

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EDUARDO MELO ARAÚJO LIMA SALES

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS INTERNAMENTOS
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR CAUSAS EXTERNAS**

PICOS-PIAUI

2013

EDUARDO MELO ARAÚJO LIMA SALES

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS INTERNAMENTOS
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR CAUSAS EXTERNAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora:
Prof. Dr^a. Luisa Helena de Oliveira Lima

PICOS-PIAUI

2013

Eu, **Eduardo Melo Araújo Lima Sales**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 02 de outubro de 2013.


Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S163p Sales, Eduardo Melo Araújo Lima.
Perfil clínico epidemiológico dos internamentos de
crianças e adolescentes por causas externas / Eduardo
Melo Araújo Lima Sales. – 2013.
CD-ROM : il; 4 ¾ pol. (38 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa.Dra. Luísa Helena de Oliveira Lima

1. Acidentes. 2. Causas Externas. 3. Crianças. 4.
Adolescentes I. Título

CDD 618.920 06

EDUARDO MELO ARAÚJO LIMA SALES

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS INTERNAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR CAUSAS EXTERNAS

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 20/09/2013

BANCA EXAMINADORA:

Luisa Helena de Oliveira Lima

Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca

Laura Maria Feitosa Formiga

Profa. MS. Laura Maria Feitosa Formiga
Universidade Federal do Piauí
2º. Examinador

Margareth de Oliveira Holanda Bezerra

Enfa. Esp. Margareth de Oliveira Holanda Bezerra
Hospital Regional Justino Luz
3º. Examinador

Dedico aos meus pais Ivan e Maria por toda a educação, carinho, amor, atenção e dedicação que sempre me deram. A meus irmão e amigos que sempre me apoiaram e a minha namorada por sempre estar a meu lado.

AGRADECIMENTOS

A DEUS em primeiro lugar, por estar sempre me guiando nos momentos difíceis.

A meu pais pela educação, por estarem sempre ao meu lado em cada conquista e sempre me incentivando.

Aos meus amigos e irmãos que sempre estiveram ao meu lado.

A minha namorada Francisca Carolina, por ter me dado força e incentivo na produção deste trabalho.

A Prof^a Luisa Helena por ter me orientado com toda a paciência e dedicação neste trabalho e por ter sido e sempre será uma fonte de inspiração na minha futura profissão.

A Enfermeira Margareth de Oliveira por ter facilitado e ajudado na minha coleta de dados.

A todas as professoras do curso de Enfermagem do campus de Picos, pelo conhecimento ensinado durante esta graduação.

A todos vocês sou eternamente grato.

*“Viva como se fosse morrer amanhã.
Aprenda como se fosse viver para sempre.”*

Mahatma Gandhi

RESUMO

As causas externas compreendem os acidentes e as violências ocupam lugar de destaque no perfil da mortalidade crianças, constituindo assim, um importante problema de saúde pública. No Brasil, segundo dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde no ano de 2012 as causas externas foram responsáveis por 89.920 internações de crianças de 0 a 9 anos e 137.231 em adolescentes de 10 a 19 anos. O presente estudo tem como objetivo investigar o perfil clínico-epidemiológico dos internamentos de crianças e adolescentes por causas externas em hospital de referência do interior piauiense. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 90 prontuários de pacientes internados por causas externas no ano de 2012. O estudo ocorreu no período de dezembro de 2012 a setembro de 2013. Para este trabalho utilizou-se a classificação de causas externas contida no capítulo XX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão. Os dados foram tabulados por meio do software Microsoft Office Excel 2010 e analisados com o auxílio do programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences 20.0*. Os resultados foram apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente. Os princípios ético-legais foram obedecidos utilizando-se o termo de fiel depositário para solicitar a autorização para a coleta dos dados, garantindo-se ainda o sigilo dos participantes. O presente estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Os resultados encontrados apontaram que o município de Picos foi o que obteve o maior número de vítimas que residiam no município de origem (60%). Em se tratando de município de ocorrência, também prevaleceu o município de Picos (38,9%). No que se refere às informações sobre o agravo, mostrou-se relevante os casos por politraumatismos (48,8%) e fraturas (23,3%). Quanto à caracterização dos agravos, prevaleceu a queda (35,5%) e acidente automobilístico (32,2%). Com relação ao tipo de tratamento procurado prevaleceu o tratamento clínico (72,2%). Na maioria dos casos (95,6%) não houve complicações e em 96,7% dos casos não houve óbito. O sexo masculino foi predominante (54,4%), a média de idade foi de 29,47 meses e a duração do internamento foi de 2 dias. Quanto à classificação por sinais e sintomas na admissão, as escoriações (25,3%), vômitos (22,2%) e dor (22,1%) foram os que obtiveram maior número de casos. A alta por melhora dos pacientes apresentou-se em 93,3% dos casos. Diante do exposto, é possível inferir que a maioria das causas de acidentes pode ser facilmente evitada com simples atos de observação para com as crianças e limites para com os adolescentes. É salutar planejar cuidados de prevenção bem como o cuidado dos incapacitados para evitar traumas, amputações, deformidades ou até mesmo o óbito.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes. Causas externas. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

External causes include accidents and violence and has a prominent place in the mortality profile of children, thus, an important public health problem. In Brazil, according to data from the Department of Computer Health System in 2012, external causes accounted for 89.920 hospitalizations of children aged 0-9 years and 137.231 in adolescents aged 10-19 years. The present study aims to investigate the clinical and epidemiological profile of admissions of children and adolescents from external causes in a referral hospital in the interior of Piauí. This is a descriptive, cross-sectional quantitative approach, performed with 90 medical records of patients hospitalized for external causes in 2012. The study was conducted from December 2012 to September 2013. For this work we used the classification of external causes contained in Chapter XX of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Data were tabulated by software Microsoft Office Excel 2010 and analyzed using the statistical program Statistical Package for the Social Sciences 20.0. The results were presented in tables and discussed in the light of relevant literature. The ethical and legal principles were adhered using the term trustee to request authorization for data collection, ensuring the confidentiality of the participants still. This study was submitted to the Ethics Committee in Research of the Federal University of Piauí. The results indicate that the municipality of Picos was the one that had the largest number of victims who lived in the municipality of origin (60%). In the case of occurrence municipality, the municipality of Picos also prevailed (38.9%). With regard to information on the injury, proved relevant for multiple trauma cases (48.8%) and fractures (23.3%). As for the characterization of diseases, prevailed the fall (35.5%) and motor vehicle accidents (32.2%). In terms of the type of treatment sought prevailed clinical treatment (72.2%). In most cases there were no complications (95.6%) and in 96.7% of cases there were no deaths. Male sex was predominant (54.4%), mean age was 29.47 months and the duration of hospital stay was 2 days. Regarding the classification of signs and symptoms on admission, the abrasions (25.3%), vomiting (22.2%) and pain (22.1%) were the ones with the largest number of cases. The high for patients' improvement was presented in 93.3% of cases. Given the above, we can infer that most of the causes of accidents can be easily prevented with simple acts of observation to children and adolescents with limits. It is salutary to plan preventive care and care of the disabled to avoid traumas, amputations, deformities or even death.

Descriptors: Accidents. External Causes. Child. Adolescent.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos casos por municípios de origem e do agravo. Picos, 2013	22
Tabela 2 – Caracterização dos casos por informação dos agravo. Picos, 2013	23
Tabela 3 – Classificação dos casos por tipo de agravo. Picos, 2013	23
Tabela 4 - Caracterização dos casos por como o agravo ocorreu. Picos, 2013	24
Tabela 5 – Distribuição dos casos por tipo de tratamento. Picos, 2013	24
Tabela 6 – Caracterização dos casos pela presença de complicações, encaminhamentos e óbito durante internamento. Picos, 2013	25
Tabela 7 – Classificação dos casos por sexo, idade e duração do internamento. Picos,2013..	25
Tabela 8 – Classificação dos casos por sinais e sintomas na admissão. Picos, 2013	26
Tabela 9 – Classificação dos casos por alta. Picos, 2013	26

SÚMARIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específico	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Tipos de acidentes	16
3.1.1 Acidente de transporte	16
3.1.2 Queda	16
3.1.3 Exposição a forças mecânicas inanimadas	17
3.1.4 Queimaduras, exposição à fumaça, fogo e chamas, contato com fonte de calor ou substâncias quentes	17
3.1.5 Maus tratos	18
3.1.6 Exposição a forças mecânicas animadas	19
3.1.7 Envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas, contato com animais e plantas venenosas	19
3.2 Violências	19
3.2.1 Violência física	19
3.2.2 Violência psicológica	20
3.2.3 Negligência	20
3.2.4 Violência sexual	20
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo e natureza do estudo	21
4.2 Período e local da pesquisa	21
4.3 População e amostra	22
4.4 Coleta de dados	22
4.5 Análise dos dados	22
4.6 Aspectos éticos e legais	22
5 RESULTADOS	23
5.1 Distribuição dos casos por município de origem e do agravo	23
5.2 Caracterização dos casos por informações do agravo	24
5.3 Classificação dos casos por tipo de agravo	24

5.4 Caracterização dos casos por causa do agravo	25
5.5 Distribuição dos casos por Tipo de tratamento	25
5.6 Caracterização dos casos por complicações, se foi encaminhado para Teresina e óbito durante internamento	26
5.7 Classificação dos casos por sexo, idade e duração do internamento	26
5.8 Classificação dos casos por Sinais e sintomas na admissão	27
5.9 Classificação dos casos por alta. Picos	27
6 DISCUSSÃO	29
7 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	37
APÊNDICE B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	38

1 INTRODUÇÃO

As principais causas externas de morbimortalidade são os acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, intoxicações, envenenamento, queimaduras, os abusos sexuais e outras violências. Sabendo disso, deve-se planejar cuidados de prevenção bem como o cuidado dos incapacitados para evitar traumas, amputações, deformidades ou até mesmo o óbito.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), distingue diferentes tipos de violências infantil, que são o abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e a negligência. Uma das causas de atendimento hospitalar são as queimaduras em crianças, estas podem causar sequelas tanto físicas como emocionais, este tipo de acidente ocorre em maior frequência em ambiente domiciliar, sendo que pode ser facilmente evitado tomado medidas simples, como por exemplo, a mudança de alguns móveis de lugar e a supervisão constante da criança.

Os acidentes ocorrem por uma série de fatores, sendo que não se limitam a um único fator de risco ou causa, as maiores vítimas são as crianças e os adolescentes, de acordo com SILVA *et al.* (2010), criança é toda pessoa com idade inferior a 10 anos, e adolescente é aquela entre 10 e 19 anos.

De acordo com a WHO (2008) ocorre cerca de 950 mil mortes de crianças a cada ano devido a causas externas, além de mais de 10 milhões de incapacidades.

“Em 1990, a convenção sobre os direitos da criança e do adolescente, publicada no diário oficial da união em 22 de novembro de 1990, normatizou que “deve-se assegurar a todos os setores da sociedade, em especial aos pais e às crianças, o conhecimento dos princípios básicos de saúde e entre outros, o de ações de prevenção de acidentes, recebendo apoio para a aplicação destes conhecimentos” (BRASIL, 1990).

Devido a este alto índice de óbitos e incapacidades surge o Sistema Nacional de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), este foi implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde visando conhecer o perfil dos acidentes e violências que demandam as emergências (MALTA *et al.*, 2012) atendidos nos serviços de urgência e emergência do SUS. O VIVA se divide em dois componentes: O VIVA contínuo (vigilância contínua contra violência doméstica, sexual e autoprovocados) e o VIVA Inquérito (Inquérito sobre violências e acidentes em serviços de urgência e emergência) (BRASIL, 2010 a) .

Segundo SILVA, *et al* (2012), o enfermeiro deve tomar atitudes para evitar ou diminuir estes acidentes por causas externas, assim como também deve ter uma visão integral da criança, do adolescente e da família para assim se relacionar tanto nos fatores individuais, pragmáticos e sociais para que possa prevenir os acidentes e violências. Acker e Cartana (2009) também diz que o profissional da saúde assume o papel de mediador de reflexões e de ações no contexto familiar.

O que levou a elaboração deste estudo foi a observação de um alto número de casos de acidentes com crianças e adolescentes que deram entrada na referida instituição de saúde no ano de 2012.

É necessário conhecer o perfil da clientela a que se destina um cuidado, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes que vão até os serviços com traumas tanto físicos quanto psicológicos, deste modo é possível elaborar um plano de cuidado que atenda as necessidades de saúde desta clientela.

O impacto das causas externas na criança, no adolescente, na família e na sociedade é um importante problema de saúde pública prevenível, para a enfermagem, é imprescindível saber os fatores ligados aos processos que levam a esses acidentes, e isso só é possível conhecendo o ambiente social em que estes estão inseridos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar o perfil clínico-epidemiológico dos internamentos de crianças e adolescentes por causas externas em hospital de referência do interior piauiense.

2.2 Específicos

- Caracterizar os usuários estudados de acordo com sexo e idade.
- Identificar os agravos presentes nas crianças e adolescentes pesquisados.
- Caracterizar os casos pesquisados por tipo e duração de tratamento, sinais e sintomas na admissão e circunstâncias de ocorrência do agravo.
- Verificar a frequência de óbitos nos casos estudados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As causas externas de morbidade e mortalidade entre crianças e adolescentes englobam as lesões decorrentes de vários tipos de acidentes como os acidentes de transporte, as quedas, exposições às forças mecânicas inanimadas e animadas, as lesões autoprovocadas intencionalmente, o contato com plantas e animais venenosos, os afogamentos, a exposição à corrente elétrica, radiação e temperaturas extremas do ambiente, exposição a chamas, fogo e fumaça, contato com uma fonte de calor ou substâncias quentes, exposição a forças da natureza, envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas, as complicações da assistência médica e cirúrgica, as agressões e violências física, psicológica, sexual e a negligência (BRASIL, 2010 b).

Grande parte dos acidentes e violências contra as crianças e os adolescentes envolvem situações do ambiente domiciliar, pois, estes ocorrem devido a certa falta de cuidado dos pais para com as crianças, de acordo com Brasil (2010), estes devem observar se esta ocorrendo algum tipo de violência ou negligência, outra característica a ser observada são algumas modificações na residência da criança como forma de cuidado e prevenção, a supervisão com o ambiente doméstico, bem como a supervisão da criança, estas são medidas preventivas eficazes para evitar qualquer tipo de acidente. Além dos cuidados dos pais, o profissional de saúde também deve observar a vítima, visualizando se a criança apresenta sinais de violência pelo corpo, assim como mudanças no comportamento.

3.1 Tipos de acidentes

3.1.1 Acidente de transporte

De acordo com Mascarenhas *et al.* (2010), os adolescentes são grupos estratégicos de política de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos. Isso porque, nessa época de transição entre a infância e a vida adulta, os jovens passam por mudanças profundas, buscando novas referências e se expondo, por vezes, a atitudes de risco. Esse comportamento está, por exemplo, associado a um aumento da incidência de acidentes e violências, que podem resultar em lesões e incapacidades definitivas. Além disso, os danos causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais, sociais com aparatos de segurança pública e, principalmente, gastos com assistência à saúde.

3.1.2 Queda

Quando se trata sobre quedas, Malta *et al.* (2012), dizem que as quedas não intencionais ocorrem devido a um somatório de fatores de riscos, sendo difícil restringir um

evento de queda a um único fator de risco ou a um agente causal. Por outro lado, uma proporção considerável dessas quedas é possível de ser reduzida por meio da adoção de programas e medidas de prevenção. Desse modo, considera-se essencial o conhecimento sobre problemas, suas características, consequências e fatores de risco.

Martins e Andrade, (2010), diz que para que o adulto responsável possa exercer os cuidados necessários na prevenção das quedas na infância, é preciso que ele adquira conhecimento sobre os diferentes riscos nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento da criança, diz também que, para tanto, além da necessidade de intensificar ações de orientação e educação, individual ou coletiva, a atuação dos profissionais envolvidos nesse contexto precisa ser direcionada para cada etapa do desenvolvimento.

3.1.3 Exposição a forças mecânicas inanimadas

As forças mecânicas inanimadas, de acordo com o DataSUS (2013), caracterizam-se por impactos causados por objetos lançados, projetado ou em queda, impacto acidental ativo ou passivo causado por equipamento esportivo ou por outros objetos (choque contra um muro, por exemplo), contato com vidro cortante, faca, espada e punhal, contato com aparelhos domésticos, máquinas agrícolas, projétil de revólver, acidente com fogos de artifício e/ou explosão de outros materiais como caldeira, cilindro de gás, pneus, etc., contato com corpo estranho (estilhaços, farpas, pregos, etc.), agulha, dentre outros.

3.1.4 Queimaduras, exposição à fumaça, fogo e chamas, contato com fonte de calor ou substâncias quentes.

Brito; *et. al.* (2010) diz que as lesões por queimaduras são consideradas mundialmente como um dos principais problemas de saúde pública, sendo bastante elevados os índices de mortalidade por esse tipo de injúria, e Fernandes e Torquato (2012) completa dizendo que as queimaduras são traumas potencialmente severos devido não apenas aos comprometimentos físicos, dependendo da gravidade da lesão, mas também pelos elevados índices de mortalidade. Os eventos por escaldadura constituem os agentes mais frequentes neste tipo de injúria.

As queimaduras podem trazer sequelas às vezes permanentes tanto físicas bem como psicológicas tanto para a criança como para o adolescente. Gawryszewski *et. al.* (2012), diz que queimaduras encontradas em crianças de 0 a 4 anos devem preocupar não somente pelo sofrimento e dor que representam, mas também pelas repercussões em termos de sequelas

numa fase de rápido desenvolvimento físico, quando a perda de tecidos e/ou sua contratura na evolução das lesões podem ocasionar danos permanentes mais graves.

De acordo com Fernandes e Torquato (2012), o conhecimento dos acidentes com queimaduras entre crianças e adolescentes deve estar pautado numa ótica cultural e familiar afim de que seja valorizado por elas não apenas a cura da doença, mas a prevenção dos novos acidentes. Diz também que os acidentes por esse tipo de lesão merecem atenção específica com abordagem preventiva. Uma das maneiras efetivas de promover a prevenção de acidentes infantis consiste na participação direta da família e da escola enquanto responsáveis pela formação das crianças e dos adolescentes.

3.1.5 Maus tratos

Assis *et. al.* (2012) diz que são caracterizados como maus tratos físicos, todos os atos abusivos praticados mediante uso de instrumentos, golpes, queimaduras, mordidas, cortes, asfixia, castigos cruéis, cujas lesões são provocadas de maneira intencional. Avanci, *et. al.*, (2009), completa dizendo que se trata de uma realidade dolorosa, nutrida por concepções culturais de uma sociedade adultocêntrica, onde formas agressivas de se relacionar, corrigir erros, estabelecer normas de disciplina e educar são frequentemente usados por pais ou responsáveis.

Moura, Moraes e Reichenheim (2008) dizem que mais recentemente, as ações proativas de promoção dos “bons-tratos” vêm sendo lentamente incorporados às propostas de atuação. Porém, estas iniciativas ainda deixam muito a desejar, já que são bastante fragmentadas e restritas a certos subgrupos populacionais e áreas geográficas.

Quando se fala em metodologias para o cuidado, Brasil (2011) diz que é necessário agir em diferentes níveis ao mesmo tempo, e a prioridade deve ser a prevenção primária da violência, isto é, medidas para evitar que as violações ao direito da criança e do adolescente aconteçam. Diz também que as crianças e adolescentes que sofreram violências devem ser considerados sujeitos participativos nas diferentes dimensões da linha do cuidado. A participação deles nas decisões sobre suas vidas é um passo importante para que sintam autoconfiantes e capazes de buscar soluções para seus problemas. O tratamento de uma questão tão grave como a violência, quando bem conduzido, pode contribuir para o resgate da autoestima, para a valorização da pessoa, de sua rede social e de seus direitos.

3.1.6 Exposição a forças mecânicas animadas

As forças mecânicas animadas caracterizam-se, de acordo com o DataSUS (2013), por golpe, pancada, pontapé, mordedura ou escoriação infligidos por outra pessoa, colisão entre duas pessoas, esmagado, empurrado ou pisoteado por multidão ou debandada em massa de pessoas, mordedura de rato, mordedura ou golpe provocado por cão e/ou por outros animais, contato com espinhos de plantas ou com folhas aguçadas.

3.1.7 Envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas, contato com animais e plantas venenosas.

Brasil (2010) diz que envenenamento e intoxicações é a imposição ou administração a criança ou ao adolescente de substâncias tóxicas, cáusticas, ácidas ou medicamentosas, na tentativa de controlá-la, maltratá-la ou mesmo levá-la a morte. Mesmo depois desta imposição ou administração muitas vezes ocorre à demora na procura do atendimento após envenenamento dito como “acidental”, sem demonstração de preocupações dos responsáveis pelo tempo decorrido para tratamento.

3.2 Violências

3.2.1 Violência Física

De acordo com Guimarães e Vilela (2011), a violência contra a criança e adolescentes se caracteriza como uma situação em que se identifica a existência de um sujeito em condições de superioridade, que cometa dano seja este corporal, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou mesmo após consentimento desta, quando tal experiência for obtida por indução ou sedução enganosa. Quando as violências psicológicas ou sexuais ocorrem, nem sempre é possível encontrar marcas ou sinais desta violência, até mesmo quando o foco é a violência sexual, mas, isso não quer dizer que a criança ou adolescente não tenha sido vitimado.

Quando se trata sobre a identificação dos agressores, Monteiro *et. al.* (2008) diz que em relação à identificação dos agressores, individualmente, conhecidos fora da família e padrastos são os maiores agressores entre as crianças. Se tomadas às agressões praticadas pelo núcleo familiar (pai, mãe, familiares, padrasto), a proporção é muito maior. Entre adolescentes, predominaram agressores conhecidos fora da família.

3.2.2 Violência psicológica

Brasil (2010) diz que a violência psicológica na infância pode desencadear sintomas agudos de sofrimento e, progressivamente, vir a bloquear ou a impedir o curso normal do desenvolvimento, um processo crônico que deixará sequelas em vários níveis de gravidade, surgem como sinais de angústia e ansiedade que acabam por determinar problemas comportamentais, que fogem ao padrão habitual e motivam a procura dos serviços de saúde.

3.2.3 Negligência

Brasil (2010) caracteriza negligência como a omissão de cuidados e é mais comum em crianças, mas também pode ocorrer na adolescência e caracteriza-se pelo descaso com o bem-estar e a segurança da criança ou do adolescente, com a efetividade, a educação ou a detecção de atrasos de desenvolvimento sem causa orgânica aparente; e também pela recusa dos pais em aceitar as orientações do calendário vacinal, tratamentos medicamentosos, orientação educacional e preventiva. Estes são indícios de que se deve realizar uma investigação detalhada da situação familiar.

3.2.4 Violência sexual

Segundo Santana, Santana e Lopes (2011), o abuso sexual contra crianças e adolescentes destacam-se como a forma mais cruel de todas, dada a condição de indefesa de suas vítimas e as consequências que podem provocar para o seu crescimento e desenvolvimento. Woiski e Rocha (2010) consideram o abuso sexual qualquer ato ou jogo sexual que tenha a intenção de estimular sexualmente a criança ou adolescente, ou que vise à utilização desses para satisfação sexual. Abrange as relações hétero ou homossexuais nos quais os agressores estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado do que a vítima. Silva, Ferriani e Silva (2012), diz que as lesões físicas, decorrentes da violência praticada, envolvem lacerações anogenitais, doenças sexualmente transmissíveis, gravides, etc., e com, frequência, demandam vários tratamentos. Entretanto, dependendo da forma da violência sexual ou do tempo decorrido do evento até o exame, na maioria dos casos, o exame inicial não resulta em prova material.

Segundo Santana, Santana e Lopes (2011), o combate ao abuso sexual requer um esforço que envolva a família, a sociedade civil, o poder público e os profissionais de saúde, para a articulação no processo de prevenção, identificação e denuncia dos casos de abuso.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Natureza do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, pois se pretende avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos internamentos de crianças e adolescentes por causas externas em hospital de referência do interior piauiense.

De acordo com Gil (2006), a pesquisa descritiva tem como objetivo caracterizar determinada população ou fenômeno, vindo a estabelecer relações entre as variáveis, sem que haja interferência do pesquisador.

Quando se diz que o estudo é transversal, observa-se que há uma metodologia projetada para obter informações sobre as variáveis em diferentes contextos, porém simultâneos (ROESCH, 2005).

4.2 Período e Local da Pesquisa

O estudo ocorreu no período de dezembro de 2012 à setembro de 2013. Foi realizada em unidade hospitalar de referência da região piauiense, localizado na cidade de Picos - Piauí.

A cidade corresponde a uma área de 534, 713 km² com uma população de 73.414 hab., consta um alto índice de mortalidade e de natalidade. Os estabelecimentos de Saúde do município são compostos pelo setor público estadual, setor público municipal e o setor privado, totalizando 114 estabelecimentos do município divididos nos setores, onde 63 correspondem ao privado (IBGE, 2010).

O Hospital de Referência da cidade apresenta na Ala Pediátrica: 13 técnicos de enfermagem, 7 enfermeiros e 6 médicos.

A equipe que atua na referida unidade, por turno, é composta por 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro e 1 médico permutando entre si.

4.3 População e amostra

A população do estudo correspondeu aos 90 prontuários dos pacientes internados por causas externas, no ano de 2012, na Ala Pediátrica do hospital estudado. A amostra foi censitária, pois se trabalhou com todos os prontuários.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de junho a julho de 2013. As informações foram coletadas por meio de aplicação de um formulário (APÊNDICE A). As perguntas extraídas do instrumento correspondem a perguntas referentes aos usuários da Ala Pediátrica. Além disso, está incluso no mesmo as perguntas para a obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos do paciente.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram tabulados por meio do software Microsoft Office Excel 2010 e analisados com o auxílio do programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS – 20.0. Os resultados foram apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

4.6 Aspectos éticos e legais

Os princípios ético-legais foram obedecidos com relação ao acesso e análise dos dados, respeitando as normas de pesquisa em saúde com seres humanos referidos pela Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Foi utilizado o termo de fiel depositário (APÊNDICE B) para solicitar a autorização para a coleta dos dados, garantindo-se ainda o sigilo dos participantes.

5 RESULTADOS

Os resultados ora apresentados se referem à consolidação dos dados adquiridos por meio dos questionários aplicados aos 90 prontuários sobre os casos estudados. Foram descritas, inicialmente, a distribuição dos casos por município de origem e do agravo, em seguida por informações do agravo, tipo de agravo, como o agravo ocorreu, classificação dos casos por tipo de tratamento e complicações, se foi encaminhado para Teresina, se houve óbito durante o internamento, caracterização dos casos por sexo, idade e duração do internamento, e por sinais e sintomas na admissão.

Tabela 1. Distribuição dos casos por município de origem e do agravo. Picos, 2013.

Variáveis	Município de Origem		Município de Ocorrência	
	n	%	n	%
Picos	54	60	35	38,9
Paulistana	1	1,1	-	-
Francisco Santos	1	1,1	2	2,2
Parambu – CE	1	1,1	1	1,1
Monsenhor Hipólito	4	4,4	4	4,4
Bocaina	2	2,2	2	2,2
São José do Piauí	3	3,3	2	2,2
Oeiras	2	2,2	-	-
Araripina	1	1,1	-	-
Queimada Nova	1	1,1	-	-
Ipiranga	1	1,1	1	1,1
Alegrete	2	2,2	3	3,3
Santa Cruz	1	1,1	1	1,1
Sussuapara	1	1,1	4	4,4
Betânia do Piauí	2	2,2	2	2,2
Caridade do Piauí	1	1,1	1	1,1
Jaicós	3	3,3	3	3,3
Curral Novo	1	1,1	1	1,1
Simplício Mendes	1	1,1	1	1,1
Teresina	1	1,1	-	-
Pio IX	2	2,2	4	4,4
Fronteiras	1	1,1	1	1,1
Santo Antônio de Lisboa	1	1,1	2	2,2
Isaiás Coelho	1	1,1	1	1,1
Dom Expedito Lopes	-	-	3	3,3
Alagoinha do Piauí	-	-	1	1,1
Acauã	-	-	1	1,1
Wall Ferraz	-	-	1	1,1
Marcolândia	-	-	1	1,1
Vila Nova do Piauí	-	-	2	2,2
Geminiano	-	-	3	3,3
Lagoa do Barro	-	-	1	1,1
Massapê do Piauí	-	-	1	1,1
São Julião	-	-	1	1,1
São Luiz do Piauí	-	-	1	1,1
Não Identificado	1	1,1	1	1,1

De acordo com a tabela 1, verificou-se que Picos foi o município que obteve o maior número de vítimas que residiam no município (60%). Quando se trata de município de ocorrência, os maiores valores são os do município de Picos (38,9%), Monsenhor Hipólito, Sussuapara e Pio IX (4,4%, cada).

Conforme exposto na tabela 2, pode-se observar que nas informações sobre o agravo, a grande maioria dos casos foi por politraumatismos (48,8%), fratura (23,3%), intoxicação por medicação e traumatismo crânio encefálico (TCE) (11,1%, cada). De todos, ocorreu a não identificação de apenas um caso.

Tabela 2. Caracterização dos casos por informações do agravo. Picos, 2013.

Variáveis	n	%
Politraumatismo	44	48,8
Fratura	21	23,3
TCE	10	11,1
Intoxicação por medicação	10	11,1
Intoxicação Alimentar	5	5,6
Queimadura de I e II grau	3	3,3
Acidente com arma de fogo	2	2,2
Picada de cobra	2	2,2
Etilismo	1	1,1
Osteomielite	1	1,1
Queimadura de II e III grau	1	1,1
Picada de abelha	1	1,1
Vítima de corrente elétrica	1	1,1
Intoxicação por veneno	1	1,1
Não identificado	1	1,1

De acordo com a tabela 3, observa-se que os agravos caracterizaram-se boa parte como queda (35,6%), acidente automobilístico (32,2%) e envenenamento acidental por exposição a substâncias tóxicas (17,8%).

Tabela 3. Classificação dos casos por tipo de agravo. Picos, 2013.

Variáveis	n	%
Queda	32	35,6
Acidente automobilístico	29	32,2
Envenenamento acidental por exposição a substâncias tóxicas	16	17,8
Queimaduras	4	4,4
Exposição a forças mecânicas inanimadas	3	3,3
Exposição a forças mecânicas animadas	3	3,3
Contato com animais e plantas venenosos	3	3,3
Exp. a corrente elétrica, radiação ou temp. extremas do ambiente	1	1,1

Como se pode observar na tabela 4, devido a fatores como, por exemplo, dados incompletos nesta distribuição, o número de casos com os agravos não identificados mostra-se como o maior percentual (13,3%), seguido pela queda da própria altura com 12,2% e queda de altura com 10%.

Tabela 4. Caracterização dos casos por como o agravo ocorreu. Picos, 2013.

Variáveis	n	%
Não identificado	12	13,3
Queda da própria altura	11	12,2
Queda de altura	9	10
Acidente de moto	8	8,9
Queda de bicicleta	5	5,6
Acidente de carro	5	5,6
SIC - Não sabe informar	5	5,6
Atropelamento por moto	4	4,4
Queda de escada	4	4,4
Descuido da mãe	4	4,4
Queda de moto	3	3,3
Ingestão acidental pela criança	3	3,3
Acidente	2	2,2
Pancada "jogo de futebol"	2	2,2
Atropelamento por carro	1	1,1
Acidente de trânsito	1	1,1
Queda de caminhonete	1	1,1
Acidente de bicicleta	1	1,1
Queda nos tijolos	1	1,1
Queda batendo a cabeça	1	1,1
Explosão por vasilhame no fogo	1	1,1
Queimadura com água	1	1,1
Queda de animal	1	1,1
Pegou animal com a mão	1	1,1
Choque elétrico	1	1,1
Ingestão de veneno	1	1,1
Ingestão de alimento contaminado	1	1,1

Com relação ao tipo de internamento, a grande maioria foram os tratamentos clínicos, havendo 72,2% dos casos e apenas 30% cirúrgico. Houve apenas um caso onde não se pode caracterizar o tipo de internamento, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos casos por tipo de tratamento. Picos, 2013.

Variáveis	n	%
Cirúrgico	27	30
Clínico	65	72,2
Não identificado	1	1,1

De acordo com a tabela 6, pode-se observar que houve um pequeno número de complicações (2,2%) e, na grande maioria (95,6%) não houve a necessidade de um tratamento mais especializado.

Tabela 6. Caracterização dos casos pela presença de complicações, encaminhamentos e óbito durante internamento. Picos, 2013.

Variáveis	Complicações		Encaminhado para Teresina		Óbito durante internamento	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2	2,2	1	1,1	-	-
Não	86	95,6	89	98,9	87	96,7
Não Identificado	2	2,2	-	-	3	3,3

Observa-se que apenas em um caso houve a necessidade de transferência para a capital. Além disso, não ocorreu nenhum óbito.

Tabela 7. Classificação dos casos por sexo, idade e duração do internamento. Picos, 2013.

Variáveis	n	%			
1. Sexo					
Feminino	37	41,1			
Masculino	49	54,4			
Não informado	4	4,4			
	KS (Valor p)	Média	Desvio-padrão	Mediana	
2. Idade (média)	0,200	29,47	18,913	28,50	
3. Duração do internamento (mediana)	0,000	3,40	2*	2,00	

KS: Kolmogorov Smirnov; *IQ: intervalo interquartílico.

Conforme a tabela 7 nota-se que o sexo masculino é predominante (54,4%) quando comparado com o feminino (41,1%).

Com relação à idade, observa-se que a média de idade foi de 29,47 meses e a duração do internamento mostra-se com uma mediana de 2 dias.

Tabela 8. Classificação dos casos por Sinais e sintomas na admissão. Picos, 2013.

Sinais e sintomas	N	%
Escoriações	23	25,3
Dor	22	23,2
Vômitos	21	22,2
Edema	15	16,6
Fratura	11	12,1
Não informado	8	8,9
Desmaio	7	7,7
Cefaleia	5	5,5
Hematoma	4	4,4
Letargia	4	4,4
Náuseas	3	3,3
Deformidade	3	3,3
Queimadura	3	3,3
Dor torácica	2	2,2
Lesão na língua	2	2,2
Lesão no couro cabeludo	2	2,2
Infecção	2	2,2
Distúrbio na marcha	2	2,2
Palidez	1	1,1
Lesão na fronte	1	1,1
Otorragia	1	1,1
Traumatismo craniano	1	1,1
Sangramento na boca	1	1,1
Lesão na mandíbula	1	1,1
Tontura	1	1,1
Trauma em cotovelo	1	1,1
Hiperemia	1	1,1
Piora do estado geral	1	1,1
Não responde a estímulos	1	1,1
Cianose	1	1,1
Tremores	1	1,1
Traumatismo de face	1	1,1
Fístula purulenta	1	1,1
Amputação da mão	1	1,1
Traumatismo	1	1,1
Eritema	1	1,1
Distúrbio na fala	1	1,1
Coma	1	1,1
Diarreia	1	1,1
Convulsão	1	1,1

Pode-se observar, na tabela 8, que escoriações, dor e vômitos foram os sinais e sintomas mais frequentes com 25,3%, 23,2% e 22,2%, respectivamente.

Tabela 9. Classificação dos casos por alta. Picos, 2013.

Motivo da alta	n	%
Melhora	84	93,3%
À pedido	5	5,6%
Evasão	1	1,1%

Na tabela 9, observa-se que a maior quantidade a alta foi por melhora dos pacientes, mostrando-se em 93,3% dos casos.

6 DISCUSSÃO

Analisando o presente estudo, pode-se ter uma realidade dos municípios estudados, dos tipos de agravos e sequelas que estas crianças e adolescentes estão vulneráveis, dos cuidados que devem ser tomados para evitar tais acidentes, dos tipos de tratamentos que as instituições de saúde têm tomado e a faixa etária atendida. Sabendo desta realidade, os órgãos de saúde (Secretarias e ESFs) devem intensificar medidas alternativas no combate destes agravos como, os programas de conscientização no trânsito, programas de combate ao álcool na menor idade, os postos de saúde na conscientização dos pais no cuidado da criança e do adolescente para que assim possa se evitar o aumento destes números de agravos.

A predominância do município de Picos com relação ao número de agravos ocorridos e onde as vítimas residiam no próprio município de acordo com os achados no presente estudo possui valores inferiores em relação aos achados de Martins (2007), onde em Londrina houve um percentual de 100% dos casos onde todos os agravos que ocorreram, as vítimas também residiam o mesmo município, enquanto que em Picos este percentual chegou a apenas 60% dos casos.

Em se tratando de politraumatismos, Morais Neto (2010) relata que os adolescentes estão mais vulneráveis a este tipo de traumatismos, porque nessa época de transição entre a infância e a vida adulta, os jovens buscam novas referências e acabam se expondo mais, esse comportamento está, por exemplo, associado a um aumento da incidência de acidentes e violências. Fazendo uma comparação estatística, Martins (2010) encontrou em suas pesquisas um valor percentual de politraumatizados de 2,6%, enquanto que o presente estudo mostrou-se com um valor de 48,8%. Com relação às fraturas, Martins (2010) obteve em seus estudos um valor percentual semelhante a esta pesquisa, sendo 12,1%, e 12,2%, respectivamente. Ainda equiparando o mesmo estudo, Martins (2010) tratou em seus estudos sobre as quedas relacionadas à criança e adolescente, este mostrou em seus achados que cerca de 25,3% dos acidentes com crianças e adolescentes estudados trata-se de quedas, enquanto que foi encontrado um valor de 35,6% dos acidentes pelo mesmo motivo.

Tratando-se de acidente automobilístico, Morais Neto (2010) diz que entre as causas externas, os acidentes de transporte são responsáveis por um expressivo número de mortes e hospitalizações e que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo o número de mortes em decorrência deste tipo de acidente é estimado em 1,2 milhão, como se vê todos os dias nos noticiários, um dos motivos para tantas mortes é o abuso do álcool, Silva (2010) mostra em seu estudo que a maioria dos diagnósticos foi relacionada a este tipo de

acidente, mostrando-se com um percentual de 83%, enquanto que no presente estudo este valor percentual foi de 32,2% dos agravos estudados.

Um dos motivos da inconsistência ou falta de dados nos estudos pode estar relacionado a prontuários que não possuem seus dados completos ou até mesmo a inexistência destes, neste estudo ocorreu em 13,3% dos prontuários, valor inferior ao encontrado no estudo de Martins *et al.* (2010) que foi de 81,4% dos prontuários estudados sem a informação.

Malta *et al.* (2012) em seus estudos trata sobre as quedas da própria altura (ou mesmo nível), este relata em sua pesquisa que predominaram as quedas com valor percentual de 50,1%, enquanto que no presente estudo constataram-se 12,2% casos de queda.

Em se tratando do número de casos onde a necessidade de tratamento foi apenas do clínico, os achados de Silva *et al.* (2010) em comparação com o presente estudo supera em valores percentuais, pois o primeiro mostra-se com percentuais de 98,3% dos atendimentos onde não houve a necessidade de outro tipo de tratamento, enquanto que o segundo encontrou 72,2% dos casos.

Pode-se observar que quando se trata de acidentes com crianças e adolescentes, alguns estudos mostram que a predominância dos casos é do sexo masculino, como por exemplo, o estudo de Malta *et al.* (2012) onde é possível observar que a predominância deste sexo encontra-se num percentual de 56,5% dos atendimentos, valor este está equiparado com o presente estudo, onde se mostra com um percentual de 54,4% dos atendimentos e tendo uma média de idade de 29,47 meses. Malta *et al.* (2012) relata sobre estas duas e outras características, este diz que a ocorrência dos acidentes na infância está relacionada a características como sexo, idade da criança, etapa de desenvolvimento neuro-psico-motor, como por exemplo, a imaturidade física e mental, inexperiência, incapacidade para prevê e evitar situações de perigo, a curiosidade, tendência a imitar comportamentos adultos, falta de noção corporal e de espaço e a falta de coordenação motora (estes estão relacionados a faixa etária citada nos estudos), também estão relacionadas as características da personalidade (hiperatividade, agressividade, impulsividade e distração), estas características estão mais presentes no sexo masculino.

Fernandes *et al.* (2012) retrata em seus estudos sobre a duração do tempo de internamento dos pacientes, este diz que a mediana de dias de internação das crianças e adolescentes foi de 5,87 dias, enquanto que no presente estudo a mediana da duração dos dias foi de apenas 2 dias.

Descrevendo sobre acidentes por causas externas, pode-se observar que são inúmeros as sequelas, sinais e sintomas que este tipo de acidente pode causar, no estudo de Silva *et al.*

(2010), observa-se que o maior índice percentual é referente aos traumatismos na cabeça (53%), enquanto que no presente estudo observa-se que os maiores índices mostram que são as escoriações (25,3%), os vômitos (22,2%) e as dores com 22,1%.

Relatando sobre as internações, Martins *et al.* (2007) abordou em sua pesquisa o alto nível de internação, porém, nenhum caso de óbito, podendo-se dizer que todos tiveram melhora significativa dos seus casos, o que vai ao encontro do presente estudo, no qual houve uma melhora de 93,3% dos casos estudados.

Se pararmos para fazer uma breve observação, muitos dos dados expostos possuem relação como, por exemplo, quando ocorre um politraumatismo, as características do agravo mais presente são as escoriações, dor e dependendo do nível e local do impacto, vômitos.

7 CONCLUSÃO

Este estudo analisou o perfil clínico epidemiológico dos internamentos de crianças e adolescentes por causas externas ocorridos no ano de 2012 no município de Picos, e assim os objetivos propostos foram alcançados.

Observou-se no presente estudo que o município onde ocorreu o maior número de casos foi Picos, sendo o mesmo onde as vítimas residiam, de acordo com o presente estudo, o maior índice de agravos foi politraumatismos, os agravos de maior incidência foram as quedas e os acidentes automobilísticos, nestes agravos ocorreram um maior número de escoriações, dor e vômitos. Com relação à faixa etária dos vitimados, estes possuíam uma média de idade de 29,47 meses (cerca de 2 anos e 5 meses).

Quanto à assistência hospitalar, as vítimas permaneciam cerca de 2 dias internadas, sendo que estes necessitaram em sua maioria apenas de cuidados clínicos, observa-se então que na maioria dos casos houve uma certa melhora destes, poucas complicações, transferências e nenhum óbito.

Observou-se que muitos dos acidentes ocorridos na fase da infância ocorrem devido a algum tipo de descuido dos pais, pois quedas, tanto da própria altura como de escadas, por exemplo, podem ser evitadas com o simples ato da observação. Envenenamento e queimaduras podem ser evitados com pequenas atitudes como mudança de objetos, medicações e soluções de lugar.

Apesar de que a fase da adolescência pode ser considerada a fase aventureira, onde não existem limites para as descobertas, prazeres e aprendizados, simples atos como a observação, conversa dos pais para com os filhos e limites impostos pelos pais pode-se evitar muitos acidentes, como por exemplo, acidentes automobilísticos (onde este ocorreu um grande número de casos com pacientes nesta fase da vida).

Quando se trata em evitar acidentes, o enfermeiro também deve ter participação na educação tanto da criança e do adolescente como dos pais, pois não só as crianças podem ser educadas, mas os adultos também devem estar dispostos a fazerem mudanças e estarem sempre atentos para assim evitar traumas, sequelas ou até a morte destes.

O presente estudo teve suas dificuldades durante a coleta de dados, pois como foi descrito diversas vezes, muitos prontuários possuíam informações desconexas, letras ilegíveis ou até mesmo a inexistência dos dados. Para a coleta ser realizada, foi necessária uma adaptação dos horários disponíveis com a rotina do serviço, pois o mesmo só funcionava no período da manhã e muitas vezes chocava com os horários dos estágios, o local da coleta não

funcionava aos finais de semana e ainda quando dava certo realizar a coleta de dados, os prontuários do presente estudo estavam misturados com os de anos anteriores e os do corrente ano e alguns de outras alas, pois o local arquivava os prontuários de todo o hospital.

Apesar do número de casos estudados terem sido reduzidos, espera-se que os resultados possam contribuir para suprir lacunas no conhecimento, em especial sobre a realidade da região e de alguma forma poder auxiliar na formulação de políticas públicas e ações de saúde coletiva para diminuição destes agravos.

REFERÊNCIAS

ACKER, J.I.B.; CARTANA, M.H.I. Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. **Rev. Bras. Enferm.**, 2009, jan.-fev.; V. 62, Ed. 1, p. 64-70.

ASSIS, S.G. de; AVANCI, J.Q.; PESCE, R.P.; PIERES, T.O.; GOMES, D.L. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [internet] 2012 [cited 2013 feb. 12]; V. 17, Nº 9, p. 2305-2317. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>

AVANCI, J.; ASSIS, S.G.; OLIVEIRA, R.; PIRES, T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. **Ciênc. Colet.** 2009. V. 14, Nº 2, p. 383-394.

BRASIL, Convenção sobre os direitos da criança e adolescente de 1990, decreto nº 99.710, Diário oficial da união 1990, 22 nov.

_____. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>; Acesso em: 13 de fev. de 2013 às 10h32min.

_____. Resolução 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1996. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v.4, n.2, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde, VIVA 2008 e 2009 vigilância de violências e acidentes, 2010 a.

_____. Metodologias para o cuidado de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violências; Brasília-DF, 2011.

_____. Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência; Brasília-2010 b.

BRITO, M.E.M.; DAMASCENO, A.K.C.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, L.I.E.S. **Ver eletr. Enferm.** [internet]. 2010 june [cited 2012 aug. 31]. V. 12, Nº 2, p. 321-325. Available: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a14.htm>.

DATASUS; disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/w50_w64.htm; visualizado: 23/08/2013 às 11:34.

DATASUS; disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/w20_w49.htm; visualizado: 23/08/2013 às 11:24.

FERNANDES, F.M.F.A.; TORQUATO, I.M.B.; DANTAS, M.A.S.; *et. al.* Queimaduras em crianças e adolescentes. Caracterização clínica e epidemiológica. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2012; V. 31, Nº 4, p. 133-141.

GAWRYSZEWSKI, V.; *et. al.* Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicas de emergência no Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; V. 28, Nº 4, p. 629-640; abr., 2012.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GUIMARÃES, J.A.; VILELA, W.V. Características de violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidas no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ); V. 27, Nº 8, p. 1647-1653; ago, 2011.

MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A.; MASCARENHAS, M.D.M.; et. al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, 2012; v. 46, ed. 1, p. 128.

MARTINS, C.B.G.; ANDRADE, S.M. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**; V. 15, Supl. 3, p. 3167-3173, 2010.

MARTINS, C.B.G.; ANDRADE, S.M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade; **Acta Paul Enferm.** 2007; V. 20, Nº 4, p. 464-469.

MASCARENHAS, M.D.M.; MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A.; CARVALHO, C.G.; MONTEIRO, R.A.; NETO, O.L.M. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. **Ciência Saúde Colet.**; V. 14, Nº 5, p. 1789-1796.

MONTEIRO, C.F.I.; TELES, D.C.B.S.; et. al. Violência sexual contra crianças no meio intra-familiar no SAMVVIS, Teresina, PI. **Rev. Bras. Enferm.** 2008; V.º 61, p. 459-463.

MOURA, A.T.M.S.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, **Brasil Cad. Saúde Pública** 2008; V. 14, Nº 12, p. 2926-2936.

MORAIS NETO, O.L; MALTA, D.C.; et. al.; Fatores de risco para acidentes de transporte terrestre entre adolescentes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde do escolar (PeNSE); **Ciência e Saúde Coletiva** 2010; V.15, Supl. 2, p. 3043-3052.

POLIT, D.E.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: 7ª ed.; ArtMed, 2011.

ROESCH, S.M.A. Projetos de estágio e pesquisa em administração: guia para estratégias, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SANTANA, J.S.; SANTANA, P.; LOPES, M.L. Violência sexual contra crianças e adolescentes: Análise de notificações dos conselhos tutelares e departamento de política técnica. V. 35, Supl. 1, p. 68-86, Jan./Jun. 2011.

SILVA, M.A.I.; et al. Perfil dos atendimentos a criança e adolescente vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2010 jun.; vol. 31, ed. 2ª, p. 351.

SILVA, L.M.P.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.S. P poder judiciário como última instância de proteção às crianças e adolescentes: Ações intersetoriais, investimento em

recursos humanos e estruturação dos serviços. **Rev. Latino-Am. Enferm.** 2012; V. 20, Nº 3, p. 444-452.

WOISKI, R.O.S; ROCHA, D.L.B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.** 2010 jan./mar.; V. 14, Nº 1, p. 143-150.

World health organization (WHO). World report on child injury prevention. Geneva: WHO; 2008.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

- MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____
 - MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA DO AGRAVO: _____
 - SEXO: () Masculino () Feminino
 - IDADE: _____ anos e _____ meses
 - Se RN: { * Peso ao nascer: _____
 - { * Apgar no 1º e 5º min.: _____
 - ESCOLARIDADE: { () Analfabeto () Médio completo
 - { () Fundam. Completo () Médio incompleto: ano _____
 - { () Fundam. Incomp.: ano _____
 - { Anos de estudo: _____
- RENDA DOS PAIS: _____
 - INSTRUÇÃO DOS PAIS: { () Anafabeto () Médio completo
 - { () Fundam. Completo () Médio incomp.: ano _____
 - { () Fundam. Incomp.: ano _____
 - { Anos de estudo: _____
- NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA: _____
 - INFORMAÇÕES SOBRE AGRAVO: _____
 - _____
 - TIPO DE AGRAVO: _____
 - _____
 - COMO O AGRAVO OCORREU: _____
 - _____
 - SINAIS E SINTOMAS NA ADMISSÃO: _____
 - DURAÇÃO DO INTERNAMENTO: _____
 - TIPO DE TRATAMENTO: () CIRÚRGICO () CLÍNICO
 - HOUVE COMPLICAÇÕES? _____ Se sim, foi encaminhado para Teresina? _____
 - HOUVE ÓBITO DURANTE INTERNAMENTO? _____

APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS INTERNAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR CAUSAS EXTERNAS

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Dr. Filipe Isaac Santos Batista, diretor do Hospital Regional Justino Luz, da cidade de Picos-PI, após ter tomado conhecimento do projeto de pesquisa que tem como objetivo geral: Avaliar o perfil clínico epidemiológico dos internamentos de crianças e adolescentes por causas externas da cidade de Picos-PI vem na melhor forma de direito autorizar a pesquisadora e professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI) Luisa Helena de Oliveira Lima a ter acesso aos prontuários relacionados à acidentes por causas externas em crianças e adolescentes, sendo permitida a coleta de informações, objetos deste estudo, e que se encontram sob sua total responsabilidade. Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua autorização.

Sendo assim, o pesquisador(a) abaixo se compromete a garantir e preservar as informações, garantindo a confidencialidade dos documentos e concorda que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os dados serão coletados pelo acadêmico de enfermagem Eduardo Melo Araújo Lima Sales.

Picos, 24 de abril de 2013.

Dr. Filipe Isaac Santos Batista
Diretor clínico
Hospital Regional Justino Luz

Luisa Helena de Oliveira Lima