

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



LETÍCIA ROCHA DE OLIVEIRA

INJÚRIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UNIDADE
DE PRONTO ATENDIMENTO E EM UNIDADE HOSPITALAR DE ARACAJU –SE

ARACAJU-SE

2016

LETÍCIA ROCHA DE OLIVEIRA

**INJÚRIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UNIDADE
DE PRONTO ATENDIMENTO E EM UNIDADE HOSPITALAR DE ARACAJU –SE**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do grau de bacharel
em Medicina.

Orientador:

Prof.^a Eleonora Ramos de Oliveira

ARACAJU-SE

2016

LETÍCIA ROCHA DE OLIVEIRA

**INJÚRIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UNIDADE
DE PRONTO ATENDIMENTO E EM UNIDADE HOSPITALAR DE ARACAJU-SE**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de
Medicina da Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do grau de bacharel
em Medicina.

Aprovada em ____/____/____

Orientador: Prof.^a Eleonora Ramos de Oliveira

Autor: Letícia Rocha de Oliveira

BANCA EXAMINADORA

ARACAJU-SE

2016

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, principal responsável por minhas conquistas e sem o qual nunca teria chegado aonde cheguei.

Agradeço a minha orientadora Prof. Eleonora Ramos de Oliveira pela disponibilidade e paciência, desde o PET – Redes de Urgência e Emergências até concretizarmos o presente trabalho. Agradeço também ao Prof. Marco Antônio Prado Nunes por todo o apoio.

A minha preceptora do PET na UPA Fernando Franco, Maria de Fátima, por me ajudar a procurar cada prontuário que necessitei para a conclusão deste trabalho.

A minha família que é fonte de inspiração e me ajudou a prosseguir sempre, acolhendo-me nos dias que mais necessitei, em especial meu irmão, Fagner Rocha de Oliveira, que é um grande exemplo de perseverança.

Ao meu namorado, Carlos Alisson Amparo Pereira, por ser paciente, na medida do possível, entendendo minhas angústias e apreensões em relação ao “temido” trabalho de conclusão de curso.

Agradeço aos meus amigos de faculdade, em especial minha dupla, Diani Elena Melo Costa, que me ajudou a ver que as coisas na vida podem ser muito mais simples do que imaginamos.

Por fim, agradeço a cada paciente que me ajudou indiretamente a realização deste trabalho e a Universidade Federal de Sergipe pela formação em medicina.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	8
3. NORMAS DA REVISTA REVISTA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE – RBPS	16
4. ARTIGO ORIGINAL.....	27
4.1 FOLHA DE ROSTO	27
4.2 RESUMO.....	28
4.3 ABSTRAT.....	29
4.4 INTRODUÇÃO.....	30
4.5 METODOLOGIA.....	31
4.6 RESULTADOS.....	32
4.7 DISCUSSÃO.....	33
4.8 CONCLUSÃO.....	34
5. REFERÊNCIAS.....	35
6. TABELAS.....	37

1. INTRODUÇÃO

As causas externas, compreendidas como os acidentes e violências, ocupam posição de destaque no perfil da mortalidade de jovens e crianças acima de um ano de idade. Constituem, assim, importante problema de saúde pública, o que requer o aprofundamento de estudos. No Brasil, as causas externas foram a principal causa de mortalidade proporcional para a faixa etária de um a 39 anos (MOURA, 2006). Em Sergipe, no ano de 2015, segundo o banco de dados do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), 23,5% das internações no SUS foram destinadas aos menores de 18 anos, sendo 6% delas em decorrência de causas externas.

O termo acidente tem uma conotação de imprevisibilidade, denotando que não possa ser previsto ou evitado. Entretanto, os acidentes geralmente não ocorrem ao acaso, como uma fatalidade, mas como resultado de um conjunto de fatores (psíquicos, físicos e ambientais, correlacionados à criança e ao meio em que vive), o que torna mais ou menos previsível a sua ocorrência. Como a grande maioria dos acidentes, se não todos, são evitáveis, sugere-se que sejam identificados como lesões não intencionais evitáveis (CARDOSO, 2010). Entende-se por violência o evento representado por ações realizadas intencionalmente por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Existe grande dificuldade em separar a injúria não intencional da injúria intencional, em crianças, devido aos altos índices de negligência por parte dos cuidadores.

Segundo Malta (2009), a maior proporção de acidentes (60%) ocorre no ambiente domiciliar, seguido da via pública, escola, local de prática de esporte. As quedas e as queimaduras tiveram maior participação no grupo etário mais jovem (<1 ano), enquanto os acidentes de transporte e os demais tipos de acidentes apresentaram maior frequência entre as crianças com idade de dois a cinco anos. Em outro estudo Malta mostrou que, dentre as causas externas na infância, os serviços de urgência e emergência atenderam majoritariamente crianças vítimas de acidentes, predominando os casos mais leves, os quais receberam encaminhamento de alta, com cerca de 20% dos atendimentos evoluídos para internação ou encaminhados para outros serviços. As ocorrências foram mais frequentes em crianças de 2 a 5 anos, tanto os acidentes, quanto

as violências. As quedas foram mais frequentes do mesmo nível entre maiores de 2 anos, em 0 a 1 ano ocorreram mais quedas de berços, cama e mobílias. As agressões físicas foram o tipo mais comum de violência, sendo mais frequente em 6 a 9 anos e as negligências foram mais frequentes em crianças de 2 a 5 anos. Em mais da metade dos casos o agressor foi alguém da própria família.

Devido às altas taxas de ocorrência, uma maior atenção das políticas públicas faz-se necessária, além de uma maior pró-atividade dos cuidadores dessas crianças em relação à diminuição dessas taxas, para que assim tenhamos menos desfechos desfavoráveis e menos gastos com internações hospitalares.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Uma injúria é definida como "um dano físico em um corpo humano que resulta de uma energia que é de repente submetido em quantidades que excedam o limiar de tolerância fisiológica - ou então o resultado de uma falta de um ou mais elementos vitais, tais como o oxigênio". A energia em questão pode ser mecânica, térmica, química ou irradiada. (BAKER, 1992)

As injúrias na infância são um problema de saúde pública que requer atenção urgente. Lesões e violência foram uns dos principais assassinos de crianças em todo o mundo. Eles foram a causa de morte principal para crianças com idades entre 10-19 anos. Lesões não intencionais representam quase 90% destes casos. As injúrias são uma área de preocupação significativa a partir da idade de um ano, e contribuem cada vez mais para taxa geral de morte de crianças até atingirem idade adulta. Centenas de milhares de crianças morrem anualmente de acidentes ou violência, e milhões de outras pessoas sofrem as consequências de lesões não fatais. A morte é a medida mais notável da lesão, mas ela não é nem o único resultado, nem o mais comum. Lesão é muitas vezes graficamente representada como uma pirâmide, sendo o menor grupo, o da morte, no topo, lesão que são hospitalizáveis no meio e o maior grupo, o prejuízo não hospitalizado, na base (WHO, 2008).

É grande a quantidade de acidentes no mundo e no Brasil (BEZERRA, 2014). No mundo, a morbimortalidade por causas externas (intencionais e não intencionais), na infância, tem alta prevalência, sendo de grande interesse da saúde pública. As estatísticas mundiais imprimem diferenças regionais e mostram que as maiores taxas de mortalidade (TM) na infância encontram-se em países da África (TM=53,1/100.000) e Ásia (TM=21,8/100.000), sendo que os menores valores podem ser encontrados em países da América do Norte (TM=14,4/100.000) e Europa (TM=7,9/100.000) (MALTA, 2009).

Em relação aos tipos mais frequentes de injúrias temos as quedas, queimaduras, intoxicação, acidentes de trânsito e cortes. Já em relação aos óbitos ocorridos na infância, as principais causas incluem os acidentes de trânsito (TM=10,7/100.000),

afogamento (TM=7,2/100.000), queimaduras (TM=3,9/100.000), quedas (TM=1,9/100.000) e envenenamentos (TM=1,8/100.000) (MALTA, 2009).

Em um estudo realizado em Montes Claros-MG, Xavier-Gomes (2013), mostrou que há predominância das quedas, com 66 casos, representando 63,5% dos acidentes, seguidas dos escorregões (8,6%), das queimaduras (5,7%), dos choques elétricos (5,7%), dos cortes (4,8%), da obstrução de vias aéreas (4,8%), das colisões (3,8%) e das intoxicações (2,9%). Em outro estudo realizado no interior de São Paulo em 2009 também mostrou a queda como o principal tipo de injúrias não intencionais com 69,01%, seguido de ferimentos 17,43% e atropelamentos 3,73%. Neste mesmo estudo verificou-se que, entre as crianças pesquisadas, 41 sofreram algum tipo de acidente, sendo 104 acidentes no total. Quinze crianças sofreram apenas um acidente; dez crianças sofreram acidentes duas vezes; cinco crianças se acidentaram três vezes; cinco crianças foram acidentadas cinco vezes. O que nos faz concluir que a maioria das crianças é reincidente.

Em um estudo realizado na Argentina, Fiorentino (2012), em relação à topografia das lesões traumáticas e a idade, observou-se no primeiro grupo (crianças com menos de 3 anos) uma maior frequência de trauma cranioencefálico (TCE): 74% (n=86), seguido de trauma de membros (n=15) e outras localidades (n=16). No grupo de 3 a 10 anos, apresentou elevada incidência de fraturas dos membros: 32%, TCE (n=47) e outras regiões (n=12), enquanto, no grupo de crianças com mais de 10 anos, a maior frequência correspondeu as lesões em membros inferiores (n=15), coluna e lesões intra-abdominais (n=7), que alcançaram 65%, e para TCE (n=12), 35%. Já Maciel, 2015 encontrou que os membros superiores foram os mais atingidos (42,2%), seguido dos membros inferiores (22,9%) e depois cabeça/face (12,7%).

Vieira (2009) discorre que no primeiro ano de vida, a criança começa a se movimentar no berço, sentar, manter-se em pé e vivencia a fase oral. São frequentes as quedas, intoxicações por produtos domiciliares, aspiração de corpos estranhos e queimaduras. Do segundo ao quinto ano de vida, a criança já corre, pula, é mais curiosa e ativa, explicando as queimaduras, intoxicações, quedas e acidentes de trânsito, comuns nessa fase da vida.

Os meninos tendem a ter tanto maior frequência como maior gravidade nas injúrias que meninas. Diferenças entre os sexos aparecem dentro do primeiro ano de

vida para a maioria dos tipos de injúrias. Em crianças menores de 15 anos, há, em média, 24% mais mortes por injúrias entre os meninos que entre as meninas. Os dados de países desenvolvidos indicam que, desde o nascimento em diante, os homens tiveram maiores taxas de injúrias que as mulheres, para todos os tipos de injúrias. O padrão é menos uniforme em países em desenvolvimento, mas em geral a diferença entre os gêneros é clara, com as taxas de mortalidade por injúrias um terço maior no sexo masculino, em indivíduos com menos de 20 anos de idade, que no sexo feminino. Várias são as teorias que tem sido propostas para a diferença em taxas de acidentes entre meninos e meninas. Estas incluem a ideia de que os meninos se envolvem em atividades de maiores riscos que as meninas, eles se comportam mais impulsivamente. Também estão incluídas as teorias de que os rapazes são socializados de uma maneira diferente das meninas e são menos propensos a ter a sua exploração controlada pelos pais (WHO, 2008)

Maciel (2015) relata que em relação à idade das crianças internadas em pronto socorro públicos em São Luís do Maranhão, 51,8% das crianças com idade entre 6 a 9 anos, 35,5% entre 2 a 5 anos e 12,7% eram menores de um ano de idade ou iguais.

Segundo Malta (2009) a maior proporção de acidentes (60%) ocorreu no ambiente domiciliar, seguido da via pública, escola, local de prática de esporte. As quedas e as queimaduras tiveram maior participação no grupo etário mais jovem (<1 ano), enquanto os acidentes de transporte e os demais tipos de acidentes apresentaram maior frequência entre as crianças com idade de dois a cinco anos. Em outro estudo Malta mostrou que, dentre as causas externas na infância, os serviços de urgência e emergência atenderam majoritariamente crianças vítimas de acidentes, predominando os casos mais leves, os quais receberam encaminhamento de alta, com cerca de 20% dos atendimentos evoluídos para internação ou encaminhados para outros serviços. As ocorrências foram mais frequentes em crianças de 2 a 5 anos, tanto os acidentes, quanto as violências. As quedas foram mais frequentes do mesmo nível entre maiores de 2 anos, em 0 a 1 ano ocorreram mais quedas de berços, cama e móveis. As agressões físicas foram o tipo mais comum de violência, sendo mais frequente em 6 a 9 anos e as negligências foram mais frequentes em crianças de 2 a 5 anos. Em mais da metade dos casos o agressor foi alguém da própria família.

Xavier-Gomes (2013) relatou que as faixas etárias de três meses a menor de oito meses e de oito meses a menor de quatro anos foram apontadas como as que mais se acidentaram. Na primeira faixa etária, observa-se que a criança, em relação à sua segurança, é extremamente dependente da mãe e dos demais adultos em situação de acidentes. Há um aumento da habilidade motora. Com o aumento da motilidade e a crescente atividade exploratória, os riscos ambientais se intensificam. Na segunda faixa etária (oito meses a menor de quatro anos), a capacidade motora desenvolve-se rapidamente. A criança aprende a andar, e crescem a curiosidade e o sentido de descoberta do mundo exterior. Com o aumento da motilidade e a crescente atividade exploratória, os riscos ambientais se intensificam.

Em relação às queimaduras, Cartaxo (2012) em um estudo no Ceará, identificou que 23 (61%) eram meninos e 15 (39%) meninas; 9 (23%) na faixa etária de 1 ano; 34 (89%) dos acidentes ocorreram no domicílio e 4 (11%) em local indeterminado; os agentes causais principais foram a água fervente com 11 casos (28%) e o café quente com 9 ocorrências (24%). Encontraram-se 18 casos (48%) de pequenos queimados e 35 (92%) casos de queimaduras de segundo grau.

A maior parte das injúrias na infância predomina em países de baixa renda e de renda média. Os grupos mais vulneráveis são aqueles que vivem em situação de pobreza crônica. Eles são um grupo heterogêneo, muitas vezes vivendo em áreas rurais remotas ou em zonas de conflito ou então deslocados. Na República Islâmica do Irã, por exemplo, baseado em pesquisa na comunidade, mostrou que a maioria das injúrias não intencionais fatais em crianças com idade inferior a 15 anos ocorreu em áreas remotas ou rurais. (WHO, 2008).

Em um estudo realizado em Fortaleza-CE, Vieira (2012) para avaliar a ocorrência de injúrias não intencionais, detectou que 257 famílias (71,0%) sobreviveram com até um salário mínimo. Em 287 (79,3%) famílias, pelo menos uma pessoa foi empregada contra 75 (20,7%), onde todos tinham um trabalho. Xavier-Gomes (2013), verificou que à classe socioeconômica a qual pertence a maioria das crianças que sofre injúrias não intencionais, é à classe C, 26 crianças (52,0%), e 24 crianças, à classe D (42,0%). Alaghehbandon (2010) mostra que famílias em situação de sociais vulnerabilidade, têm maior probabilidade de ser vítimas de "acidentes".

Moura (2006) mostrou em um estudo que avalia as injúrias ocorridas em domicílio que 52,8% das mães trabalham fora de casa, 32,3% das mães e 25,0% dos pais entrevistados possuem formação em nível médio. Castilho (2005) informou que se o chefe da família não tem uma educação que facilita a captação de linhas de orientação, a compreensão da importância dos cuidados é comprometida.

Vieira (2009) relatou que alguns fatores comumente encontrados no lar que favorecem os acidentes domésticos: fatores químicos (substâncias destinadas à higiene pessoal, limpeza doméstica e drogas com fins terapêuticos), físicos (banheiros, cozinha, escadas, janelas, quintal e piscina, eletricidade e calor), biológicos (animais domésticos, animais peçonhentos, roedores e plantas venenosas), estruturais (formação da família e condições ambientais, sociais e econômicas), culturais (hábitos, estilo de vida e crenças familiares), dentre outros.

Martins (2013) relatou que há fatores de risco, fatores de proteção e fatores de vulnerabilidades, dentre os fatores de risco, listou os fatores socioeconômicos, constituição/estrutura familiar, ambiente doméstico, idade e características de personalidade da vítima, sexo da vítima, etnia da vítima, uso de bebidas alcoólicas e substâncias químicas, fatores biológicos, fatores multicausais; já entre os fatores de proteção temos a família estável, afeto, valorização da criança como prioridade, valorização da saúde como prioridade, proteção da criança contra estresses cotidianos, comunicação efetiva, modelos competentes de cuidado, fontes de apoio social, escolas de qualidade, recursos na vizinhança, educação no trânsito, entre outros e por fim, entre os fatores de vulnerabilidade, encontramos os estresses cotidianos, doença ou perda de um dos pais, pobreza, desigualdades sociais, racismo, escolas deficientes, isolamento social, falta de afeto, violência urbana e as guerras.

Segundo a WHO (2008), as injúrias não intencionais podem ser controladas ou prevenidas. Por causa das muitas causas e a estreita inter-relação entre elas, há uma ampla gama de abordagens para prevenção. Várias são as propostas de modelos para prevenção, o modelo clássico é utilizado, incluindo:

- A prevenção primária: Prevenção de novas lesões;
- A prevenção secundária: A redução da gravidade dos ferimentos;

- A prevenção terciária: a diminuição da frequência e gravidade da deficiência de uma lesão.

Maia e Campos (2012) disseram que uma das principais situações no cenário dos acidentes domésticos é falta de preocupação, por parte dos responsáveis, com situações previsíveis. Situações de grande frequência como colocação de produtos e substâncias tóxicas no alcance da criança causam acidentes que podem variar seus graus de acometimento. Acidentes como estes podem ser facilmente evitados se for adotado um comportamento preventivo, contudo, isso ainda não é realidade no âmago das famílias. O estudo constatou que a maior parte dos entrevistados já passou por uma experiência de acidente em casa envolvendo criança ou adolescente. Este dado deixa clara a importância de articular programas de educação voltados para o tema.

Além do investimento em políticas públicas que respondam ao desafio da redução dos acidentes, é necessário, também, que os professores e os auxiliares sejam proativos e capazes de reconhecer esses riscos, propondo soluções em tempo hábil para evitar acidentes, sequelas e óbitos. Trata-se, pois, de uma educação básica em cadeia. (VIEIRA, 2009)

REFERÊNCIAS

ALAGHEHBANDAN, Reza et al. Unintentional injuries among children and adolescents in Aboriginal and non-Aboriginal communities, Newfoundland and Labrador, Canada. **International journal of circumpolar health**, v. 69, n. 1, p. 61, 2010.

BAKER, Susan P. et al. The injury fact book. **Oxford University Press**, USA, 1992.

BEZERRA, Maria Augusta Rocha; ROCHA, Ruth Cardoso; NEGREIROS, Fabyanna dos Santos; LIRA, Fernanda Miranda. Oliveira de Moraes. DE SOUSA, Lucicleia Tavares; SANTIAGO, Sabatha Coelho Gomes. Acidentes domésticos em crianças: concepções práticas dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.19, n. 4 p. 776-84, 2014

CARTAXO, Altamira Noádia Barbosa et al. Caracterização Dos Casos De Queimaduras Infantis Em Hospital Materno-Infantil De Referência Municipal. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 10, n. 1, p. 45-53, 2012.

CASTILHO, Simone Gestal; BERCINI, Luciana Olga. Acompanhamento de saúde da criança: concepção das famílias do município de Cambira, Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 129-138, 2005.

FIORENTINO, Jorge A. et al. Trauma en pediatría: Estudio epidemiológico en pacientes internados en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". **Arch. argent. Pediatr**, v. 113, n. 1, p. 12-20, 2015.

MACIEL, Sergiane Maia et al. Acidentes em crianças menores de dez anos: análise das internações em Prontos - Socorros Públicos de São Luís, MA.. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 189-204, 2015.

MAIA, Giovano; CAMPOS, Renata. Segurança para crescer. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 1, n. 1, p. 131-142, 2012.

MALTA, Deborah Carvalho; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; DA SILVA, Marta Maria Alves; MACÁRIO, Eduardo Marques. Perfil dos atendimentos de

emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1669-679, 2009.

MARTINS, Christine Baccarat De Godoy. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Rev. bras. Enferm**, v. 66, n. 4, p. 578-584, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em setembro de 2016]. **Informações de Saúde. Produção hospitalar**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>

MOURA, Daiany Alves; MARTINS, Cleusa Alves. Causas externas ocorridas no domicílio sofridas por crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Goiânia. In: CONGRESSO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO DA UFG-CONPEEX, 3, 2006, Goiânia. **Anais eletrônicos do XIV Seminário de Iniciação Científica** [CD-ROM], Goiânia: UFG, 2006. p. 22

XAVIER-GOMES, Ludmila Mourão; ROCHA, Renata Mendes; DE ANDRADE-BARBOSA, Thiago Luis. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. **O mundo da saúde**, v. 37, n. 4, p. 394-400, 2013.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre De Souza et al. Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1687-1697, 2009.

VIEIRA, Luíza Jane Eyre de Souza; PORDEUS, Augediva Maria Jucá; LIRA, Samira Valentim Gama; MOREIRA, Deborah Pedrosa; PEREIRA, Aline de Souza; BARBOSA, Isabella Lima. Associated factors for the occurrence of unintentional injuries in children from a low-income community in northeastern Brazil. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. 2, p. 127-35, 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION, United Nation Children's Fund. World report on child injury prevention. Geneva: **WHO**; 2008.

3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E INSTRUÇÕES AOS COLABORADORES DA REVISTA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE – RBPS

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS), anteriormente Revista do Centro de Ciências da Saúde (RECCS), é uma publicação trimestral da Universidade de Fortaleza, com circulação desde 1984, que tem por finalidade a divulgação do conhecimento científico em Promoção da Saúde, destinando-se aos profissionais de saúde e afins que desenvolvam ações e pesquisas em Saúde Pública/Coletiva, Promoção da Saúde e assuntos de relevância e correlação com estas áreas.

O conteúdo da RBPS está disponível nos *websites* <http://www.unifor.br/rbps> e <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS> sendo de livre acesso.

Esta revista aceita contribuições nas seguintes categorias:

- **Editoriais:** destina-se a discussão de temas diversos relativos a algum assunto de importância da área, a temas abordados naquele número da revista, ou a questões da própria revista. São habitualmente encomendados pelos Editores a autoridades em áreas específicas (máximo de 1.000 palavras).
- **Artigos Originais:** destina-se a divulgação de resultados de pesquisa inédita de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Artigo de Revisão:** destina-se a avaliações críticas e ordenadas da literatura sobre um determinado tema. Os artigos desta categoria são geralmente encomendados pelos editores a autores com comprovada experiência no assunto. Revisões não encomendadas são também aceitas, desde que expressem experiência do(s) autor(es) na área e sejam revisão sistemática da literatura (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais:** destina-se a descrição ou avaliação crítica de novas experiências em serviços de saúde, métodos, técnicas ou instrumentais, e de procedimentos ou condutas adotadas como rotina ou em experimentação em instituições ou grupos profissionais atuantes (máximo de 4.000 palavras e 3 ilustrações).

- **Relatos de casos:** destina-se a descrição de pacientes, doenças ou situações interessantes que apresentem algum aspecto original, incluindo descrição de casos raros, comportamentos atípicos, assim como formas inovadoras de diagnóstico e tratamento (máximo de 4.000 palavras e 3 ilustrações).

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os artigos devem ser escritos em português, inglês ou espanhol, obedecendo às normas especificadas abaixo.

Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas (a página inicial, resumo, abstract e ilustrações serão considerados à parte).

O artigo deve ser original e se destinar exclusivamente a esta revista. O artigo não pode ter sido ou ser submetido à outra revista durante o período de análise para publicação na RBPS.

Em caso de submissão ou publicação simultânea, o manuscrito será recusado e devolvido aos autores.

Todos os autores devem ter participado de forma significativa do trabalho para assumir a responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Antes de submetê-lo, todos os autores devem ter lido e aprovado a sua versão final. O crédito de autoria deve se basear em contribuições significativas durante as etapas de desenvolvimento do trabalho (concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão do manuscrito de forma intelectualmente significativa).

Devem ser informados possíveis conflitos de interesse (relações entre autores e empresas ou indivíduos com interesse no material abordado pelo artigo), assim como os órgãos ou instituições financiadoras da pesquisa.

Ao encaminharem os manuscritos, os autores assumem total responsabilidade pelo seu conteúdo e/ou eventuais conflitos de interesse.

Os manuscritos aceitos para publicação são de propriedade da RBPS, sendo sua reprodução total ou parcial permitida, desde que a fonte seja mencionada.

Os manuscritos recusados não serão devolvidos, exceto quando solicitados pelos respectivos autores.

Por questões de padronização deste periódico, os editores reservam-se o direito de proceder pequenas modificações, caso necessário, na redação ou aspectos gráficos do manuscrito, não obstante, sem comprometer o seu conteúdo.

PROCESSO DE ANÁLISE

Sendo compatível com a política editorial da revista e estando de acordo com as Instruções aos Colaboradores, todos os artigos submetidos serão analisados pelo comitê editorial.

A seleção dos manuscritos para publicação ocorre em 2 fases: na primeira, os editores chefe e científico avaliam a qualidade científica, a clareza do texto e o interesse do tema para o público alvo da RBPS. Ao ser aprovado, na segunda fase o manuscrito é encaminhado para avaliação por dois pareceristas pertencentes ao comitê editorial, de reconhecida competência no assunto abordado. Durante todo o processo de julgamento, de caráter duplo-cego, será mantido sigilo, sendo os referidos autores e pareceristas mantidos em anonimato. A decisão final de aceitação ou recusa do manuscrito caberá aos editores.

O prazo para a avaliação pelo Corpo Editorial será em torno de 90 dias, a contar do recebimento do manuscrito. Caso os pareceres sejam divergentes, um terceiro consultor dará o parecer final.

Será encaminhado ao autor principal o parecer final do Conselho Editorial (aceito, aceito com modificações ou recusado).

Os comentários realizados pelos revisores serão encaminhados aos autores para que as modificações no texto ou as justificativas de sua conservação sejam redirecionadas para a revista em prazo de até 20 dias. Os manuscritos reformulados entrarão na sequência de publicação impressa e eletrônica de acordo com a ordem cronológica dos documentos aprovados.

Na versão eletrônica, os manuscritos serão também publicados na língua inglesa. A versão na língua inglesa destes manuscritos poderá ser realizada pelos autores ou mediante pagamento à revista nos prazos estabelecidos pelos editores.

INSTRUÇÕES PARA ENVIO DO MANUSCRITO PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos devem ser enviados para o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER) no endereço eletrônico: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS>.

INSTRUÇÕES PARA A PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

O manuscrito, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas

Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas ([http:// www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

O manuscrito deve conter as seguintes seções:

I. Página de ROSTO;

II. Resumo em português, *abstract* em inglês;

III. TEXTO;

IV. AGRADECIMENTOS, quando absolutamente necessário;

V. Referências;

Cada seção deve ser iniciada em uma nova página seguindo a sequência descrita anteriormente.

O artigo deve ser formatado para folha tamanho A4, todas as margens de 25 mm, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo em todas as seções e páginas numeradas no canto superior direito iniciando na página de rosto. Deve-se utilizar o Microsoft Word.

I. PÁGINA DE ROSTO

A página de rosto deverá conter:

- Título do manuscrito em português ou inglês ou espanhol, em negrito, centralizado e em etras caixa alta.
- O Título deve ser conciso e explicativo, representativo do conteúdo do trabalho.
- Titulo em inglês, em itálico, negrito, centralizado e em letras maiúsculo-minúscula.
- Título resumido do manuscrito, com no máximo 40 caracteres, incluindo os espaços (para constar no topo de todas as páginas do manuscrito).
- O tipo de colaboração enviada (artigo original, artigo de revisão, descrição ou avaliação de métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais, relato de casos).
- Nome completo e filiação institucional de cada autor, permitindo até 8 autores.
- Nome, endereço institucional, telefone, fax e e-mail do primeiro autor e do responsável pela correspondência (que será contatado durante o período de submissão do artigo e que constará no artigo para posterior contato sobre a publicação).
- Fonte financiadora da pesquisa.
- Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

II. RESUMO EM PORTUGUÊS E INGLÊS (ABSTRACT)

- **Artigos Originais:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, métodos, resultados e conclusão.**
- **Revisões:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, métodos, resultados e conclusão.**
- **Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, síntese dos dados e conclusão.**
- **Relatos de casos:** devem conter de forma sintetizada e estruturada: **objetivo, descrição do caso e conclusão.**
- **Descritores e Descriptors:** inserir de 3 a 6 descritores, listados nos Descritores em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (decs.bvs.br) ao final do resumo. Apresentar ao final do *abstract*, o número do registro (NCT) obtido no cadastramento da pesquisa de Ensaio Clínico, previamente aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os autores devem cadastrar sua pesquisa na seguinte base de dados (*website*): www.clinicaltrials.gov.

III. TEXTO

A estruturação do texto deve se adequar à norma *Vancouver* de texto, referencial teórico e ao tipo de artigo, conforme abaixo:

a) ARTIGOS ORIGINAIS: devem conter de forma sintetizada: **introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão.**

a1. Introdução: deve conter a justificativa e os objetivos do trabalho ressaltando a relevância do tema investigado. Deve ser concisa e atualizada. Devem ser evitadas revisões extensas sobre o assunto, assim como adiantar resultados do estudo a ser descrito.

a2. Métodos: devem descrever de forma sucinta a população e amostra estudada, os critérios de seleção, procedimentos, técnicas, materiais e instrumentos utilizados e a estatística aplicada na análise dos dados, mas de forma a permitir a reprodução da pesquisa e a verificação da análise a partir desta descrição. Métodos e procedimentos estabelecidos devem ser citados com referências. Devem ser citados os fabricantes dos aparelhos e equipamentos e a origem do material utilizado. A declaração de que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição a qual os autores

são vinculados ou ao do local da pesquisa tem que ser incluída no último parágrafo dos Métodos.

a3. Resultados: devem ser descritos de forma objetiva e em sequência lógica. Deve ser evitada a repetição dos dados nas tabelas e figuras. Quando houver grande número de dados tentar apresentá-los por meio de gráficos ao invés de tabelas, respeitando o número máximo de 5 figuras/tabelas.

a4. Discussão: deve conter a análise interpretativa dos resultados, embasada por dados existentes na literatura atual e pertinente com o tema, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações. Deve-se também informar e discutir as limitações do estudo. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada.

a5. Conclusão: deve conter de forma concisa a resposta aos objetivos propostos. A repetição de resultados ou de aspectos descritos em outras seções deve ser evitada.

Nos trabalhos com **abordagem qualitativa**, os resultados poderão ser descritos, analisados e discutidos conjuntamente, devendo neste caso receber a denominação: **Resultados e Discussão**. Da mesma forma, serão aceitas **Considerações finais**, substituindo o tópico **Conclusão**, como forma de síntese dos objetivos alcançados. Será permitido um número máximo de 20% de referências de livros e capítulos.

b) REVISÕES: deve conter uma **introdução**, onde seja justificada a importância daquele tema e se aborda algum aspecto específico do mesmo; **métodos** devem descrever de forma sucinta dos procedimentos utilizados (bases de dados, descritores, período, critérios de inclusão e exclusão); **resultados**, que podem ser subdivididos em seções/tópicos; **discussão** deve conter a análise interpretativa dos resultados, embasada por dados existentes na literatura, enfatizando as novas informações obtidas no estudo, sua importância e suas implicações; e as **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos.

c) DESCRIÇÃO OU AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS, MÉTODOS, TÉCNICAS, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTAIS: as **descrições** devem conter uma **introdução**, com uma breve revisão sobre o assunto para situar o leitor quanto à importância do tema e quanto aos seus objetivos; **síntese dos dados**, que pode ser subdividida em seções/tópicos; e as **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos. No caso de **avaliação**, devem-se seguir a mesma padronização recomendada para os artigos originais (**métodos, resultados, discussão e conclusão**).

d) RELATOS DE CASOS: deve conter uma **introdução**, contendo objetivos, a relevância (justificativa) da descrição do(s) caso(s) para a promoção de saúde e uma breve revisão

sobre o assunto abordado; **descrição do caso**, o(s) caso(s) deve(m) ser apresentado(s) de forma detalhada permitindo a compreensão de dos fatores condicionantes e da sua evolução; **discussão**, deve conter dos aspectos originais do(s) caso(s), relacionando-o(s) com dados existentes na literatura (outros casos semelhantes descritos etc.). Deve-se enfatizar as novas informações obtidas a partir do(s) caso(s), bem como as possíveis implicações dos achados em termos de aplicação prática; e **conclusão**, baseadas nos dados analisados e nos objetivos propostos.

IV. AGRADECIMENTOS

Nesta seção incluir, de forma sucinta, colaborações que não justificam autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse, sendo colocados antes das referências.

V. REFERÊNCIAS

As referências bibliográficas devem seguir a norma *Vancouver*, estar em folha separada após a seção agradecimentos, com a mesma formatação recomendada para o restante do artigo, sendo dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória a sua citação.

No texto, devem ser citadas por ordem de aparecimento, utilizando-se algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses.

A exatidão das referências constantes e a sua correta citação no texto são de responsabilidade do autor. Aceitar-se-á um máximo de 20% de referencial advindo de livros, teses e dissertações.

Usualmente, o número de referências deve totalizar não mais que 60 para revisões e 40 citações para: a) Artigos originais, b) Relatos de casos, c) Descrição ou avaliação de experiências, métodos, técnicas, procedimentos e instrumentais.

Devem ser formatadas no estilo *Vancouver*, conforme os exemplos a seguir. Incluir todos os autores de cada artigo ou livro; em trabalhos com um grande número de autores, deverão ser listados os primeiros seis (6) seguidos de “*et al.*”. Referências já aceitas, mas ainda não publicadas podem ser incluídas, acrescentando a expressão *no*

prelo, conforme exemplo a seguir. Para maiores detalhes consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, disponível no site: <http://www.icmje.org/#print> - IV.A.9.b. Reference Style and Format e acesso direto pela National Library of Medicine no site http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

V. 1. Artigos em periódicos

Fuchs S C , S i l v a A A . Hipertensão arterial e diabetes mellitus: uma visão global. Rev Bras Hipertens. 2011;18(3):83-8.

Leaning J, Guha-Sapir D. Global health: natural disasters, armed conflict and public health. N Engl J Med. No prelo 2013.

V. 2. Livro e Capítulo de livro

Capítulo de livro

Diniz EMA. Toxoplasmose congênita. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 2008. p. 533-40.

Livro no todo

Luna RL. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Revinter; 2010.

V. 3. Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Malecka-Tendera E, Klimek K, Matuski P. Obesity prevalence and risk factors in representative group of Polish 7 to 9 years old children [abstract]. In: 16th European Congress of Endocrinology;2003 Nov 13-14; Copenhagen; 2013.

V. 4. Dissertação e Tese

Venancio SI. Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

V. 5. Artigo de revista ou monografia em formato eletrônico

Melere C, Hoffmann JF, Nunes MAA, Drehmer ME, Buss C, Ozcariz SGI, *et al.* Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 Nov 18]; 47(1):20-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100004&lng=en.

Livro no formato eletrônico

Livro eletrônico no todo

Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online]. India: Reddy 's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/contents.htm>

Capítulo de livro eletrônico

Banka NH. Vegetarianism and the liver. In: Kapoor OP. Role of vegetarian diet in health and diseases [monography online] India; Reddy's Laboratories. [cited 2013 Nov 10]. Available from: URL: <http://www.bhj.org/books/diets/chap6.htm>

VI. ILUSTRAÇÕES (Tabelas, Quadros e Figuras)

As tabelas, quadros e figuras devem ser utilizadas para facilitar a apresentação de dados. Fotografias, gráficos, desenhos devem constar no artigo como figuras.

Quando houver grande número de dados, preferir os gráficos ao invés de tabelas. Deve-se evitar a repetição dos dados (texto, tabelas e gráficos).

Cada tabela, quadro e figura deve ser apresentada de forma ordenada de acordo com o aparecimento no texto. As tabelas e quadros devem ser numeradas com algarismos romanos e as figuras com algarismos arábicos (Ex. Tabela I, II, III ...; Figura 1, 2, 3 ...).

Cada tabela, quadro ou figura deve conter a respectiva legenda. Esta deve ser clara e objetiva, de forma a permitir a compreensão da tabela ou figura, independente do texto. Figuras que necessitam de digitalização (Ex. fotografias, desenhos) devem ter suas legendas em página própria, devidamente identificada com os respectivos números. Nestes casos, as figuras devem ser identificadas no verso com etiqueta, com o nome do primeiro autor e o número da legenda correspondente. As figuras devem ser originais e de boa qualidade. O significado das letras e símbolos deve constar nas

legendas. As figuras deverão ser encaminhadas em preto e branco ou tons de cinza.

No caso de uso de figuras ou tabelas publicadas previamente por outro autor, é necessário enviar a permissão dos editores para sua reprodução.

VII. ABREVIações

O uso de abreviações deve ser mínimo, sendo evitadas no título e resumo. Quando utilizada, deve ser definida na sua primeira menção no texto, colocada entre parênteses.

LISTA DE CHECAGEM

Antes de enviar o artigo, recomenda-se que os autores verifiquem se todos os itens da lista abaixo estão adequados, desta forma certificando-se de que todo o material necessário está sendo enviado.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- Neste trabalho existe informação sobre conflitos de interesse.
- Foi realizada referência a órgãos ou a instituições financiadoras da pesquisa.
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word.
- O texto está espaço duplo; usa uma fonte *Times New Roman* tamanho 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras, tabelas e quadros inseridos no final do texto.
- Incluiu o resumo em português com no máximo 250 palavras, e o em inglês (abstract) sendo este uma versão fiel do resumo em português.
- Incluiu 3 a 6 descritores (palavras-chave) no final do resumo. Devem ser empregados aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>), apresentadas na língua original e em inglês.
- De acordo com o tipo de artigo (artigo original, relato de caso etc.), constam todos os itens do texto (introdução, métodos etc.).
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
- As referências bibliográficas estão formatadas no estilo *Vancouver*, dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente (respeitando o número máximo permitido), e no texto, estão citadas por ordem de aparecimento (algarismos arábicos), entre parênteses.
- Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
- Os quadros, tabelas e figuras estão apresentadas de forma ordenada de acordo com o seu aparecimento no texto, numeradas como recomendado, contendo as respectivas legendas.
- Se for o caso, está enviando a permissão dos editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas previamente.

- O artigo, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, está em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”.
- As abreviações utilizadas estão definidas na sua primeira menção no texto, entre parênteses.
- Se for o caso, apresentou o número do registro em bases de dados internacional para ensaios clínicos, ao final do resumo. Os autores podem cadastrar sua pesquisa em uma das seguintes bases de dados (*website*): www.clinicaltrials.gov, <http://isrctn.org>.

4. ARTIGO ORIGINAL

4.1 PÁGINA DE ROSTO

TÍTULO

INJÚRIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UNIDADE
DE PRONTO ATENDIMENTO E EM UNIDADE HOSPITALAR DE ARACAJU - SE

TITLE

INJURIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN EMERGENCY CARE UNIT
AND HOSPITAL ADMISSIONS IN ARACAJU - SE

Título resumido: Injúrias em crianças em Aracaju-SE

Tipo de contribuição: Artigo original

Autores:

Letícia Rocha de Oliveira – graduanda em Medicina pela Universidade
Federal de Sergipe; email: leticiarochedoliveira@gmail.com

Eleonora Ramos de Oliveira – professora do Departamento de Medicina
da Universidade Federal de Sergipe; email: eleonoraoli.ribeiro@gmail.com

4.2 RESUMO

A injúria é definida como um dano físico em um corpo humano. Pode ser definida como intencional (violência), ou não intencional (acidente). As injúrias na infância são um problema de saúde pública que requer atenção urgente. Acidentes e violência são uns dos principais assassinos de crianças em todo o mundo. O objetivo deste trabalho é descrever os casos de injúrias em crianças e adolescentes registrados em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e em internações hospitalares de Aracaju–SE. Tratou-se de uma avaliação baseada em dados secundários de prontuários de crianças e adolescentes que foram atendidos por injúrias declaradas como não intencionais na UPA Desembargador Fernando Franco e internações com diagnóstico principal de causas externas em crianças e adolescentes, ocorridas de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, a partir do Sistema de Informação Hospitalar (SIHD). Foram analisados 161 prontuários da UPA Desembargador Fernando Franco e 154 internações hospitalares. As variáveis foram: idade, sexo, tipo de injúria, local da ocorrência, quantidade de dias hospitalizado, desfecho. Houve um predomínio de crianças do sexo masculino que sofreu um trauma de leve intensidade, permanecendo poucos dias internadas, sendo o desfecho mais frequente a alta hospitalar. As crianças e adolescentes ainda estão muito vulneráveis aos acidentes e o ambiente doméstico pode ser um local de proteção ou de grandes riscos para a sua segurança.

Palavras chaves: injúrias, crianças e adolescentes

4.3 ABSTRACT

The injury is defined as a physical damage in a human body. This may be intentional, violence or unintentional accidents. The injuries in children are a public health problem that requires urgent attention. Accidents and violence are one of the leading killers of children worldwide. The aim of this study is to describe the cases of injuries in children and adolescents registered in an Emergency Care Unit and hospital admissions of Aracaju-SE. This is a retrospective study and, in parallel, an assessment based on secondary data on admissions with a primary diagnosis of external causes in children and adolescents, occurred from September 2013 to February 2014, from the Hospital Information System (SIHD). 161 records from Desembargador Fernando Franco Emergency Care Unit and 154 hospital admissions were analyzed. The variables were age, sex, type of injury, place of occurrence, number of hospitalized days, outcome. There was a predominance of male children who suffered a mild trauma, staying a few days in hospital, the most frequent outcome hospital discharge. Children and adolescents are still very vulnerable to accidents and the home environment can be a place of protection or great risks to their safety.

Key words: injuries, children injuries, adolescent injuries

4.4 INTRODUÇÃO

As injúrias são resultantes da soma de diferentes fatores previsíveis e passíveis de prevenção, causadoras de lesões físicas e/ou emocionais. O Ministério da Saúde define acidente como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer¹.

As injúrias na infância são um problema de saúde pública que requer atenção urgente. Lesões e violência são uns dos principais assassinos de crianças em todo o mundo. Lesões não intencionais representam quase 90% destes casos. Elas são a principal causa de morte de crianças com idade entre 10-19 anos. Assim representam importante causa de morbimortalidade, constituindo problema de saúde pública com custos significativos, além de mortes e sequelas².

As estatísticas mundiais imprimem diferenças regionais e mostram que as maiores taxas de mortalidade (TM) na infância encontram-se em países da África (TM=53,1/100.000) e Ásia (TM=21,8/100.000), sendo que os menores valores podem ser encontrados em países da América do Norte (TM=14,4/100.000) e Europa (TM=7,9/100.000)³. Para além disso, a taxa de mortalidade é apenas a “ponta do iceberg” estimando-se que por cada criança que morre por acidente, 45 a 129 requerem hospitalização e 1300 a 1635 são observadas no serviço de urgência^{4,5}.

Em Sergipe, no ano de 2015, 23,5% das internações no SUS foram destinadas aos menores de 18 anos, sendo 6% delas em decorrência de causas externas⁶. Na literatura científica, verifica-se uma imensa desproporção entre a importância do tema em relação à morbimortalidade de crianças e jovens e o escasso número de estudos a ele relacionados. As injúrias físicas constituem um enorme problema de saúde pública entre crianças e jovens. No entanto, ainda são invisíveis aos olhos da maioria, uma vez que, apesar dos maus prognósticos, continuam sendo menosprezadas⁷.

O objetivo deste trabalho é descrever os casos de injúrias em crianças e adolescentes registrados em Unidade de Pronto Atendimento e em internações hospitalares de Aracaju-SE.

4.5 MÉTODOS

Foi realizado um estudo com base em dados secundários de prontuários de crianças e adolescentes (0-18 anos) que foram atendidos por injúrias declaradas como não intencionais na Urgência Zona Sul – UPA Desembargador Fernando Franco, única unidade municipal com serviço de pronto atendimento de crianças em Aracaju, Sergipe, no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Paralelamente foi realizada uma avaliação baseada em dados secundários sobre as internações com diagnóstico principal de causas externas em crianças e adolescentes, ocorridas no mesmo período, a partir do Sistema de Informação Hospitalar (SIHD), que faz parte do banco de dados oficial do governo brasileiro e está disponível para consulta pública.

Os dados referiram-se às internações relacionadas aos procedimentos realizados em hospitais que são referência para uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes situados em uma região no nordeste do Brasil. O fluxo da informação neste sistema tem origem nos hospitais que enviaram eletronicamente os registros dessas internações para o Ministério da Saúde do Brasil. Estes dados foram processados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que gerou os créditos referentes aos serviços prestados e formou uma base de dados que contém os registros das internações hospitalares realizadas no Brasil através do sistema público de saúde.

Para processo de inclusão foram avaliados no SIHD os diagnósticos relacionados aos códigos: do S00 ao T98 referentes ao capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e do V01 ao Y98 referentes ao capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade que consta na décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Foram selecionados pacientes menores de 18 anos e em seguida reagrupados em menor ou igual a 12 anos e maiores que 12 internados no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 e residentes no município de Aracaju.

Para a extração dos dados foi utilizado o pacote “read.dbc”⁸ do programa R versão 3.3.1⁹ que também foi utilizado para a análise. A análise descritiva foi realizada

através das frequências absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas e medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis numéricas. Os grupos foram avaliados com o teste do Qui-Quadrado no caso das variáveis categóricas e o teste Mann Whitney no caso das variáveis numéricas. O nível de significância foi de 0.05.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com número CAAE 32954114.1.0000.5546, conforme preceitua a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012¹⁰.

4.6 RESULTADO

No período de seis meses, foram analisadas informações de 161 prontuários dos pacientes que foram atendidos por injúrias não intencionais na Unidade Municipal de Pronto Atendimento Desembargador Fernando Franco, destes 97 (60,2%) do sexo masculino e 64 (39,8%) do sexo feminino. Destes, 11,8% eram adolescentes e 88,2% eram crianças (tabela 1), sendo que 34,5% dessas crianças tinham até 2 anos. Em relação ao tipo de injúria, o traumatismo crânio-encefálico representou 23,7% dos casos, intoxicação, 14,2%, queimadura, 8,7% e outros tipos de injúrias representaram 53,4% (tabela 2). Quando computadas isoladamente, as quedas foram responsáveis por 28,6% dos atendimentos e relatadas em 55% dos casos de TCE. Dos registros obtidos (18% dos casos) a injúria ocorreu em casa, em sua totalidade, e na presença de um adulto. Em 5,5% (9/161) dos casos foi necessário atendimento em hospital de alta complexidade, porém as informações foram incompletas porque algumas vezes os prontuários não continham uma anamnese adequada, o que dificulta a notificação dos acidentes.

Ao mesmo tempo, foram encontrados registros de 154 internações por causas externas no município de Aracaju cujos pacientes apresentaram uma idade média de 13.5 anos com um tempo de permanência hospitalar de 3.84 dias. Desses pacientes 70% (108/154) foram do sexo masculino e 30% (46/154) do sexo feminino.

Quanto às duas faixas etárias analisadas, 45% (69/154) foram agrupados em menor ou igual que 12 anos e 55% (85/154) maior que 12 anos (tabela 3) e apresentaram algumas características que os diferenciaram além da idade que

apresentou uma idade média de 6.9 anos no primeiro grupo e de 16.1 anos no segundo. Ainda que tenha ocorrido uma maior frequência do sexo masculino nas duas faixas etárias, a dos mais jovens apresentou uma maior frequência de mulheres que chegou a 41% (28/69) em contraposição a dos adolescentes, 21% (18/85) sendo significativo ($p = 0.015$). A mortalidade hospitalar seguiu essa tendência sendo de 5% (4/85) e aconteceu apenas na faixa etária acima de 12 anos e um tempo de média de permanência no hospital de 3.1 dias para o grupo mais jovem e de 4.4 dias para o grupo de adolescentes ($p = 0.129$).

O diagnóstico mais frequente foi fratura de antebraço (S52) em todas as faixas etárias (tabela 4). Foram selecionados 15 diagnósticos mais frequentes que representam 83% (129/154) dos diagnósticos de todos os pacientes, 87% (60/69) dos diagnósticos dos pacientes com idade menor ou igual a 12 anos (tabela 5) e 89% (76/85) dos adolescentes (tabela 6).

4.7 DISCUSSÃO

A dificuldade de coletar dados sobre injúrias neste estudo se fez presente na escassez de informações contidas nos prontuários sobre a ocorrência do evento, a forma de armazenamento dos mesmos e a produção das estatísticas vinculadas a codificação do diagnóstico final (no caso das internações por causas externas), o que impossibilitou a diferenciação entre o tipo de injúria (intencional ou não).

Os dados obtidos neste estudo demonstraram semelhança entre os resultados observados em outras regiões do país em que foram avaliadas a idade e a distribuição por sexo^{11, 12, 13}. O predomínio do gênero masculino foi explicado pelas diferenças de atividades desempenhadas por cada sexo. As brincadeiras e atividades desenvolvidas pelos meninos, em geral, são mais dinâmicas e de maior contato físico, enquanto que as meninas desenvolvem atividades mais brandas¹⁴.

No tocante a quantidade de dias de internação, os estudos corroboram com o que foi encontrado no presente trabalho, poucos dias intra-hospitalar e na maior parte dos casos, alta no mesmo dia como desfecho^{15, 16}.

Em relação ao diagnóstico mais frequente, encontramos uma concordância com a literatura, onde há predomínio das fraturas e as quedas como a principal motivação

para a procura a unidade hospitalar^{15, 17}. Mas encontramos que o seguimento corporal mais acometido foram os membros e não cabeça e pescoço com encontrado na literatura¹¹.

A ocorrência de acidentes dentro do próprio domicílio das crianças deixa-nos claro que este local possui um risco em potencial, devendo ser melhor supervisionado e ser tirado os principais fatores de risco^{18, 19}. Estes dados demonstram que, apesar de todas as medidas já implementadas, as “nossas” casas não constituem ainda um espaço seguro¹³.

4.8 CONCLUSÃO

As crianças e adolescentes ainda estão muito vulneráveis aos acidentes e o ambiente doméstico pode ser um local de proteção ou de grandes riscos para a sua segurança. Sugere-se ênfase na garantia de segurança e proteção das mesmas com foco nos seus responsáveis, visto que os acidentes são passíveis de previsibilidade e, consequentemente, prevenção.

5. REFERÊNCIAS

1. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências.** Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001.
2. World Health Organization, United Nation Children's Fund. **World report on child injury prevention.** Geneva: WHO; 2008.
3. Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Silva, M. M. A. D., & Macário, E. M. **Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007.** Ciência Saúde Coletiva. v. 14, n. 5, p. 1669-1679, 2009.
4. World Health Organization. **European report on child injury prevention.** Copenhagen; WHO; 2008.
5. Gallagher, S. S., Finison, K., Guyer, B., Goodenough, S. **The incidence of injuries in 87,000 Massachusetts children and adolescents: Results of the 1980-81 statewide childhood injury prevention program surveillance system.** Am J Public Health, v. 74, p. 1340-1347, 1984.
6. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. **Secretaria Executiva. Datasus** [acesso em setembro de 2016]. Informações de Saúde. Produção hospitalar. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>
7. Blank D. **Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? J Pediatría,** v. 78, p. 84-86, 2002.
8. Petruzalek, D. (2016). read.dbc: Read Data Stored in DBC (Compressed DBF) Files. R package version 1.0.3. <https://CRAN.R-project.org/package=read.dbc>
9. R Core Team (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
10. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
11. Amaral, E. M. S., Silva, C. L. M., Pereira, E. R. R., Guarnieri, G., Brito, G. S. S., & Oliveira, L. M. **Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil.** Rev Inst Ciênc Saúde, v. 27, n. 4, p. 313-317, 2009.
12. Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Neves Alice Cristina Medeiros das, Silva Marta Alves da. **Atendimentos por acidentes e violências na infância em**

- serviços de emergências públicas.** Cad. Saúde Pública, v. 31, n. 5, p. 1095-1105, 2015.
13. Batalha, S. et al. **Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II.** Acta Pediátrica Portuguesa, v. 71, n. 1 p. 30-37, 2016.
 14. Amorim, M. G. R., Medeiros, G. X., Benicio, J. A., Oliveira, P. S. B., Santos, E. V., Sousa, F. F. **Incidência e principais causas de acidentes domésticos em crianças na fase toddler e pré-escolar.** Rev Coopex Fip Científica. v. 1, n. 1 p. 1-7, 2009.
 15. Maciel, S. M. et al. **Acidentes em crianças menores de dez anos: análise das internações em Prontos - Socorros Públicos de São Luís, MA.** Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 8, n. 4, p. 189-204, 2015.
 16. Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Bernal Regina Tomie Ivata, Viegas Anna Paula Bise, Sá Naiza Nayla Bandeira de, Silva Junior Jarbas Barbosa da. **Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009.** Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 9, p. 2247-2258, 2012.
 17. Moraes, M. C. L. D., & Silva, E. B. C. (2015). **Estudo sobre os acidentes na infância em duas creches públicas do município de São Paulo.** Revista Areté: revista amazônica de ensino de ciências, v. 7, n. 14, p. 124-34, 2015.
 18. Moura, D. A.; Martins, C. A. **Causas externas ocorridas no domicílio sofridas por crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Goiânia.** In: Congresso de pesquisa, ensino e extensão da ufg-conpeex, 3, 2006, Goiânia.
 19. De Godoy, M. C. B.. **Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção.** Revista brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 4, p. 578-584, 2013.

6. TABELAS

Tabela 1: Distribuição por de sexo e idade dos pacientes atendidos por causa externa de setembro/ 2013 a fevereiro/2014 na UPA Desembargador Fernando Franco no município de Aracaju-SE

	N	%
Sexo		
Masculino	97	60,2%%
Feminino	64	39,8%
Idade		
≤ 12 anos	142	88%
> 12 anos	19	12 %

Tabela 2: Distribuição dos tipos de causas externas dos pacientes atendidos de setembro/ 2013 a fevereiro/2014 na UPA Desembargador Fernando Franco no município de Aracaju-SE.

	N	%
TCE	38	23,4%
Intoxicação	23	14,2%
Queimadura	15	8,7%
Outros	86	53,4%
Total	161	100%

Tabela 3: Distribuição de sexo e idade dos pacientes internados por causas externas de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 no município de Aracaju-SE

	< =12 anos		>12 anos		Valor p
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	41	59%	67	79%	0.015
Feminino	28	41%	18	21%	
Morte					
Não	69	100%	81	95%	--
Sim	0	0 %	4	5%	

Tabela 4: Quinze diagnósticos mais frequentes relacionados a todos os pacientes internados por causas externas de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 no município de Aracaju

CID Descrição Abreviada	n	%
Trauma de membros superiores*	54	35%
Trauma de membros inferiores**	31	20%
Trauma de cabeça e pescoço***	27	17%
T65 Efeito toxico de outr subst e as NE	8	5%
S36 Traum de orgaos intra-abdominais	3	2%
T06 Outros traumatismos envolvendo regiões múltiplas do corpo NCOP	3	2%
T78 Efeitos adversos NCOP	3	2%
Total	129	83%

* S42 (Fratura do ombro e do braço), S52 (Fratura do antebraço), S53 (Luxação, entorse e distensão cotovelo, S62 (Fratura ao nível do punho e da mão) e S66 (Traumatismo do músculo e tendão nível do punho e da mão)

** S72 (Fratura do fêmur), S82 (Fratura da perna incluindo tornozelo) e S92 (Fratura do pé)

*** S02 (Fratura do crânio e dos ossos da face), S06 (Traumatismo intracraniano) e S12 (Fratura do pescoço)

NCOP (Não Classificado em Outra Parte)

NE (Não Especificado)

Tabela 5: Quinze diagnósticos mais frequentes relacionados aos pacientes com idade menor ou igual a 12 anos internados por causas externas de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 no município de Aracaju

CID Descrição Abreviada	n	%
Trauma de membros superiores*	24	35%
Trauma de segmento cefálico**	12	17%
Trauma de membros inferiores***	7	10%
T65 Efeito toxico de outras substâncias e as NE	6	9%
T78 Efeitos adversos NCOP	3	4%
T06 Outros traumatismos envolvendo regiões múltiplas do corpo NCOP	2	3%
T30 Queimadura e corrosão de parte NE do corpo	2	3%
T63 Efeito toxico de contato c/animais venenosos	2	3%
S31 Ferimento do abdome, do dorso e da pelve	1	1,5%
S36 Traumatismo de órgãos intra-abdominais	1	1,5%
Total	60	87%

* S42 (Fratura do ombro e do braço), S52 (Fratura do antebraço) e S53 (Luxação, entorse e distensão cotovelo).

** S02 (Fratura do crânio e dos ossos da face) e S06 (Traumatismo intracraniano).

*** S72 (Fratura do fêmur), S82 (Fratura da perna incluindo tornozelo) e S92 (Fratura do pé)

NCOP (Não Classificado em Outra Parte)

NE (Não Especificado)

Tabela 6: quinze diagnósticos mais frequentes relacionados aos pacientes com mais de 12 anos pacientes internados por causas externas de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 no município de Aracaju

CID Descrição Abreviada	n	%
Trauma de membros superiores	29	34%
Trauma de membros inferiores	23	27%
Trauma de cabeça e pescoço	15	17,5%
S36 Traumatismo de órgãos intra-abdominais	2	2,5%
T14 Traumatismo de região NE do corpo	2	2,5%
T65 Efeito tóxico de outras substâncias NE	2	2,5%
S27 Traumatismo de outros órgãos intratorácicos e dos NE	1	1%
S30 Traumatismo superficiais do abdome, do dorso e da pelve	1	1%
S32 Fratura da coluna lombar e da pelve	1	1%
Total	76	89%

* S42 (Fratura do ombro e do braço), S52 (Fratura do antebraço), S62 (Fratura ao nível do punho e da mão) e S43 (Luxação, entorse e distensão cintura escapular).

** S72 (Fratura do fêmur) e S82 (Fratura da perna incluindo tornozelo).

*** S02 (Fratura do crânio e dos ossos da face), S06 (Traumatismo intracraniano) e S12 (Fratura do pescoço)

NCOP (Não Classificado em Outra Parte)

NE (Não Especificada)