, corte/perforación y laceraciones predominó representando 42,8%. La parte de cuerpo más atingida fue miembros inferiores con 42,8% de los casos. El tipo de transporte más utilizado se demostró mucho variado predominando el vehículo particular con 42,8% de los 21 casos. Cuanto al local donde los accidentes ocurrieron el hogar apareció en mayor número representando 38% de los niños con informaciones completas. La mayor parte de los accidentes ocurrió durante las bromas infantiles.

Palabras llaves: causas externas, lesiones, informaciones, accidentes y niño.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Mortalidade devido a causas externas/lesões, por Regiões brasileiras em crianças menores de 10 anos, nos anos de 2000 a 2005.....	4
TABELA 2- Morbidade hospitalar (internações) devido causas externas/lesões, por regiões brasileiras, em crianças menores de 10 anos nos anos de 2000 a 2005.....	6
TABELA 3- Variáveis analisadas e fontes primárias de informações. Populina,2007.....	26
TABELA 4- Distribuição das crianças vítimas de causas externas segundo sexo e idade. Populina,2007.....	29
TABELA 5- Distribuição das crianças segundo tipos de causas externas e natureza da lesão. Populina,2007.....	31
TABELA 6- Distribuição das crianças segundo tipos de causas externas e partes do corpo atingidas. Populina,2007.....	33
TABELA 7- Distribuição de crianças segundo tipos de causas externas e transporte utilizado para atendimento. Populina,2007.....	35
TABELA 8- Distribuição das crianças segundo tipos de causas externas e local de ocorrência. Populina,2007.....	37
TABELA 9- Distribuição das crianças segundo tipos de causas externas e como ocorreu. Populina,2007.....	39

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Pneu traseiro de bicicleta	44
FIGURA 2- Arco confeccionado de arame liso	44
FIGURA 3- Arame encaixado entre os raios da bicicleta e fixado próximo a válvula do pneu	45
FIGURA 4- Recorte de nylon (sombrite) transparente sendo fixado no arame e deixando espaço para a válvula do pneu.....	45
FIGURA 5- Linha de nylon utilizada para fixar o recorte de sombrite no arco já colocado na pneu	46
FIGURA 6- Pneu montado e recolocado na bicicleta demonstrando proteção.....	46
FIGURA 7- Bicicleta pronta para utilização.....	47

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1- Mortalidade	3
1.2 -Morbidade	5
1.3-Tipos de causas externas	8
	12
2. OBJETIVOS	
	13
3. MÉTODO	
3.1- Tipo de estudo	13
3.2 -Local do estudo	13
Programas de Saúde da Família	14
Santa Casa de Misericórdia	15
3.3- Material	15
3.4- Procedimento de coleta de dados	16
Critério de seleção	16
Coleta de dados propriamente dita	20
3.5- Procedimentos éticos	23
3.6- Tratamento estatístico	23
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5. CONCLUSÕES,CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	40
5.1- Conclusões	40
5.2- Considerações finais e recomendações	42
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
7. ANEXOS	52
Anexo I- Ficha do Centro de Vigilância Epidemiológica	52
Anexo II- Ficha de Atendimento Ambulatorial	53

Anexo III- Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar	54
Anexo IV- Formulário	55
Anexo V- Informações sobre a pesquisa e Termo de consentimento livre e esclarecido	56
Anexo VI- Autorização para uso de prontuário médico	58
Anexo VII- Autorização: carta de informações a instituição	59
Anexo VIII- Parecer de aprovação do projeto	60

1 – INTRODUÇÃO

Nós, profissionais de saúde, recebemos, nos locais onde atuamos como Pronto Atendimento (PA), Pronto Socorro (PS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), crianças que buscam atendimento, encaminhadas pela família ou até mesmo por pessoas conhecidas, com histórias de lesões físicas e acidentes ocorridos em domicílio ou extradomicílio, como creches e escolas, que são os lugares mais freqüentados por elas.

Para tratarmos de crianças neste estudo primeiramente devemos considerar que existe a necessidade de partirmos de uma definição de grupos de idade que permita identificar os limites cronológicos¹ do desenvolvimento humano em suas etapas – infância, puberdade, adolescência e adulto; em especial para este trabalho, o limite entre infância, puberdade e adolescência.

De acordo com o critério biológico, aplicam-se fundamentalmente as transformações orgânicas que são produzidas no indivíduo, acelerando o crescimento e desenvolvimento sexual sob a ação de hormônios como andrógenos e estrógenos. Sendo assim, e levando em conta o processo de desenvolvimento orgânico, considera-se adolescência o período de desenvolvimento entre 15 a 20 anos de idade; a puberdade é limitada no período de 10 a 15 anos, e, por fim, a infância considerada do período de zero a 10 anos de idade¹. Neste trabalho, trataremos especialmente o grupo de idade de zero a 10 anos definido como infância, ou seja, crianças menores de 10 anos.

Essas crianças têm sido alvo de quedas, acidentes de transporte, envenenamentos e outros tipos de agravos que se encontram descritos e classificados pela Organização Mundial de Saúde como “Causas Externas”. Elas constam na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), no capítulo XX, denominado Causas Externas de Morbidade e Mortalidade^{2,3,4}. As lesões decorrentes destas Causas Externas englobam ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, entre outros e constam no Capítulo XIX da CID – 10².

Causas Externas configuram-se em um conjunto de agravos à saúde, que podem levar à internação ou até a óbito, incluindo as causas denominadas acidentais (trânsito, quedas, envenenamentos, afogamentos etc) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas)^{5,6}.

Esses agravos resultantes de Causas Externas de morbidade e de mortalidade têm sido de fundamental importância na agenda do setor saúde. Os problemas provocados pelos mesmos, por ocasionarem conseqüências orgânicas, psicológicas, sociais e econômicas, são responsáveis por significativa parcela da morbidade, mortalidade e sofrimentos humanos⁶.

Nos últimos anos, as Causas Externas converteram-se em importante problema de Saúde Pública, destacando-se na maioria das estatísticas dos países, o que acarreta custos significativos, por ter uma alta incidência que sobrecarrega os serviços, além de seqüelas e mortes. Mundialmente, os acidentes (dentro de causas externas) estão entre as cinco principais causas de mortalidade, ocupando em quase todos os países a segunda ou terceira colocação e sendo também responsáveis por traumatismos não fatais e seqüelas que exercem grande impacto em longo prazo, repercutindo na família e na sociedade. Nesse contexto, estudar as causas e circunstâncias desses agravos na população infanto-juvenil torna-se essencial, a fim de possibilitar a elaboração futura de um diagnóstico que contribua para a implementação, execução de estratégias específicas de controle e prevenção^{4,6}.

Além de serem considerados graves problemas de Saúde Pública, trazem também incapacidades quando acometem preferencialmente crianças e jovens em idade produtiva. Vários estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de conhecer o problema. Entretanto, pouco tem sido feito para a prevenção e para a prestação de serviços de atendimento de boa qualidade às suas vítimas⁶, principalmente em se tratando de crianças.

A criança, em virtude de sua imaturidade, curiosidade, intenso crescimento e desenvolvimento, encontra-se muitas vezes propensa a acidentes, e indefesa e vulnerável aos mesmos. Somando-se a esses fatores a alta incidência de Causas Externas em crianças tem despertado em todo o mundo a necessidade de estudos desses eventos na população infanto-juvenil⁷.

Além dos custos sociais, econômicos e emocionais, as Causas Externas, na infância, são responsáveis não só por grande parte das mortes, mas também por

traumatismos não fatais e seqüelas que exercem grande impacto a longo prazo, repercutindo na família e na sociedade e penalizando crianças em plena fase de crescimento e desenvolvimento⁸.

1.1 –Mortalidade

A melhoria das estatísticas de mortalidade nos últimos anos, seja pela cobertura dos óbitos, seja pela qualidade dos dados de causas básicas, torna as informações sobre mortalidade uma das mais confiáveis no que se refere à análise da situação de saúde⁴.

Em relação à mortalidade por Causas Externas, observa-se também uma melhoria, especialmente pelo número reduzido de causas indeterminadas, dentre o total de mortes por essas causas⁴.

As Causas Externas estão entre as cinco primeiras causas de morte em vários países⁹.

As concentrações de mortes nas baixas idades e seus elevados valores fazem com que os óbitos por Causas Externas representem um dos mais importantes grupos de causas, considerando que essas causas são responsáveis por uma perda de cerca de 30 anos na expectativa de vida em vários países em desenvolvimento¹⁰.

O alto índice de mortes prematuras e seqüelas é acompanhado de elevado custo econômico, sendo estimado que a perda em geração de produtividade é maior do que a ocasionada pelo câncer e doenças cardíacas. Entretanto, apesar de estatísticas fornecidas pela comunidade científica e da divulgação em veículos de comunicação como TV, rádio, jornais e revistas, ao se analisar esse problema sobre o prisma de prevenção, observa-se pouca valorização, quando se considera o grave problema social que acarreta¹¹.

Segundo a literatura, em diversos países no mundo, por exemplo em Cuba e Suécia, os acidentes na infância, de um modo geral, são a primeira causa de morte em crianças. Nos Estados Unidos, a cada ano, aproximadamente 600.000 crianças são atendidas em hospitais por Causas Externas, sendo que 70 a 80 crianças morrem por estas causas¹². A partir do primeiro ano de vida, acidentes de transporte e quedas são as principais causas de óbitos em crianças de todas as

idades nos EUA. Também, em se tratando de intoxicações, no ano de 1999, ainda nos EUA, em estudo realizado, de um total de 873 óbitos por essa causa, 52,5% eram crianças menores de seis anos de idade ¹³.

Um estudo desenvolvido nos EUA indica que, a cada ano, 3.000 crianças morrem devido a acidentes domésticos. As queimaduras são a principal causa de óbito, seguindo-se a asfixia e o afogamento. Na Irlanda, durante dez anos, verificaram que o coeficiente de mortalidade específico foi de 16,1 por 100.000 habitantes, sendo que o número de crianças do sexo masculino que morreu foi o dobro de crianças do sexo feminino. As principais causas dessas mortes também foram afogamento, queimaduras e quedas, em crianças de 1 a 4 anos e acidentes de trânsito nas crianças de faixas etárias maiores¹⁴.

No Brasil, recuperamos dados do ano de 2000 a 2005 contidos no Relatório Criança Segura¹⁵, de acordo com as regiões brasileiras, para análise da mortalidade em crianças menores de 10 anos, por causas externas.

Para melhor visualização deste quadro segue a tabela 1:

Tabela 1: Mortalidade devido a causas externas / lesões, por Regiões brasileiras em crianças menores de 10 anos, nos anos de 2000 a 2005.

REGIÕES	ANOS					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
NORTE	447	424	483	473	478	432
NORDESTE	1147	998	1093	1029	1042	1003
SUDESTE	1564	1526	1417	1418	1366	1345
SUL	959	772	751	772	742	677
CENTRO OESTE	443	465	501	451	431	402
TOTAL	4560	4185	4245	4143	4059	3859

FONTE: Acidentes na infância: Magnitude e subsídios para sua prevenção. Projeto Criança Segura (Safe Kids Brasil) – 2007 ¹⁵.

Dessa forma, no ano de 2000 podemos observar que houve 4560 óbitos resultantes de causas externas representando um coeficiente de 13,8/ 100.000 habitantes. No ano de 2001, houve um decréscimo na mortalidade, apresentando um coeficiente de 12,7/100.000hab. Já o ano de 2002 trouxe um coeficiente de

12,8/100.000hab. Em 2003, temos um coeficiente de 12,5/100.000hab. No ano de 2004, 12,3/100.000hab, visto que a população total de crianças menores de 10 anos do País era de 32.918.055. No ano de 2005, o coeficiente obtido foi 11,7/ 100.000 habitantes, ou seja, observou-se decréscimo na taxa ^{15,16}.

No Estado de São Paulo, no mesmo período (ano de 2000), houve 845 óbitos e o coeficiente obtido foi de 12,3 /100.000 habitantes. O total de menores de 10 anos foi de 6.861.432 crianças. Em 2004, dentro dessa mesma faixa etária, ocorreram 621 óbitos por causa externas. O coeficiente foi de 9,1/100.000 habitantes. Então, verificou-se que também no Estado de São Paulo esse coeficiente específico mostrou pequena queda^{16, 17}.

Não é preciso realizar uma análise muito profunda para percebermos que os óbitos diminuíram na maioria das regiões brasileiras citadas assim como no Estado de São Paulo. No entanto podemos considerar as causas previsíveis e preveníveis desses óbitos e poder-se-iam obter melhores resultados se houvesse maiores estudos para o desenvolvimento de uma Política Pública para esse fim.

Segundo a literatura, mundialmente, as análises das causas externas vêm sendo feitas com frequência utilizando dados de mortalidade, pois são mais facilmente obtidos. Mas a mortalidade por causas externas reflete apenas a ponta de um “iceberg” no qual o problema se constitui. Os acidentes não fatais respondem pela parte numericamente maior ⁴.

1.2 –Morbidade

A análise da morbidade por estas causas vem exigindo criações de grandes bancos. O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) foi concebido para operar o sistema de mapeamento de internação dos hospitais próprios do SUS e contratados e tem apresentado melhoras gradativas nas suas informações ao longo de sua existência¹⁸.

O SIH/SUS, alimentado com os dados provenientes das Fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), tem possibilitado importantes análises quanto à morbidade hospitalar por Causas Externas, e identifica aquelas cujas lesões são mais graves e que levam a internação hospitalar¹⁹. O mesmo acontece

em se tratando de morbidade por Causas Externas em crianças menores de 10 anos.

Além disso, existe uma parcela da população, vítima de Causas Externas, que sequer chega aos serviços de saúde. Dentre aqueles que procuram o serviço de saúde, dependendo da gravidade, parte busca as unidades ambulatoriais (Centros de Saúde e Programas de Saúde da Família), outra, os serviços de urgência e emergência e outra, ainda, quando necessário, é encaminhada à internação. Há ainda, uma pequena parcela de vítimas que chega a óbito, seja no local da ocorrência do fato, seja nos serviços de saúde⁴.

No nosso meio, em geral, as vítimas atendidas e liberadas, incluindo crianças menores de 10 anos, têm uma ficha de atendimento preenchida na unidade de assistência. Entretanto, esses dados não são incluídos em nenhum sistema de informação passível de ser acessado. Assim, as informações sobre essa parcela de vítimas, no Brasil, são incompletas e o total delas se perde sem um meio de registro ideal e confiável¹⁹.

Para melhor visualização desses dados segue a Tabela 2.

TABELA 2: Morbidade hospitalar (internações) devido causas externas / lesões, por regiões brasileiras, em crianças menores de 10 anos nos anos de 2000 e 2005.

REGIÃO	INTERNAÇÕES 2000	INTERNAÇÕES 2005
NORTE	14837	14926
NORDESTE	38295	36229
SUDESTE	56376	53703
SUL	22689	21923
CENTRO OESTE	10458	11823
TOTAL	142655	138604

FONTE: Acidentes na infância: Magnitude e subsídios para sua prevenção. Projeto Criança Segura (Safe Kids Brasil) – 2007¹⁵.

No Brasil, de acordo com os dados apresentados, o número de internações por causas externas na faixa etária de menores de 10 anos, tem sido considerável, e, quando realizamos uma análise comparativa entre os anos de 2000 e 2005, podemos concluir que esse número de internações, na maioria das regiões brasileiras, diminuiu, passando de 43,3 para 42,1/100.000 hab., apesar da diferença ainda ser discreta. Algumas regiões não apresentaram redução, mas aumento,

como Região Norte (de 45 para 45,3/100.000 hab.) e Centro Oeste (de 31,7 para 35,9/100.000hab.).

No Estado de São Paulo, o número de internações de crianças menores de 10 anos, por causas externas, no ano de 2005, foi de 30.128 (91,5/100.000hab.)²⁰.

Nesse Estado, assim como na maioria das regiões, (inclusive na Sudeste), podemos verificar uma queda nos números de internações devido a causas externas / lesões dentro da faixa etária descrita, que passou de 31.493 (95,6/100.000hab.) em 2000 para 30.128 (91,5/100.000hab.) em 2005.

No país existem alguns estudos pontuais sobre crianças vítimas de Causas Externas atendidas em Pronto Atendimento (PA) e Pronto Socorro (PS). Nessas pesquisas a maioria das vítimas de Causas Externas, incluindo as crianças foi atendida em Pronto Socorro^{4, 6,19}. Estudo desenvolvido na Cidade de Londrina, Paraná, na região Sul do Brasil, sobre atendimento em Pronto Socorro, internação e óbitos por Causa Externas em crianças, em 2001, mostrou que 95,7% (8.472) foram atendidas e liberadas. As internações não-fatais somaram 364 (4,1%) e houve 18 óbitos (0,2%). Entre os internados, o tempo foi bastante variável, sendo de 1 a 37 dias. Entre os 8.854 menores que foram estudados, nas vítimas atendidas somente em pronto socorro e dispensadas, houve um predomínio de quedas (33,9%), seguidas de eventos de intenção indeterminada (31,8%), acidentes causados por forças mecânicas inanimadas (15,5%) – especialmente por penetração de corpo estranho (4,6%) e acidentes de transporte (7,0%). Ainda no mesmo estudo, com relação à distribuição das internações nos estudados, segundo subgrupo de causas externas (CID – 10), as quedas continuaram sendo as principais responsáveis pelas internações não-fatais (32,4%), seguidas dos acidentes de transporte (19,5%)⁷.

Dados como esses, em crianças menores de 10 anos, incomodam os estudiosos, pois mostram uma realidade de acontecimentos em que os tipos de causas externas e as circunstâncias do evento são pouco esclarecidos. Além disso, todos esses atendimentos, independentes do local (UBS, PA ou PS), e das devidas internações por causas externas na faixa etária citada, revelam gastos exorbitantes para a área da saúde brasileira.

Alguns estudos publicados fora do Brasil mostram a incidência de atendimentos em crianças em PA e PS por Causas Externas.

Em se tratando de Causas Externas, estudo a partir da base de dados NEISS – AIP (National Electronic Injury Surveillance System: All Injury Program), nos EUA, estimou que no ano de 2000, lesões não fatais provocadas por Causas Externas tratadas em serviços de emergência ocorreram em cerca de 31 milhões de pessoas. Esses números permitem afirmar que, por volta de 10% da população dos EUA, receberam tratamento em serviços de pronto – socorro por algum tipo de agravo provocado por Causas Externas²¹.

Do exposto, o que nos chama muito a atenção e nos faz pensar são aqueles pacientes, incluindo as crianças, que sofrem algum tipo de causa externa, mas não foram a óbito e nem foram internados nos hospitais do País. Provocam uma grande lacuna no conjunto dos dados, pois aqueles que não são internados representam dados que se perdem em relação ao atendimento em PA e PS, subestimando essas estatísticas de morbimortalidade.

1.3 –Tipos de Causas Externas em crianças

Os acidentes com crianças merecem também algumas considerações a respeito de seu conceito.

Em 1955, em Genebra, o governo sueco propôs que fossem tratados como problema de saúde pública, e, como tal, foram discutidos na 8ª Assembléia Mundial de Saúde daquele ano. Alguns anos depois, a Organização Mundial de Saúde definiu que “acidente é um acontecimento independente da vontade humana, desencadeado pela ação repentina e rápida de uma Causa Externa, produtora ou não de lesão corporal e/ou mental”²².

Os acidentes na infância representam cada vez mais uma importante causa de morbimortalidade no mundo atual, se tornando um problema de saúde pública, ao lado de doenças gastrintestinais, infecções respiratórias e desnutrição protéico–calórica.

No Brasil, pouco se conhece sobre os tipos de Causas Externas que acometem as vítimas atendidas no PA e PS.

Os estudos de Mesquita Filho⁶, Oliveira⁴ e de Fogaça¹⁹ incluíram vítimas de todas as idades e mostraram o perfil das atendidas em PA ou PS. Analisando os resultados obtidos por esses pesquisadores, no que se refere a menores de 10 anos, verificou-se que a queda foi a causa preponderante desses atendimentos em

PA e PS. Mas, há também uma parcela que vem de violência que são classificadas como causas intencionais.

Pesquisas que analisaram somente crianças atendidas no PS também são escassas.

Quanto ao local de ocorrência, o lar tem sido identificado como o predominante em crianças de 1 a 5 anos.

Tradicionalmente, o contexto mais aceito de desenvolvimento infantil tem sido o ambiente doméstico onde a criança é atendida pela mãe ou por outros membros da família. No entanto, cada vez mais mulheres de diferentes camadas sociais estão assumindo trabalho fora de casa e, em virtude disso, as crianças têm convivido com outros ambientes de desenvolvimento¹².

Em estudo realizado na França sobre os acidentes ocorridos na pré-escola, com crianças de 2 a 6 anos, verificou-se que esses acidentes são mais leves não havendo necessidade, muitas vezes, de internação ou de atendimento médico, e que a maioria das lesões como, equimose, corte e queda ocorriam durante o recreio¹⁴.

Em escolas e creches, chama a atenção o elevado índice de quedas envolvendo equipamentos de “playground”. Nos EUA, aproximadamente 200.000 crianças pré-escolares e escolares são atendidas nas emergências por sofrerem acidentes em “playground”, sendo, em sua maioria, graves: fraturas, contusões, amputações e esmagamentos. No Brasil, são escassos os estudos a esse respeito¹².

Em estudo realizado no Estado de São Paulo, constatou-se que a maioria dos acidentes ocorre no ambiente doméstico e isso se deve ao fato de esse ser considerado um ambiente perigoso, pois possui vários objetos, locais e utensílios que oferecem riscos para que os acidentes venham acontecer²³.

Um outro estudo constatou que mais de 60% dos acidentes com crianças ocorrem na área externa do domicílio e 40% em vias públicas, escolas, rios, piscinas e outros locais¹⁴.

É importante enfatizar que, além de conhecer os tipos de Causas Externas que levaram essas crianças em busca de atendimento em PA e PS, também se faz importante identificar o local onde ocorreram e como ocorreram para que se possam fundamentar medidas de prevenção.

Os acidentes na infância envolvem peculiaridades marcantes em relação à faixa etária, local de ocorrência e circunstâncias em que se desenvolvem; observa-se ainda que, na maioria das vezes, esses acontecimentos poderiam ser evitados com medidas simples de prevenção¹¹.

No entanto, pouco se conhece acerca dos tipos de Causas Externas, local e circunstâncias que ocasionaram a ocorrência e, conseqüentemente, como preveni-los. Por outro lado, tais dados são fundamentais para Vigilância Epidemiológica em causas externas e, conseqüentemente, para a especificação dos programas de prevenção.

Iniciativas no sentido de criar e testar instrumentos capazes de monitorar Causas Externas em PA e PS vêm sendo desenvolvidos em nível de Ministério da Saúde e também em Secretarias de Estado da Saúde. Uma delas foi desenvolvida no Estado de São Paulo.

A Ficha do Centro de Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violências do Estado de São Paulo – FCVE*(Anexo I) é um instrumento que foi especificamente construído e testado para ser utilizado em um estudo multicêntrico de morbidade por causas externas nas emergências hospitalares. Esse instrumento foi inicialmente aplicado em cinco PA e PS do Estado de São Paulo e depois estendido para mais de uma dezena de serviços de emergência, no território nacional¹⁹. Entrevistadores devidamente treinados são utilizados para a coleta de dados.

* Sub-projeto do Projeto “Contribuição do setor saúde no atendimento às vítimas e prevenção da violência” de Mello Jorge, MHP, Koizumi MS, Gawryszewski VP, Villela WV. Processo FAPESP nº 01/02768-6 do Programa de Pesquisas em Políticas Públicas, 2004.

É importante ressaltar que muitas informações a serem preenchidas na FCVE (Anexo I) encontram-se descritas nas fichas de Atendimento dos PA e PS, preenchidas no momento do atendimento à vítima de causas externas. Mas, alguns dados, como os meios utilizados para chegar ao Serviço de Atendimento e o local de ocorrência do evento, importantes para subsidiar os programas de prevenção, não constam, rotineiramente, nessas fichas. Igualmente, o tipo de causa externa que ocasionou o atendimento nem sempre se encontra descrito. Essas dificuldades já foram constatadas por outros pesquisadores^{4,19}.

Dada a importância da obtenção desses dados, pergunta-se se eles poderiam ser conseguidos, posteriormente, por meio de visita domiciliar, principalmente naqueles municípios cobertos pelo Programa Saúde da Família. Ressalta-se que tais visitas são feitas rotineiramente, para seguimento dessas famílias cadastradas.

Assim sendo, estudando as fontes de informação e os tipos de causas externas em crianças menores de 10 anos, atendidas em PA e PS, esperamos estar contribuindo e fornecendo subsídios para os programas de prevenção para minimização deste grande problema de Saúde Pública.

2 – OBJETIVOS

Considerando-se que, num município atendido pelo Programa Saúde da Família (PSF), com cobertura total da população residente, é possível identificar, utilizando múltiplas fontes de informações, os tipos de causas externas que mais acometem crianças menores de 10 anos, pretende-se com o presente estudo:

- analisar quantitativamente os dados dessas vítimas descritos nas Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) e Laudo de Internação acrescidos daqueles posteriormente obtidos por entrevista junto aos pais ou responsáveis legais, no domicílio;

- analisar os tipos de causas externas identificados, relacionando-os com o sexo e idade das crianças, bem como o local e circunstância do evento, natureza da lesão e partes do corpo atingidas, a fim de fundamentar os programas específicos de prevenção desses agravos.

3 – MÉTODO

3.1 – Tipo de Estudo

Este estudo é descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa.

3.2 Local do Estudo

Foi realizado em Populina, utilizando dados registrados nas fichas de atendimento de crianças da faixa etária menores de 10 anos, vítimas de Causas Externas, atendidas no Pronto Socorro da Santa Casa local, Pronto Atendimento (CSII), juntamente com PSFs I e II. Como os dados sobre o local e circunstâncias do evento, em geral, não constam nas fichas utilizadas por esses serviços, elas foram posteriormente complementados por meio de visitas domiciliares, entrevistando os pais ou responsáveis legais da criança.

A escolha pelo município de Populina como local de pesquisa foi em virtude de o mesmo apresentar 100% de sua população urbana e rural cadastrada em PSF I e II, revelando organização familiar e maior controle e acompanhamento das famílias, por ser uma cidade de pequeno porte.

Populina se localiza no interior do Estado de São Paulo a 620 Km por rodovia da capital. Limita-se ao Norte com o Estado de Minas Gerais, ao sul com o Município de Turmalina, ao leste com o município de Ouroeste e a oeste com os municípios de Paranapuã e Mesópolis, e sua área é 315 Km²⁴.

Foi elevada a município pela Lei nº 5.285, de 18/02/59, instalado em 01/01/60²⁵.

De acordo com o IBGE e Fundação SEADE, a população estimada da cidade no ano de 2007 era de 4.201 habitantes, dos quais 654 encontravam-se, na faixa etária menores de 10 anos^{16,26}.

Sua área rural tem uma extensão de 29.900ha e sua área urbana possui 100 ha. Saneamento básico do tipo água e esgoto abrangem 100% da população. Por ser constituída por pequenas propriedades, a predominância econômica é a agricultura.

O município conta com um sistema educacional tanto estadual quanto municipal, possuindo uma escola municipal, uma estadual, uma creche e uma APAE (Associação de Pais e Alunos Excepcionais).

Atualmente o município conta com um hospital local (Santa Casa de Misericórdia de Populina), uma Unidade de saúde - CSII e duas Equipes de PSF (equipe I e equipe II).

Programas de Saúde da Família

Atualmente existem 2 equipes de PSF no município de Populina, sendo que, juntas cobrem 100% da população atendendo todas as necessidades de atenção básica a saúde da mesma. Nas duas equipes há quadro de funcionários composto de dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem e 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois o programa possui 11 microáreas distribuídas em nove na região urbana e duas na região rural. Ainda possui os funcionários que trabalham apenas na unidade: cinco técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma pediatra, dois dentistas, dois funcionários da limpeza, dois fisioterapeutas, uma farmacêutica, um auxiliar de farmácia, dois recepcionistas, três secretárias, dois digitadores, um coordenador e motoristas de ambulâncias.

As visitas são realizadas pelos ACS em domicílio, mensalmente, cobrindo toda a microárea no mês. São realizadas visitas pela enfermeira e pelo médico. As auxiliares realizam visitas, curativos, medicações, orientações em domicílio e acompanhamento de pacientes, quando necessário. Os encaminhamentos de saúde são marcados pela unidade e levados pelo ACS em casa.

São realizados grupos de orientação e dinâmica com hipertensos, diabéticos e gestantes pelas equipes de PSF; são realizadas orientações a adolescentes nas escolas, projeto, campanhas e outros.

Existe um posto de atendimento no Povoado do Sol, onde as consultas e atendimentos pela equipe de PSF são realizadas duas vezes por semana; há um posto na região rural do Porto Amaral e no Olho D'água, em que o atendimento é realizado uma vez por mês.

O PSF I e II funcionam no CSII local, que já está sendo chamado de Unidade de Saúde da Família. Executam as funções de uma unidade, com consultas médicas, coletas de exames, campanhas, vacinação, vigilância epidemiológica e

sanitária, consultas de enfermagem, fisioterapia, serviço odontológico e outros atributos que lhe cabem, como agendamento de consultas para especialidades para outros municípios (pois o município apenas fornece atenção básica à saúde), curativos em geral, distribuição e aplicação de medicações e esterilização de materiais.

Santa Casa de Misericórdia

É composta por 18 leitos, que atendem em média 52 internações mensais. Conta atualmente com três médicos, sendo um anestesista, dois ginecologistas e obstetras, que trabalham durante o dia, fazem plantões à noite e de fim de semana, quando não se escalam alguns médicos de outros lugares, de municípios vizinhos. Possui três enfermeiras, sendo duas no período do dia e outra para o período noturno. Utiliza-se do meio de central de vagas quando não se encontra capacitada para atender adequadamente paciente de emergência e internados graves. Atende consultas diárias e realiza observações, além das internações.

É auxiliada pela Prefeitura Municipal em relação a recursos financeiros, pois a verba que o SUS disponibiliza é insuficiente para os gastos mensais; realiza também atendimentos particulares, muitas vezes de outros municípios. Possui um funcionamento de 24 horas dia com atendimento de Pronto Socorro, Ambulatorial e Pronto Atendimento.

3.3– Material

Para a realização do presente estudo, foram utilizados os dados registrados nas fichas das crianças, preenchidas durante o atendimento nos PA e PS devido causa externa ou lesão e os dados obtidos em entrevista durante visita domiciliar.

As fontes de dados primários foram:

- As fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA - Anexo II) provenientes da Santa Casa de Misericórdia de Populina, onde as mesmas são utilizadas para os atendimentos de emergência. Estas fichas são subdivididas em duas partes: a primeira é de identificação do paciente, preenchida por uma escriturária, que utiliza

algum documento de identidade fornecido pela vítima ou acompanhante. Na segunda parte da FAA constam: tipo e motivo do atendimento, descrição do exame clínico, exames complementares realizados/solicitados, diagnóstico principal e conduta. Este espaço é preenchido pelo médico que atendeu a vítima, podendo haver registro ou outras informações sobre a vítima, realizados pelo enfermeiro ou outro profissional do setor.

- O Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar – (Anexo III), utilizado também pela Santa Casa, onde constam todos os dados de identificação do paciente, a identificação de estabelecimento de saúde de atendimento, justificativa da internação e espaço para preenchimento dos tipos de Causas Externas.

- Os Prontuários de atendimento ao paciente são utilizados no Centro de Saúde II de Populina, e PSFs I e II que funcionam como Pronto Atendimento do município.

- Um formulário para entrevista (Anexo IV), para complementar dados não constantes nas três fontes antecedentes.

Os dados levantados através dessas quatro fontes primárias foram transcritos para a Ficha do Centro de Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violências no Estado de São Paulo – (FCVE) – (Anexo I), da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

3.4 – Procedimento de coleta de dados

Os dados foram todos coletados pela própria pesquisadora.

Critério de seleção dos casos

Primeiramente foram selecionadas as fichas que apresentaram dados referentes a atendimento a crianças menores de 10 anos, de ambos os sexos e que possuíam endereço no próprio município de Populina, (desconsiderando atendimentos a crianças de outras localidades).

Após esta pré-seleção, buscamos aquelas que apresentaram como causa do atendimento as incluídas no capítulo XIX (Lesões, envenenamentos e algumas

outras conseqüências de causas externas) ou capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade), da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10)².

Para fins de conceituação, o Capítulo XIX da CID – 10² traz as lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, existindo alguns agrupados como se seguem:

- S00 – S09 Traumatismos de cabeça;
- S10 – S19 Traumatismos de pescoço;
- S20 – S29 Traumatismos de tórax;
- S30 – S39 Traumatismos de abdome, do dorso; da coluna lombar e da pelve;
- S40 – S49 Traumatismos de ombro e de braço;
- S50 – S59 Traumatismo de cotovelo e de antebraço;
- S60 – S69 Traumatismos do punho e da mão;
- S70 – S79 Traumatismos do quadril e da coxa;
- S80 – S89 Traumatismos do joelho e da perna;
- S90 – S99 Traumatismos do joelho e do pé;
- T00 – T07 Traumatismos de múltiplas regiões do corpo;
- T08 – T014 Traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo;
- T15 – T19 Efeito de penetração de corpo estranho através de um orifício natural;
- T20 – T32 Queimaduras e corrosões;
- T33 – T35 Efeitos do frio (geladura);
- T36 – T50 Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas;
- T51 – T65 Efeitos tóxicos de substâncias de origem predominante não medicinal;
- T66 – T78 Outros efeitos de causas externas e os não especificados;
- T79 Algumas complicações precoces de traumatismos;
- T80 – T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte;
- T90 – T98 Seqüelas de traumatismos, de intoxicações e outras conseqüências de causas externas.

Ainda dentro da CID – 10², o Capítulo XX traz a classificação das causas externas existentes que também foram consideradas para o desenvolvimento deste estudo e que podem acometer crianças.

- V01 –V99 Acidentes de transporte;
- W00 – W19 Quedas;
- W29 – W49 Exposição a forças mecânicas inanimadas;
- W50 – W64 Exposição a forças mecânicas animadas;
- W66 – W74 Afogamento e submersão acidental ;
- W75 – W84 Outros riscos acidentais a respiração;
- W85 – W99 Exposição a corrente elétrica a radiação e a temperatura e pressão externas do ar ambiental;
- X00 – X09 Exposição ao fumo ao fogo e as chamas;
- X10 – X19 Contato com uma fonte de calor e com substâncias quentes;
- X20 – X29 Contato com animais e plantas venenosas;
- X30 – X39 Exposição a forças da natureza;
- X40 – X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por exposição a substâncias nocivas;
- X50 – X57 Excesso de esforços, viagens e privações;
- X58 – X59 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados;
- X60 – X84 Lesões auto- provocadas voluntariamente;
- X85 _ Y09 Agressões;
- Y10 – Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada;
- Y40 – Y84 Complicações da assistência médica e cirúrgica;
- Y85 – Y89 Sequelas de causas externas de morbidade e mortalidade;
- Y90 – Y98 Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificadas em outra parte.

Cumprir mencionar que, neste estudo, as lesões e acidentes ocorridos com crianças devido a causas externas foram enfocados com relação ao ambiente intradomiciliar, que a CID – 10² define como:

- Residência: apartamento; casa (residência); casa de cômodos; casa de fazenda; dependências residências; caminho; estrada; garagem; jardim;

pátio; (de residência particular); imóvel residencial; pensão familiar; piscina em residência ou jardim particular; reboque [trailer] residencial.

E extradomiciliar, que, de acordo com a CID – 10² define como:

- Escolas, outras instituições e áreas de administração pública: biblioteca, clube, colégio, creche, escola (estadual, privada e pública), hospital, igreja, jardim de infância.
- Área para a prática de esportes e atletismo
- Rua e estrada
- Áreas de comércio e de serviços
- Áreas em construção
- Fazenda
- Outros locais especificados
- Local não especificado

Coleta de dados propriamente dita:

A coleta de dados foi feita em duas etapas. Na primeira, com início em agosto de 2007, após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa, foram coletados os dados registrados nas fontes primárias pré-determinadas para o presente estudo. As mesmas foram resgatadas de forma retrospectiva em um período de quatro meses anteriores ao mês do início da coleta.

Dessa forma, os itens referentes à pesquisa foram transcritos para a FCVE (Anexo I).

Durante o processo de transcrição, como utilizamos fichas de atendimento referentes a dois locais diferentes, a criança poderia ter sido atendida nos dois serviços de saúde e haver duplicidades de registros. Perante este fato, ao transcrever os dados para a FCVE (Anexo I), tomamos o cuidado de averiguar repetições de registros e sendo detectados, os dois registros da mesma criança e relativo ao mesmo atendimento, foram transformados em um único, completando a mesma FCVE (Anexo I).

Nesse processo, o endereço constante também foi obtido para, na segunda etapa, realizar as visitas domiciliares às famílias das crianças atendidas.

Quando houve dificuldades na obtenção do endereço, por não constar em nenhuma ficha de atendimento dos dois locais citados, ou por motivo de mudança da mesma e falta de atualização dos registros, utilizamos os recursos e cadastros constantes nos Programas da Família I e II existentes no município, pois esses possuem 100% das famílias moradoras cadastradas, e os endereços são constantemente atualizados.

Preencheu-se uma FCVE (Anexo I) para cada criança detectada durante a busca por diagnóstico de cada atendimento e que se enquadrava na classificação da CID – 10², conforme já descrito. Ao serem transcritas, essas fichas receberam uma codificação por números correspondentes com as fichas originais, que foi a própria numeração de cadastro desse paciente no local de atendimento, para que as mesmas não fossem identificadas ou reconhecidas por ninguém mais, além do pesquisador. Apenas o pesquisador teve acesso a esta codificação. Essa pesquisa manteve o anonimato tanto da família, quanto da criança em questão.

Por essa razão, ao estarem todos os dados disponíveis transcritos para a FCVE (Anexo I), realizou-se a visita domiciliária à família para complementar os dados registrados.

A visita domiciliária não teve hora nem dia marcados, aconteceu de acordo com a disponibilidade do pesquisador, e quando o mesmo não encontrou a família em casa, retornou, em outros dias e horários, tantas vezes quanto foram necessários para se conseguir realizar a visita.

Para responder ao formulário de entrevista (Anexo IV), após assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo V) solicitamos que apenas um membro da família o fizesse, priorizando os pais da criança ou o responsável legal que passasse mais tempo com a criança, pois entendemos que essa pessoa possui as melhores condições de nos fornecer as informações necessárias para o nosso trabalho. Os demais membros da família presentes puderam, quando desejaram, permanecer no local durante a realização da entrevista, ouvindo as perguntas, acompanhando as respostas e participando das mesmas para complementação de informações colhidas.

Enfatizou-se para a família que o trabalho visava colher dados para subsidiar programas de prevenção de causas externas em crianças. Deixamos claro que a criança, em momento algum, durante a entrevista, visita e desenvolvimento deste trabalho seria abordada, seja para exames, seja para questionamentos.

Para esse adulto, selecionado para ser entrevistado, antes do início da mesma, foram lidas as informações sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo V). Foi reforçado que não haveria nenhum tipo de prejuízo aos familiares nem à criança, esclarecendo e garantindo ao entrevistado que o mesmo poderia, a qualquer momento, retirar o consentimento, caso se sentisse desconfortável. Caso não participasse não haveria nenhuma penalidade, prejuízo ou interrupção do acompanhamento/ assistência/ tratamento nos estabelecimentos de saúde que ele utilizava em sua cidade. Após o consentimento explicitado pelo familiar, foi solicitada a assinatura no documento escrito. O carimbo das digitais (no caso dos analfabetos) não foi necessário.

O formulário (Anexo IV), já descrito continha questões sobre os seguintes aspectos:

- se o entrevistado presenciara o fato ocorrido ou o fora-lhe relatado por terceiros.

Cumpram-se mencionar que as crianças poderiam encontrar-se nas creches ou nas escolas, onde os pais ou responsáveis não permanecem com as mesmas, e que o fato ocorrido poderia ser nestes locais.

- onde acontecera o acidente ou lesão com a crianças
- como acontecera o acidente ou lesão com a criança

Ao final da visita e entrevista foram lidas para os entrevistados as anotações feitas pelo pesquisador a fim de evitar erros de compreensão.

Posteriormente, os dados obtidos na entrevista foram transcritos para a FCVE (Anexo I) nos itens correspondentes; aqueles que mesmo após todo o processo não estavam preenchidos, foram identificados com o sinal negativo, para que não ficassem em branco e viessem a suscitar dúvidas quanto a falhas de preenchimento.

3.5 – Procedimentos éticos

Após autorização formal da Secretaria de Saúde Municipal (pelo Secretário Municipal de Saúde), (Anexo – VI), o projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado (Anexo- VIII) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos – parecer nº 102/2007, por não haver um outro com os

mesmos objetivos no local em que a pesquisa foi desenvolvida, cumprindo a resolução 196/96 CONEP. Os seguintes itens foram observados:

- a aceitação dos sujeitos (pais ou responsáveis legais da criança) que concordarem em participar deste estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo V);
- a orientação dos sujeitos quanto à garantia do anonimato de sua participação no estudo e sigilo absoluto;
- o esclarecimento em relação à isenção de riscos na participação do mesmo no estudo;
- o esclarecimento de que não haveria nenhuma despesa para o participante, em qualquer fase do estudo, nem compensação financeira relacionada à sua participação;
- o direito de desistir, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum e o de obter informações sobre a pesquisa durante a sua realização.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas e têm como benefício primordial obter subsídios que possam contribuir com a consolidação de futuros Programas de Prevenção de Causas Externas em crianças menores de 10 anos, esclarecendo que a identidade dos sujeitos será preservada em todos os momentos.

3.6 – Tratamento estatístico

Os dados foram processados eletronicamente, e os resultados foram apresentados em forma de números absolutos, frequência relativa e taxas e organizados em tabelas e figuras. Dados populacionais foram obtidos do banco de dados do IBGE e DATASUS.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada foi composta por 29 crianças menores de 10 anos, moradoras no município de Populina e que foram atendidas no PA e PS local, vítimas de Causas Externas.

Os resultados foram obtidos em duas fases desenvolvidas pelo pesquisador, conforme descrito em Métodos. A 1º fase constituiu-se da coleta de dados através das fichas de atendimento em PA e PS (FAA e prontuários, não havendo necessidade de utilizar o Laudo de Internação (Anexo III) por não ter ocorrido internações no período estudado); a 2º fase, da entrevista com a família da criança em visita domiciliária.

Na 1º fase da coleta foram identificadas 29 crianças atendidas nos locais citados, por Causas Externas.

Observamos que alguns dados (cor, escolaridade, forma como chegaram até o serviço de atendimento, que tipo de acidente sofreram e o modo como aconteceu) não puderam ser respondidos apenas com as fichas de atendimento dos locais citados, ficando informações importantes sem preenchimento adequado na FCVE (Anexo I), confirmando a necessidade de se obterem estas informações através de outra fonte –entrevista com a família das crianças.

Durante a realização das visitas, das 29 famílias dessas crianças foi possível entrevistar 21, pois, durante a localização delas verificou-se que 7 famílias haviam se mudado da cidade e uma família recusou fornecer informações através da entrevista.

Durante as entrevistas, pudemos obter as informações não conseguidas anteriormente para completar o preenchimento da FCVE (Anexo I). Além dessas, também foi possível saber se o respondente da pesquisa viu ou **contaram-lhe** o ocorrido e a forma como aconteceu, o que veio completar ainda mais as informações de que precisávamos para o desenvolvimento do trabalho.

Ao concluirmos essa etapa, os dados coletados sofreram uma codificação à parte, para que pudessem ser trabalhados estatisticamente. Essa codificação foi realizada por ordem numérica escolhida pelo próprio pesquisador.

Considerando que a coleta de dados abrangeu quatro meses do ano de 2007, o total de crianças menores de 10 anos atingidas por causas externas no ano, ficou estimado em 87. Dados populacionais de Populina no ano em estudo, nessa

faixa etária, foi de 654 crianças, representando 15,6% da população. Assim, o risco de ser vítima de causas externas e demandar atendimento em PA e PS foi estimado em 13,3% do total de crianças menores de 10 anos, dado significativo, quando comparado com os EUA que, em estudo no ano de 2000, estimou em 10% a sua população acometida por causas externas e atendida em PS²¹.

A Tabela a seguir nos mostra como ocorreu a distribuição dessas fontes de dados.

Tabela 3 : Variáveis analisadas e fontes primárias de informação. Populina,2007.

FONTE DE COLETA DE DADOS						
VARIÁVEIS	FAA+Prontuário (1)		Entrevista (2)		1+2	
Total					N	%
sexo	29	-	-		29	100
idade	29	-	-		29	100
cor	-	21	-		21*	72,4
escolaridade	-	21	-		21*	72,4
Como chegou	-	21	-		21*	72,4
Local de ocorrência	-	21	-		21*	72,4
Tipo de acidente	-	20	9		29	100
Natureza da lesão	29	-	-		29	100
Parte do corpo	29	-	-		29	100
Viu**ocorrido/contaram	-	21	-		21*	72,4
Como aconteceu	-	21	-		21*	72,4
Tipo de saída	29	-	-		29	100

*Mudaram-se para outro município: 7 crianças / Recusa: 1 criança

**viram: 12 contaram: 9

A primeira e segunda variáveis da Tabela 3, sexo e idade, observamos que puderam ser obtidas nas fichas do local onde as crianças foram atendidas, havendo a informação presente para as 29 crianças, mesmo daquelas que não foi possível a realização de entrevista domiciliária. Isso nos mostra que essas variáveis têm sido preenchidas em suas fichas, nos locais de atendimento e que as mesmas

possuem esses itens para serem preenchidos adequadamente, bem como as variáveis: natureza da lesão, parte do corpo e tipo de saída.

De acordo com o estudo de Fogaça¹⁹, as variáveis como sexo e idade também foram obtidas em um total de 100% das fichas de atendimento em PS de Araras – SP.

No estudo realizado por Oliveira⁴ em Cuiabá/MT, as variáveis idade e sexo também foram obtidas em 100% nas fichas de atendimento, o que aconteceu igualmente no estudo de Mesquita⁶. Tanto neste como naqueles, as mesmas variáveis foram encontradas para todas as crianças levantadas em suas fichas de atendimento.

É importante ainda ressaltar que as variáveis sexo e idade se fazem necessárias para estudos que vão subsidiar ações preventivas contra causas externas.

Com relação às variáveis - parte do corpo atingida e natureza da lesão - , podemos verificar que, em 100% dos casos, foi possível o levantamento através das fichas de atendimento, como demonstra a Tabela 3. Ao compararmos com o estudo de Fogaça¹⁹, observamos que resultados menores foram obtidos com as fichas de atendimento, sendo que 98,24% identificaram tipo de lesão e 94,85% detectaram a parte corpórea.

Deve-se salientar que para que ocorra prevenção de agravos, deve-se identificar o que ocasionou o tipo de lesão, identificando assim os tipos de causas externas.

A variável Tipo de saída foi recuperada nas fichas das 29 crianças estudadas; todas foram atendidas e liberadas no mesmo dia, não havendo nenhuma internação. Isso representa 100% de casos liberados após terem sido acometidos por causas externas. Esse dado nos faz buscar o estudo de Oliveira⁴, em que, uma população estudada de 254 crianças menores de 10 anos e atendidas em emergência, 10,7% foram internadas e 89,3% atendidas e liberadas. Já no estudo de Mesquita⁶, das 380 vítimas estudadas, 85,8% foram atendidas e liberadas e 14,2% sofreram internação no município de Pouso Alegre. O que nos chama a atenção é que, neste estudo, 100% das vítimas foram liberadas, diferenciando o mesmo dos demais aqui apresentados. Devemos ressaltar que, no município as vítimas de causas externas “graves” em qualquer idade, inclusive as crianças, não são atendidas no PS da Santa Casa local, mas são encaminhadas diretamente por

Central de Vagas para Santa Casa de Misericórdia do município de referência mais próximo (no caso Fernandópolis), capacitado para atendimentos de maior complexidade. Desta forma, estas internações não constam nos registros do município em análise.

De acordo com dados apresentados pelo Datasus¹⁷, no período de 2000 a 2005 (disponível on-line) houve um óbito por causas externas, na faixa etária de 5 a 9 anos. Em levantamento de dados, durante a pesquisa, o mesmo não foi confirmado pela Secretaria de Saúde do município que não possui registros do óbito não podendo, assim, justificar o seu aparecimento deste no sistema de informação on-line Datasus.

Com relação às variáveis - cor, escolaridade, como chegou ao local de atendimento, tipo de acidente, se viu o ocorrido ou se contaram e como aconteceu -, o que pudemos observar na Tabela 3 é que, em 100% das fichas, não foram preenchidas. Isso não foi diferente para Fogaça¹⁹, com relação às variáveis cor e escolaridade, pois em seu estudo também não foi constatado, nas fichas de atendimento, as mesmas variáveis que, de acordo com a Tabela 3, somente foram recuperadas com a entrevista. Já no mesmo estudo, 9,23% das fichas levantadas identificaram como a vítima chegou ao local de atendimento e apenas 7,19%, o local de ocorrência, o que pode também evidenciar uma possível diferença de método de preenchimento destas fichas em diferentes localidades de atendimento. Ainda, de acordo com o estudo de Fogaça¹⁹, ele utiliza apenas uma fonte de coleta de dados: a FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial) do PS de Araras –SP. Devemos lembrar que para que, se desenvolva uma prevenção efetiva contra causas externas em crianças menores de 10 anos, conhecer os seus locais de maior ocorrência se faz de extrema importância.

A Tabela 3 nos mostra ainda que as variáveis como chegou ao local de atendimento, local de ocorrência, tipo de acidente e se viu ou contaram o ocorrido são totalmente recuperáveis pela realização da entrevista. Uma situação que não era prevista foi a mudança das famílias para outras localidades, impossibilitando a realização da entrevista. Os dados de 7 crianças não foram recuperados, pois as mesmas haviam-se mudado de endereço e os de uma, a família recusou fornecer. Dessa forma, em 72,4% dos casos foi possível recuperar as informações por meio da entrevista.

Isso nos mostra que a entrevista é necessária e que, se conseguirmos localizar as famílias para a sua realização, obteremos os dados necessários.

De acordo com a variável levantada para o tipo de acidente, das 29 crianças foi possível conhecer, pela ficha de atendimento de 9, o que representa 31,1%. Vinte somente foram recuperados através da entrevista, representando 68,9% do total de resultados. No estudo em Araras¹⁹, somente através das fichas de atendimento em PS foram recuperados 57,4% dos dados, o que nos faz pensar nas diferenças encontradas nos serviços de atendimento a essas vítimas e qualidade de anotações realizadas em ambos.

Para analisar os Tipos de Causas Externas, procuramos relacioná-las com a idade e sexo das crianças estudadas, como segue na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição das crianças vítimas de causas externas segundo sexo e idade. Populina, 2007.

Idade (anos)	SEXO		Total	
	M	F	N	%
Menor que 1	1	-	1	3,5
1 a 4	5	5	10	34,5
5 a 9	13	5	18	62,1
Total	19(65,5)	10 (34,5)	29	(100)

Nota: Os números entre parênteses referem-se às % calculadas na linha.

De acordo com os resultados da Tabela 4, verificamos que crianças menores que 10 anos do sexo masculino possuem maior risco para acidentes, sendo mais freqüente nas idades de 5 a 9 anos. Nas meninas, da mesma faixa etária, os resultados se apresentam menores e iguais para as faixas etárias de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos.

Dados populacionais de Populina no período de 2007 nos mostram que, na faixa etária estudada, existem 343 (52,4%) crianças do sexo masculino e 311 (47,6%) crianças do sexo feminino. É uma diferença relevante que nos leva a concluir que, pelo fato do sexo masculino aparecer em maior número, justifica-se seu maior risco para acidentes. No entanto, nos estudos sobre causas externas, podemos observar que a diferença numérica entre o masculino e feminino não é tão acentuada, apesar de continuar existindo, o que nos leva a pensar que o menino é

mais atingido, talvez por apresentar uma exposição maior às causas externas e não por se encontrar em maior número.

Fogaça¹⁹ apresenta, em seu estudo, 310 crianças menores de 10 anos entre as fichas levantadas. Dessas, 189 (61%) são do sexo masculino e 121 (39%) do sexo feminino, o que mostra um maior número de meninos atendidos em relação ao número de meninas atendidas em seu trabalho. Fica claro neste estudo que a idade e o sexo são variáveis que influenciam na ocorrência de causas externas em crianças.

Dentre os dados levantados durante a pesquisa, é interessante analisar os tipos de acidentes ocorridos com estas crianças, juntamente com a natureza da lesão para o estudo de Causas Externas em menores de 10 anos. Não se pode deixar de salientar que o item Tipo de acidente, em sua maioria pode ser identificado apenas através da entrevista realizada com a família da criança e, em alguns casos, pode ser identificado nas fichas de atendimento nos locais de saúde pesquisados.

Para melhor ilustrar, segue a Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição das crianças segundo tipos de Causas externas e natureza da lesão. Populina, 2007.

Tipos de C.E.	Natureza da lesão									
	Fratura		Entorse/ Luxação		Corte/perf./ Laceração		Outros*		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acidente de transporte com Ciclista	—	—	2	9,5	2	9,5	3	14,2	7	33,3
Quedas Variadas**	—	—	—	—	3	14,2	2	9,5	5	23,8
Impacto acidental contra objeto ou pessoa	1	4,7	—	—	2	9,5	2	9,5	5	23,8
Instrumento cortante/perf.	—	—	—	—	2	9,5	—	—	2	9,5
Queda de objeto sobre a pessoa	1	4,7	—	—	—	—	1	4,7	2	9,5
TOTAL	2	(9,5)	2	(9,5)	9	(42,8)	8	(38)	21	(100)

*Acidentes identificados com traumas diversos.

**Leito, própria altura, sofá, berço e outras alturas.

As lesões codificadas como contusão, queimaduras, TCE, lesão de órgãos internos e abdômen, em nervos, intoxicação e “não há lesão” não foram identificadas na população estudada.

De acordo com a Tabela 5, podemos observar que o tipo de causa externa que mais ocasionou lesões foi acidente de transporte com ciclista, representando um total de 33,3% dos casos estudados. As quedas variadas vêm a seguir, com 23,8% dos casos, juntamente com impacto acidental contra objetos ou outra pessoa e, por último, quedas de objeto sobre a pessoa e instrumento cortante/perfurante com 9,5%. No total, as causas externas presentes na Tabela 5, principalmente as quedas, levaram a uma maior ocorrência de cortes/perfurações e lacerações como natureza da lesão.

No estudo de Fogaça¹⁹, em 1438 fichas levantadas por causas externas, as quedas aparecem com 33,5%, ocupando o primeiro lugar, e acidentes de transporte com 22,5% vêm logo a seguir. O estudo também mostra a ocorrência de queimaduras, agressões físicas e suicídio na população estudada o que não ocorreu na presente pesquisa. No trabalho realizado em Pouso Alegre⁶, foram identificados lesões acidentais (73,2%) e acidentes de transporte (13,7%) como causas mais freqüentes na população estudada, aparecendo também violências, agressões e tentativa de suicídio.

Isso demonstra que os resultados podem depender do tipo de população estudada e seus costumes. Populina, em virtude de ser um município pequeno e de poucos recursos, com uma população de baixa renda, o meio de transporte mais utilizado entre adultos e crianças é a bicicleta, por isso o maior número de acidentes vêm a ser com ciclistas, aparentemente, porém não aparecem quedas em primeiro lugar, como se esperava. Esse fato nos chama a atenção, pois leva-nos a concluir que as Causas Externas podem variar de acordo com as características do local e da população estudada.

Assim como neste estudo, a característica maior que influenciou nos resultados foi o fato de a população utilizar-se da bicicleta como meio de transporte mais comum e transportarem crianças na garupa ocasionando acidentes. No estudo de Mesquita⁶ o item “outras causas externas de traumatismos acidentais” traz uma peculiaridade de sua população estudada que é “mordedura ou golpe provocado por cão”, representando 12,1% em uma população de 380 vítimas por causas externas de um município do interior do Estado de Minas Gerais, o que revela, mais uma vez,

a influência das características da população estudada nas ocorrências das Causas Externas.

Ainda de acordo com a natureza da lesão, pudemos observar que houve uma internação no ano de 2007 registrada no sistema Datasus disponível on-line no período dos meses de Abril a Julho, na faixa etária de 5 a 9 anos, classificada como outras causas externas de lesões e acidentes. Mas, ao levantarmos dados no município em estudo, concluímos que não houve internação nesse período por causas externas correspondentes a esta faixa etária, havendo apenas uma criança que foi mantida em observação após a mesma ter sido atendida no PS local suspeitando-se de trauma de crânio e liberada poucas horas depois, sendo que em sua documentação de registro do atendimento apresentada pela Santa Casa do município não consta dados de internação e nem Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar que poderiam indicar a ocorrência da mesma. Esse fato vem justificar um possível engano cometido pelo município durante a transcrição das informações sobre internação ocorridas neste período para o sistema Datasus.

Além de podermos verificar a natureza da lesão de acordo com os tipos de acidentes, pudemos ainda relacionar e comparar as partes do corpo atingidas com os tipos de acidentes que acometeram essas crianças, conforme a tabela a seguir.

Tabela 6: Distribuição das crianças segundo tipos de causas externas e partes do corpo atingidas. Populina, 2007.

TIPOS DE C.E.	PARTES		DO	CORPO	
	Cabeça/face/pescoço	MMSS	MMII	TOTAL	
				N	%
Acidente de transporte com Ciclista	1	1	5	7	33,3
Quedas variadas *	4	1	—	5	23,8
Impacto acidental contra objeto ou pessoa	1	3	1	5	23,8
Instrumento cortante/perf.	—	1	1	2	9,6
Queda de objeto sobre a pessoa	—	—	2	2	9,5
TOTAL	6 (28,6)	6 (28,6)	9 (42,8)	21	(100)

*Leito, própria altura, sofá, berço e outras alturas.

Nota: Os números entre parênteses referem-se às % calculadas na linha.

As demais áreas do corpo como abdômen e quadril, coluna e medula, tórax, que não aparecem na tabela 4, não foram referidas neste estudo, pois as crianças não apresentaram lesões nestas partes.

Assim como na tabela 3, nesta também os tipos de acidentes foram obtidos durante as entrevistas e, parcialmente, em algumas fichas de atendimento. Já o item parte do corpo atingida foi totalmente obtido nas fichas de atendimento das crianças.

Durante o levantamento, observou-se que as regiões do corpo mais atingidas e descritas foram: cabeça, face e pescoço, membros inferiores (MMII) e membros superiores (MMSS). Acidente de transporte com ciclista aparece em maior número na Tabela, ocasionando, em sua maioria, lesões nos MMII das crianças estudadas, o que representa 71,4% das lesões relacionadas com acidentes com ciclistas.

As quedas variadas ocasionaram, como mostra a Tabela 6, um maior número de lesões na cabeça/face e pescoço, sendo estas regiões do corpo as mais atingidas por este tipo de causa externa neste estudo, totalizando 80% das lesões causadas por queda.

No estudo de Fogaça¹⁹, as três regiões mais atingidas do corpo na população estudada foram MMSS (30,40%), MMII (29,19%) e cabeça/face/pescoço (21,41%). Em outros estudos como o de Oliveira⁴, realizado em PA e PS, verificou-se que os agravos mais comuns localizavam-se em áreas corpóreas como MMSS (32,8%), MMII (30,5%) e cabeça (26,9%). No estudo de Mesquita⁶, a realidade também não é diferente, havendo lesões em MMSS (40%), cabeça (27,9%) e MMII (23,2%).

Podemos considerar, de acordo com esses estudos, que essas são as regiões mais importantes acometidas por lesões em vítimas de causas externas.

O fato de encontrarmos neste estudo um maior número de acidentes com ciclistas nos mostra que as características de uma população como a do município de Populina – cidade pequena e do interior de São Paulo, onde o meio de transporte mais comum é a bicicleta - devem ser consideradas em estudos sobre Causas Externas e sua prevenção, visto que podem variar de acordo com a população estudada, modificando o tipo de causa externa.

Na medida em que não houve internações, concluímos que as lesões apresentadas eram de pequena gravidade.

Ainda pudemos comparar como a vítima chegou até o local de atendimento com o tipo de causa externa, o que fica mais claro na tabela a seguir.

Tabela 7: Distribuição de crianças segundo tipos de causas externas e transporte utilizado para chegar ao local de atendimento. Populina, 2007.

TRANSPORTE UTILIZADO						
CAUSAS EXTERNAS	Andando/ ônibus	Veículo particular	Resgate/ ambulância	Outros*	Total N	%
Acidente.de transporte com ciclista	1	3	–	3	7	33,3
Queda (própria altura/leito,sofá e berço)	2	3	–	2	7	33,3
Outros acidentes (instrumento cortante/ perf.;queda de objetos na pessoa e impacto)	1	3	2	1	7	33,3
TOTAL	4 (19)	9 (42,8)	2 (9,5)	6(28,5)	21	(100)

*bicicleta e a pé.

Nota: Os números entre parênteses referem-se às % calculadas na linha.

De acordo com a tabela 7, podemos observar que a maioria das vítimas chegaram até o local de atendimento com veículo próprio, (42,85% dos casos), seguido pela variável outros, que no estudo representa as vítimas que chegaram de bicicleta, normalmente levadas pelos pais (28,57%), uma peculiaridade desta população levantada. A incidência de vítimas que chegaram até o local de atendimento por ambulância é pouco representativa para esta população, apenas 9,52% dos casos acometidos por causas externas. Devido às lesões não terem sido graves nas crianças estudadas, não se fez necessário o transporte com resgate/ambulância em sua maioria.

Quando Fogaça¹⁹ analisa, em seu estudo, o meio utilizado para chegar ao hospital, verifica-se que o mais utilizado foi resgate/ambulância, representando 7,8% de um total de informados de 9,6%. Isso demonstra as diferenças de perfil das vítimas de ambos os estudos e de características de cada população investigada.

Podemos também analisar o local de ocorrência, de acordo com as causas externas que acometeram as crianças analisadas.

Tabela 8: Distribuição das crianças segundo tipos de causas externas e local de ocorrência. Populina, 2007.

Causas Externas	Local de ocorrência				TOTAL	
	Casa	Escola	Via pública	Outros*	N	%
Acidente de transporte com ciclista	1	—	5	1	7	33,3
Queda (própria altura/leito, sofá e berço)	5	—	—	2	7	33,3
Outros Acidentes (instrumento cortante/perf.; queda de objetos na pessoa e impacto)	2	2	—	3	7	33,3
TOTAL	8(38)	2 (9,5)	5 (23,8)	6(28,7)	21 (100)	

*representa casa de avó, sítio, campo de futebol e parquinho.

Nota: Os números entre parênteses referem-se às % calculadas nas linhas.

De acordo com a tabela, o maior número de causas externas que acometeram a população estudada ocorreu em domicílio (38%), predominante frente aos demais tipos de causas externas levantadas. Os acidentes de transporte ocorreram em sua maioria na Via pública (rua), (23,8% dos casos); aparece um

acidente de transporte em casa, (isso significa que uma criança se machucou com a bicicleta no quintal de sua casa). O maior número de acidentes se concentrou no lar e na via pública, chamando-nos a atenção para a importância desses dois locais e a frequência de acidentes que os mesmos proporcionam para as crianças menores de 10 anos. Assim, podemos concluir que os acidentes com crianças menores de 10 anos possuem maior possibilidade de acontecerem em locais que as crianças frequentam e onde permanecem mais tempo.

Em outros dois tipos de estudo relacionados a causas externas^{4,6} observou-se que a residência é o local em que mais ocorrem acidentes, tal como o encontrado no nosso estudo, ficando em segundo lugar a via pública. No estudo de Fogaça¹⁹, a via pública teve predominância. Em se tratando de estudos sobre causas externas, faz-se necessário o conhecimento do local em que essas ocorrem para que se possa pensar em prevenção.

É importante também sabermos como aconteceram estes acidentes de acordo com as causas externas que acometeram as crianças estudadas, como mostra a tabela 9.

Tabela 9: Distribuição das crianças segundo tipos de causas externas e como ocorreu. Populina, 2007.

Tipo de Causas Externas	Como ocorreu							TOTAL	N	%
	Queda de objeto sobre a criança	Brincando em pé”	Correndo/ trombada	Pé no raio da bicicleta	Escorregou no banheiro	Queda bicicleta	Pressionamento			
Acidente de transporte com ciclista.	–	1	–	4	–	2	–	7	33,3	
Queda (própria altura/leito, sofá e berço)	3	1	1	–	1	–	–	7	33,3	
Outros acidentes (instrum.cortante/perf.; que da de objetos na pessoa e impactto)	1	3	1	–	–	–	1	7	33,3	
TOTAL	4 (19)	5 (23,8)	1(4,7)	4 (19)	2 (9,5)	2 (9,5)	1 (4,7)	21 (100)		

Nota: Os números entre parênteses referem-se a % calculada na linha (fora os totais).

Na análise dos tipos de causas externas, a Tabela 9 demonstra que o maior número de acidentes que acometeram a população estudada ocorreu na circunstância em que a criança se encontrava brincando (23,8% das situações), seguido por acidentes em que a criança estava andando na garupa de bicicleta com um adulto e colocou o pé no raio da mesma, causando a lesão e queda de objetos sobre a criança, ambos representando 19% cada. Isso nos deixa claro, a importância de sabermos como aconteceu o acidente para se conhecer a circunstância em que o mesmo ocorreu, a fim de que se possa desenvolver, embasados nessa informação, formas de prevenção desses acidentes.

5. Conclusões, considerações finais e recomendações:

5.1 – Conclusões

Obtidos os resultados, podemos apresentar as conclusões a seguir:

Com relação aos dados levantados para preenchimento da FCVE (Anexo I), foram encontrados nas fichas de atendimento (FAA e prontuários) dos 29 casos estudados:

- sexo, idade: 100%
- natureza da lesão: 100%
- parte do corpo: 100%
- tipo de saída: 100%
- local de ocorrência: 31,1%

A fim de completar as informações da FCVE que não foram preenchidas com as informações das fichas de atendimento realizou-se a entrevista em que se obteve:

- cor: 72,4%
- escolaridade: 72,4%
- como chegou: 72,4%
- local de ocorrência: 68,9%
- tipo de acidente: 72,4%
- viu/contaram ocorrido: 72,4%
- Como aconteceu: 72,4%

Constatou-se que somente a utilização das fichas de atendimento para levantamento de informações não foi suficiente para o total preenchimento da FCVE, não sendo possível o levantamento de informações importantes, ou parte delas, como na variável Tipo de acidente, na qual foram registrados 31,1% dos 29 casos estudados.

A entrevista se fez necessária para obtenção das informações restantes, assim como para completar dados que são parcialmente obtidos com as fichas de atendimento, como aconteceu com a variável Tipo de acidente. Os dados sobre as variáveis cor, escolaridade, como chegou, local de ocorrência, viu/contaram o ocorrido e como aconteceu foram obtidos na entrevista; entretanto, foi possível entrevistar 21 famílias, pois 7 mudaram-se e 1 recusou-se a participar.

A falta de informações importantes constatada no preenchimento das fichas de atendimento utilizadas neste trabalho prejudica os estudos sobre causas externas. Dados importantes são perdidos pelos serviços de saúde por não realizarem, no momento do atendimento, o preenchimento correto e completo destas fichas; por não solicitarem todas as informações necessárias e por haver itens importantes não incluídas nessas fichas.

Verificou-se, durante a análise epidemiológica dos dados levantados nos 21 casos que possuem as informações completas:

- o sexo masculino entre crianças menores de 10 anos possui maior risco para acidentes (65,5%), principalmente na faixa etária de 5 a 9 anos (44,8%), tornando-se equivalente apenas nas idades entre 1 a 4 anos.

- A causa externa que predominou foi Acidente de transporte com ciclistas representando 7 (33,3%) e, em sua maioria, eram crianças levadas na garupa que acidentalmente colocaram os pés no raio da bicicleta; em seguida vieram as quedas e, impacto acidental contra objeto ou pessoa – 23,8% e por último, instrumento cortante/perfurante e queda de objeto sobre a pessoa – 9,5% cada.

- quanto à natureza da lesão corte/perfuração e laceração, foram mais freqüentes: 9 (42,8% dos casos estudados) seguidos de outras lesões consideradas como traumas diversos – 38%.

- as partes do corpo mais atingidas, segundo a causa externa, foram: membros inferiores (42,8%), membros superiores e cabeça/face/pescoço (28,6% cada). Não houve nenhuma vítima com mais de uma lesão.

- O tipo de transporte mais utilizado no encaminhamento da vítima ao local de atendimento foi veículo particular (42,8%); outros tipos de transporte como bicicleta (28,5%); andando ou de ônibus (19%) e resgate e ambulância (9,5%). Ressalta-se que o município não possui serviço de resgate, apenas ambulância.

- O local de ocorrência do acidente predominante nesta pesquisa foi a própria residência (38%), seguido de outros, como sítio, parquinho (28,7%); escola e via pública em menores proporções.

- A circunstância mais comum, ou seja, como ocorreu o acidente, mostrou a situação em que a criança se encontrava brincando como predominante (23,8% dos casos estudados). Queda de objeto sobre a criança e pé no raio da bicicleta (19% cada); queda de bicicleta e trombada/correndo (9,7 % cada).

- Todas as vítimas estudadas foram atendidas em PA e PS e liberadas sem necessidade de internação.

5.2 – Considerações finais e recomendações

As informações obtidas neste estudo são relevantes enquanto considerada a necessidade de implantação de um sistema eficaz de informações sobre vítimas de causas externas.

Conhecer quais os tipos de causas externas que mais atingem essas crianças, quais as circunstâncias que propiciam as mesmas, local onde mais ocorrem e características das vítimas possibilitam uma maior compreensão desses acidentes, colaborando para a realização de ações integrais de prevenção pelo setor de saúde.

Este estudo proporciona um aprofundamento da análise epidemiológica sobre causas externas em menores de 10 anos, gerando dados considerados importantes e que poderão subsidiar o desenvolvimento de políticas de prevenção a esses agravos, a fim de estabelecer prioridades e metas para solucionar o problema.

Estudos específicos sobre causas externas em menores de 10 anos atendidos em PA e PS, no município em análise, não existiam até a realização do presente estudo.

As fichas de atendimento não nos proporcionaram todas as informações necessárias para o preenchimento da FCVE, necessitando de uma entrevista mais aprofundada para completar os dados. Devido à dificuldade de se obterem informações das vítimas atendidas e liberadas, recomendamos que a Ficha de Vigilância Epidemiológica (FCVE) seja preenchida corretamente no momento do atendimento à criança e sua família nos locais de saúde, por meio de entrevista adequada realizada por profissional treinado para esta função. Assim a coleta de dados torna-se eficiente, evitando que os mesmos se percam por falta de fichas adequadas, ausência de informações ou mudança de moradia das vítimas.

Neste estudo, todas as crianças foram atendidas e liberadas. É necessária a formulação de um banco de dados para registro adequado das vítimas que são atendidas em PA e PS e liberadas e um melhor planejamento da assistência a esses casos, valorizando e priorizando mais o momento do atendimento à vítima, que fornecerá informações para subsidiar ações de vigilância epidemiológica contra causas externas em crianças menores de 10 anos.

Sendo o Acidente de Transporte com ciclista a causa externa predominante nesta população e considerando que a maioria das vítimas se encontrava na garupa da bicicleta e colocou o pé no raio da mesma em movimento, sugerimos um meio de prevenção que qualquer adulto pode confeccionar manualmente, sendo acessível e de baixo custo. Trata-se de uma proteção em forma de rede de nylon, fixada no pneu traseiro da bicicleta como mostram as figuras a seguir.

1 - Retiramos o pneu traseiro da bicicleta como na Figura 1:

Figura 01: Pneu traseiro de bicicleta



2 - Cortamos um pedaço de “arame liso”, na medida do arco do pneu como na figura 2 e o encaixamos entre os raios modelando o mesmo e fixando-o nos raios próximos a válvula do pneu como na figura 3.

Figura 02: Arco confeccionado de arame liso.

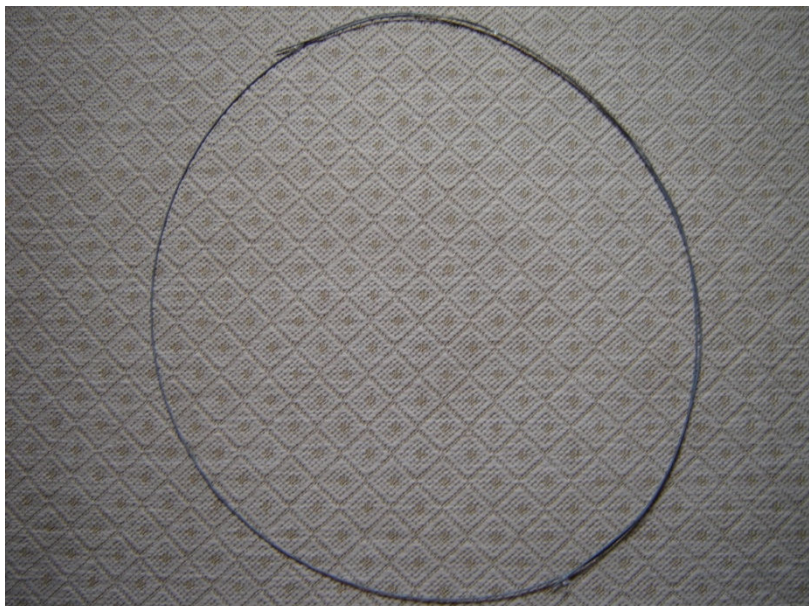
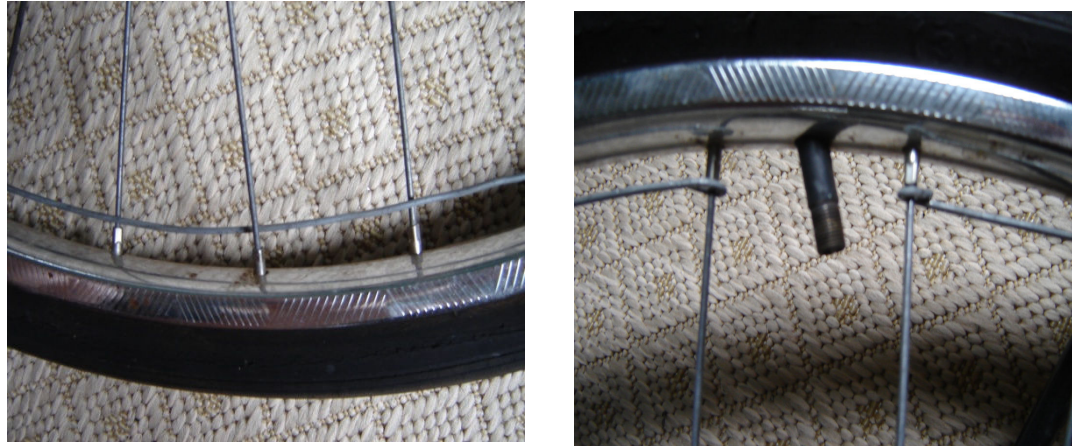


Figura 03: Arame encaixado entre os raios da bicicleta e fixado próximo a válvula do pneu.



3 - Utilizamos um recorte no formato da circunferência do pneu da bicicleta feito de nylon transparente denominado sombrite para fixar no arco de arame já colocado no pneu, deixando o espaço da válvula sem cobertura para não atrapalhar quando for preciso utilizar bomba de ar para encher o pneu.

Figura 4: Recorte de nylon (sombrite) transparente sendo fixado no arame e deixando espaço para a válvula do pneu.



4- Para fixar o recorte de nylon no arco de arame já colocado no pneu utilizamos linha de nylon própria para pesca.

Figura 5: Linha de nylon utilizada para fixar o recorte de sombrite no arco já colocado na pneu.



5 – Após a fixação estar completa deixando o recorte de sombrite bem distendido, recolocamos o pneu traseiro na bicicleta, onde podemos observar que os pés da criança não vão entrar em contato com os raios em movimento devido ao fato de o sombrite formar uma proteção sobre os mesmos, sendo que a proteção não irá atrapalhar na manutenção do pneu e nem interferir na estética do modelo da bicicleta como mostram a figura 6 e 7.

Figura 6: Pneu montado e recolocado na bicicleta demonstrando proteção.



Figura 7: Bicicleta pronta para utilização.



O lar ainda se faz o local de predominância dos acidentes em menores de 10 anos. Os acidentes têm maior chance de ocorrerem em locais onde as crianças mais freqüentam, permanecem mais tempo e desenvolvem atividades rotineiras em suas brincadeiras. Uma maior atenção, preparo e orientação dos responsáveis por estas crianças em relação a prevenir causas externas no ambiente domiciliar e em circunstâncias rotineiras, como as brincadeiras, talvez seja suficiente para reduzir o número de acidentes em crianças menores de 10 anos.

Esta pesquisa possibilitou uma maior compreensão dos acidentes em crianças, suas causas e circunstâncias. Esperamos que as informações obtidas neste trabalho venham auxiliar e subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção de causas externas em crianças menores de 10 anos que são atendidas em PA e PS e em seguida, liberadas.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – OPS. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington DC.,1985 (Publ.Cient.nº 489).
- 2–OMS Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados a saúde, décima revisão. 2ª ed. São Paulo, EDUSP; 1995.
- 3– Melione LPR. Morbidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos [dissertação]. São José dos Campos (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
- 4– Oliveira LR. Subsídios para a implantação de um sistema de vigilância de causas externas no município de Cuiabá/MT [Tese]. São Paulo (SP) :Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
- 5– Mello Jorge MHP, Cascão AM, Silva RC. Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento de sua informação. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/FSP/USP. São Paulo (SP): Série Divulgação 10; 2003.
- 6– Mesquita Filho M. Vítimas de Causas Externas Atendidas em Serviço de Urgência e Emergência – Subsídios ao Desenvolvimento de Sistema de Informações [Tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;2003.
- 7– Martins CBG, Andrade SM. Causas Externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em Pronto Socorro, internações e óbitos.São Paulo(SP): Rev Brasileira de Epidemiologia, 2005 1 – 15 [online]. Disponível em <http://www.scielo.com>. Acesso em 10/06/06.
- 8– Martins, CB ,Andrade, SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre

menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. Ribeirão Preto (SP): Rev Latino – Americana de Enfermagem, 2005 1 a 11 [online]. Disponível em <http://www.scielo.com>. Acesso em 10/06/06.

9– Ribeiro TRTM. Mortalidade por causas externas em mulheres de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras [Tese]. São Paulo (SP) : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.

10– Mello Jorge MHP, Latorre MRDO. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. Rio de Janeiro (RJ), Cadernos de Saúde Pública [online] 1994 1 – 28. Disponível em <http://www.scielo.com>. Acesso em 07/07/06.

11 – Harada MJCS, Pedreira MLG, Andreotti. Segurança com brinquedos de parques infantis: uma introdução ao problema. Ribeirão Preto (SP): Rev Latino – Americana de Enfermagem [online] 2003 – 6. Disponível em <http://www.scielo.com>. Acesso em 07/07/07.

12 – Cortez JCA. Acidentes infantis e seus riscos em creche/pré-escola da cidade de São Paulo [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo; 2002.

13 – National Center For Injury Prevention and Control (NCIPC) – Injury fact book 2001- 2002. 1ed. Atlanta: Centers for Disease control and Prevention (CDC) 2001 – 129p.

14 – Unglert CVS, Siqueira AAF, Carvalho GA. Características epidemiológicas dos acidentes na infância, São Paulo (SP), Rev de Saúde Pública [online] 1987 – 12. Disponível em <http://www.scielo.com>. Acesso em 11/07/07.

15 – Mello Jorge MHP, Koizumi MS, Tuono VL. Acidentes na infância: magnitude e subsídios para sua prevenção. Relatório Técnico – Criança Segura (Safe Kids Brasil). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo; 2007.

16 – IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo demográfico de 2007, [online]. Disponível em: [http://www .ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2007/universo.php](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2007/universo.php). Acesso em 09/02/08.

17 – Datasus. Informações de Saúde. Óbitos por causas externas – São Paulo[online] . Disponível em <http://www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 09/02/08.

18 – Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo 2000. Rev Brasileira Epidemiologia 2004;7(2): 228-238.

19 – Fogaça LF. Informações sobre vítimas de causas externas atendidas no pronto socorro e liberadas. [dissertação] Araras (SP): Universidade Guarulhos; 2007.

20 – Datasus. Informações de Saúde. Morbidade hospitalar por causas externas – São Paulo [online]. Disponível em <http://.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 05/11/07.

21 - Consumer Product Safety Commission (CPSC) – National Electronic Injury Surveillance System: All Injury Program (NEISS – AIP)- available from <http://www.cpsc.gov/about/binghise.html>, 2007.abril.

22 – OMS. Organização Mundial da Saúde. Dia mundial da saúde: os acidentes e sua prevenção. Washington,DC: OMS; 1961.

23 - Filócomo,FRF;Harada,MJC;Silva,CV;Pedreira,MLG.Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico.Ribeirão Preto (SP).Rev Latino –Americana de Enfermagem [online] 2002, 1 a10: 1-15. Disponível em www.scielo.com. Acesso em 20/07/06.

24 - Populina. Plano diretor do município de Populina quadriênio 2005/2009. Secretaria Municipal de Saúde de Populina – Prefeitura Municipal; 2005.

25 - Populina. Diagnóstico participativo de Populina - Prefeitura Municipal de Populina; 2005.

26 - Fundação SEADE. Informações dos municípios paulistas [online]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em 09/02/08.

7. ANEXOS

Anexo I – Ficha do Centro de Vigilância Epidemiológica

Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violências no Estado de São Paulo
Estudo Multicêntrico - ficha de coleta de dados

Hospital:

1. Grajaú 3. HC Ribeirão Preto 5.1 Stº. Casa Ortopedia 5.3 Stº. Casa Ps Infantil 6.

2. Pedreira 4. HC FMUSP 5.2 Stº. Casa PS Central 5.4 Stº Casa DOGI Data ____/____/____

Identificação	Registro ou número de identificação _____
	Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masc. <input type="checkbox"/> 2. Fem. <input type="checkbox"/> 9. Ignorado Idade _____ Data de Nascimento ____/____/____
	Cor ou Raça: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Parda <input type="checkbox"/> 4. Amarela <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
	Profissão: _____ Distrito ou município de residência: _____
	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 2. 1º Grau <input type="checkbox"/> 3. 2º Grau <input type="checkbox"/> 4. Superior <input type="checkbox"/> 8. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
	Como chegou ao hospital <input type="checkbox"/> 1. Andando / ônibus <input type="checkbox"/> 2. Veículo particular <input type="checkbox"/> 3. Polícia <input type="checkbox"/> 4. Resgate / ambulância <input type="checkbox"/> 5. Helicóptero <input type="checkbox"/> 6. Outras (especificar) _____ <input type="checkbox"/> 9. Ignorado

Informações Sobre o Acidente ou Violência.

Local de ocorrência do evento: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Casa <input type="checkbox"/> 2. Escola <input type="checkbox"/> 3. Via Pública (rua) <input type="checkbox"/> 4. Via Pública (rodovia) <input type="checkbox"/> 5. Local de trabalho <input type="checkbox"/> 6. Bar <input type="checkbox"/> 7. Evento Esportivo <input type="checkbox"/> 8. Outro _____ <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
(Importante não deixe sem preencher)	
Acidentes	Ac. Transporte: <input type="checkbox"/> 1. Ocupante do veículo <input type="checkbox"/> 2. Motociclista <input type="checkbox"/> 3. Pedestre / atropelamento <input type="checkbox"/> 4. Ciclista <input type="checkbox"/> 5. Outros (especificar) _____
	Queda: <input type="checkbox"/> 6. Própria altura <input type="checkbox"/> 7. Queda do leito/sofá/berço <input type="checkbox"/> 8. Queda em ou de Escada <input type="checkbox"/> 9. Outras Alturas (especificar) _____
	Queimaduras: <input type="checkbox"/> 10. fogo <input type="checkbox"/> 11. Substância / objeto quente
	Outros acidentes: <input type="checkbox"/> 12. Sufocação <input type="checkbox"/> 13. Afogamento <input type="checkbox"/> 14. Intoxicação acidental <input type="checkbox"/> 15. Corpo estranho <input type="checkbox"/> 16. Instrumento cortante/Perfurante <input type="checkbox"/> 17. Queda de objetos sobre a pessoa <input type="checkbox"/> 18. Impacto acidental contra objeto ou pessoa <input type="checkbox"/> 19. Mordida de cão <input type="checkbox"/> 20. Acidente C/ Máquinas <input type="checkbox"/> 21. Outros _____
	Violência
Agressão / homicídio: <input type="checkbox"/> 22. Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> 23. Instrumento cortante (FAB, faca etc.) <input type="checkbox"/> 24. Arma de fogo (FAF) <input type="checkbox"/> 25. Violência sexual <input type="checkbox"/> 26. Outros _____	
Suicídio / tentativa <input type="checkbox"/> 27. Envenenamento / intoxicação de substâncias <input type="checkbox"/> 28. Arma de Fogo <input type="checkbox"/> 29. Outros _____	
Suspeita de maus tratos: <input type="checkbox"/> 30. Negligência / abandono <input type="checkbox"/> 31. Violência psicológica	
Intencionalidade ignorada ou não informado: <input type="checkbox"/> 99 Ignorado	
Agressor (somente para as vítimas de agressão): <input type="checkbox"/> 1. Familiar <input type="checkbox"/> 2. Conhecido <input type="checkbox"/> 3. Desconhecido	

Lesões	Considerar somente o diagnóstico principal	
	Natureza da Lesão: <input type="checkbox"/> 1. Fratura <input type="checkbox"/> 2. Entorse / Luxação <input type="checkbox"/> 3. Corte, perfuração, laceração <input type="checkbox"/> 4. Contusão <input type="checkbox"/> 5. Queimadura <input type="checkbox"/> 6. TCE <input type="checkbox"/> 7. Lesão em órgãos internos do abdome <input type="checkbox"/> 8. Lesão em órgãos internos do tórax <input type="checkbox"/> 9. Lesão em vasos sanguíneos (hemorragias) <input type="checkbox"/> 10. Lesão em nervos <input type="checkbox"/> 11. Intoxicação <input type="checkbox"/> 12. Não há lesão <input type="checkbox"/> 13. Outros _____ <input type="checkbox"/> 99. Ignorado	
	Parte do Corpo Atingida (MARCAR MAIS DE UM SEGMENTO, SE NECESSÁRIO)	
<input type="checkbox"/> 1. Cabeça / face / pescoço <input type="checkbox"/> 2. Tórax <input type="checkbox"/> 3. Abdome e quadril <input type="checkbox"/> 4. Coluna / medula <input type="checkbox"/> 5. Membros superiores <input type="checkbox"/> 6. Membros inferiores <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		

Tipo de Saída: <input type="checkbox"/> 1. Alta <input type="checkbox"/> 2. Internado / transferido para outro hospital <input type="checkbox"/> 3. Óbito <input type="checkbox"/> 4. Evasão <input type="checkbox"/> 9. Ignorado Data ____/____/____

Observações: _____

Centro de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde SP

Anexo II – Ficha de atendimento ambulatorial



**FICHA DE
ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CARIMBO COM CNPJ

65.713.471/0001-92

Irmandade da Santa Casa de
Misericórdia de Populina

Rua 13 de Maio, nº 1099 - Centro
CEP 15670-000

POPULINA - SP

NÚMERO /ORDEM

CÓDIGO UNIDADE

MATRÍCULA

DATA/ATENDIMENTO

HORÁRIO: _____ HS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

EST. R.G. DC DATA NASC. / / SEXO MASC. FEM.

END. CEP - /

BAIRRO MUNICÍPIO CÓD. MUNIC.

TIPO DE ATENDIMENTO

13 () URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 39 () PRIMEIRA CONSULTA 52 () CONSULTA DE RETORNO

91 () 1º ATENDIMENTO NO ANO NA UNIDADE 11 () ACIDENTE DE TRABALHO - (COMUNICAR CAT.)

TIPO	ID	PR	ESPEC.	CID
1 PROCED.	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
2 PROCED.	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
3 PROCED.	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
4 PROCED.	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
5 PROCED.	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>
6 PROCED.	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS/SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL


CONDUTA

ASSINATURA E CARIMBO
DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CR

ASSINATURA
DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Anexo III – Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE DE TRABALHO	37 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS () CPF	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Anexo IV – Formulário

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM FAMILIARES

Registro do nº de identificação: _____

Data da entrevista: ___/___/___

No dia ___/___/___ o (a) _____, (primeiro nome da criança), foi atendida no () PS () PSF /CSII, porque _____

_____ (repetir o anotado na ficha de atendimento).

1 – O Sr. (a) **VIU** o que aconteceu ?

() Não () Sim - Caso sim, passar para a Q 3 e 4.

2 – **CONTARAM** para a Sr. (a) o que aconteceu com ela?

() Não () Sim - Caso sim passar para a Q 3 e 4

3 – Conte-me onde aconteceu

4 – Conte-me como aconteceu

NOTA : Terminada a entrevista, ler para o respondente o que foi anotado para confirmar se os dados estão corretos.

Anexo V - Informações sobre a pesquisa e Termo de consentimento Livre e Esclarecido



INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: Informações sobre Causas Externas ocorridas em crianças atendidas em Pronto Atendimento e Pronto Socorro – subsídios para sua prevenção.

Pesquisadora: Daniela da Silva Garcia Costa **Orientadora:** Profa. Dra. Maria Sumie Koizumi

Esta pesquisa pretende identificar os tipos de Causas Externas e de lesões que atingem as crianças de ambos os sexos e das faixas etárias menores de 10 anos. Pretende também analisar os tipos de lesões descritas durante o atendimento de emergência, relacionando-as com os tipos de causas externas, onde e como eles ocorreram. A mesma terá como benefício fundamentar os programas de prevenção de Causas Externas em crianças menores de 10 anos.

Para isso, desejamos entrevistar um dos familiares, responsáveis pela criança, que conviva mais tempo com a mesma, em sua residência, para informar sobre o ocorrido: local do acontecimento e como aconteceu. Informamos ainda que alguns dados já foram obtidos das fichas e prontuários do Centro de Saúde II e da Santa Casa de Misericórdia local, onde a criança foi atendida.

Garantimos que você nem ninguém de sua família terão risco ou prejuízo por participar ou não da pesquisa, incluindo o serviço de saúde onde são atendidos, principalmente em se tratando de atendimento nos locais citados. Garantimos também que todas as informações fornecidas serão tratadas como confidenciais, de forma que ninguém será identificado nominalmente. A ficha preenchida da criança terá um código numérico que somente a pesquisadora terá acesso, mantendo a família e a criança em anonimato. Queremos deixar claro que não haverá nenhuma despesa para o participante em qualquer fase do estudo, nem compensação financeira relacionada à sua participação. A pesquisadora se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. A entrevista deverá durar cerca de quinze (15) minutos e, caso sinta desconforto, a qualquer momento você poderá retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo ou dano.

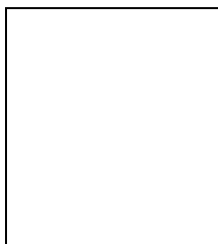
Esperamos que os resultados desta pesquisa venham a beneficiar, de maneira geral, a esclarecer as Causas Externas que ocasionam atendimento médico em crianças na faixa etária menores de 10 anos e desenvolver programas para sua prevenção.

Populina, ____ de _____ de 2007.

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Digital do responsável:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

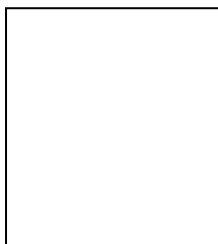
Eu, _____, RG: _____, responsável pela criança registro nº _____ (nº do formulário), abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Informações sobre Causas Externas ocorridas em crianças atendidas em Pronto Atendimento e Pronto Socorro – subsídios para sua prevenção**. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Daniela da Silva Garcia Costa sobre a pesquisa que pretende estudar os tipos de Causas externas e de lesões que acometem as crianças, onde e como eles ocorreram. Confirmando que recebi todas as informações sobre minha participação na pesquisa e a garantia de que receberei todos os esclarecimentos que julgar necessário. Esclareço, também, que fui verbalmente informada sobre todos os passos da pesquisa e de que não haverá riscos para minha pessoa e meus familiares, incluindo a criança, por estar participando dela. Tomei conhecimento de que não terei nenhuma despesa por participar e que tenho liberdade para recusar a participação no estudo, a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade, prejuízo ou interrupção inclusive do acompanhamento/assistência/tratamento nos estabelecimentos de saúde que utilizo. Autorizo, para os devidos fins, a divulgação e publicação dos resultados obtidos em publicações científicas.

Populina, ____ de _____ de 2007.

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Digital do responsável:



Certifico que informei e li textualmente as informações sobre a pesquisa e o termo de consentimento informado à pessoa nomeada acima.

Populina, ____ de _____ de 2007

Daniela da Silva Garcia Costa
Pesquisadora

Telefone de contato da pesquisadora : (14) 35322716

Telefone de contato da orientadora : (11) 6464 1785

Endereço: Universidade Guarulhos – UnG. Curso de Mestrado em Enfermagem
Rua: Nilo Peçanha, 81 Centro – Guarulhos. CEP 07011-040

Anexo VI – Autorização para uso de prontuário médico

Anexo VI – Autorização para uso de prontuário médico



Departamento Municipal de Saúde Coordenadoria de Saúde Municipal Centro de Saúde II de Populina

AUTORIZAÇÃO PARA O USO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Populina, 18 de junho de 2007.

Eu, Dr. Antônio Braz Posseti, na condição de Secretário da Saúde do Município de Populina, venho através deste autorizar Daniela da Silva Garcia Costa, aluna do curso de Pós- Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos em Guarulhos – SP, a utilizar os prontuários médicos e todas as suas informações, dos pacientes atendidos no Centro de Saúde II e Santa Casa de Misericórdia pertencente a Prefeitura Municipal de Populina sito: Rua 13 de Maio, nº 1211 – CNPJ: 51842177/0001-76 deste município. Estando eu, ciente que, os prontuários utilizados serão o de atendimento médico ambulatorial e de internação de crianças menores de 10 anos, de acordo com a faixa etária estipulada para a realização da pesquisa, sendo um prontuário por paciente. Através deste serão coletados dados necessários para o preenchimento da Ficha da Vigilância Epidemiológica já existente, da qual previamente estou ciente; dentro do proposto no projeto de pesquisa com título: Informações sobre Causas Externas ocorridas em crianças atendidas em Pronto Atendimento e Pronto Socorro – subsídios para sua prevenção. Tendo como orientadora responsável: Prof. Dra. Maria Sumie Koizumi. O nome dos pacientes em questão, contidos nos prontuários serão mantidos em total sigilo juntamente com as informações presentes nos mesmos, através de codificação por número do cadastro de cada paciente já existente nos locais referidos podendo ser utilizados pela pesquisadora no momento de acesso aos prontuários para identificação destes pacientes. Autorizo também a utilização dos mesmos por um período de quatro (4) meses, com data a partir de agosto de 2007.



Dr. Antônio Braz Posseti – RG: 9756290
Secretário Municipal de Saúde
Populina 18/06/2007



Daniela da S. G. Costa –Pesq.
Resp. COREN: SP – 105633



Anexo – VII

Autorização
CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Populina, 18 de Junho de 2007.

Ilmo (a). Sr (a) Dr. Antônio Bráz Posseti

Solicito a permissão de V.S.^a para a realização de pesquisa para elaboração de dissertação de mestrado na área de enfermagem e posterior publicação de artigo, intitulada **"Informações sobre Causas Externas ocorridas em crianças atendidas em Pronto Atendimento e pronto Socorro – subsídios para sua prevenção"** pela Universidade de Guarulhos.

O estudo tem os seguinte objetivos: Identificar os tipos de Causas Externas e de lesões que atinge as crianças de ambos os sexos das faixas etárias menores de 10 anos; e analisar tipos de lesões descritas durante o atendimento de emergência relacionando-os com tipos de causas externas, local da ocorrência (enfocando o intra e extradomiciliar), e as circunstâncias do evento. Todas as avaliações serão realizadas pela autora do estudo. Os dias e horários serão determinados por V. S.^a, para não interferir na rotina da unidade.

Todas as dúvidas relacionadas à pesquisa serão prontamente esclarecidas, a quem for de direito. Não haverá ônus financeiro para V. S.^a. ou para a instituição.

Será mantido caráter confidencial das informações, de forma a manter no anonimato os participantes da pesquisa.

Certa de poder contar com sua colaboração, aproveito para antecipadamente agradecer e me colocar à disposição para maiores esclarecimentos pelo telefone (17 – 91067306). Quaisquer dúvidas também podem ser esclarecidas por V. S.^a com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos – Guarulhos – SP.

Atenciosamente,

Pesquisadoras: Daniela da S. Garcia Costa

Ilmo (a) Sr (a)

Secretário de Saúde: Dr. Antônio Bráz Posseti

Anexo VIII – Parecer de aprovação do projeto



Guarulhos, 08 de agosto de 2007.

Exma. Sra.
Daniela da S. G. Costa

PARECER Nº 102/2007

Referência: **Aprovação de Projeto**
SISNEP/285 - "Informações sobre causas externas ocorridas em crianças atendidas em pronto atendimento e pronto socorro – subsídios para sua prevenção"

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria "Informações sobre causas externas ocorridas em crianças atendidas em pronto atendimento e pronto socorro – subsídios para sua prevenção" - SISNEP/285, na reunião de 08.08.2007, e no uso das competências definidas na Res. CNS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado**.

As orientações abaixo devem ser consideradas pelo Pesquisador Responsável durante a realização da pesquisa, visando que a mesma se desenvolva respeitando os padrões éticos:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- Eventuais modificações ou emendas e eventos adversos ao protocolo, devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Esclarecemos a necessidade da apresentação de relatório final até **01.03.08**.

Luciene Cristina de Figueiredo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa