

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“O que fazemos por nós mesmos morre connosco,
o que fazemos pelos outros e pelo mundo permanece e é imortal”.

Albert Pike (1809-1891)

Agradecimentos

Diz-se que a gratidão é a memória do coração e agradecer é a forma mais bela de a demonstrar. Fazendo uma retrospectiva, consigo visualizar e sentir todas as dificuldades que trilhei para chegar até aqui. O percurso não foi fácil e sozinha tenho consciência que jamais o levaria a bom porto. Portanto agradeço desde já o facto de me ter cruzado no caminho com pessoas que me compreenderam, ajudaram e apoiaram neste momento tão difícil e especial.

Desta forma expresso a minha gratidão:

Ao meu Orientador Professor Doutor Olivério Ribeiro, pelo seu conhecimento, apoio, disponibilidade e grandiosa delicadeza.

Ao meu marido, pelo apoio, ajuda e compreensão, permitindo que prossiga na concretização de objetivos.

Aos meus filhos, por tudo o que representam para mim e pela compreensão nos momentos em que estive menos presente.

Termino com um voto de enorme reconhecimento a todos aqueles que tornaram possível a elaboração deste trabalho, a concretização de um sonho individual que se transformou em realidade. Assim, agradeço a dádiva, a partilha, a experiência e aprendizagem, durante todo este processo, pois segundo o poeta Português, “*necessário é criar*” (Fernando Pessoa, 1888-1935).

Resumo

Enquadramento: A idade pediátrica é propícia à ocorrência de acidentes, as lesões continuam entre as principais causas de morte nesta faixa etária. Os profissionais de saúde encontram-se numa situação privilegiada para identificar as causas e por forma a promover medidas preventivas.

Objetivos: Determinar a incidência dos acidentes, que no ano 2017 geraram uma solicitação de atendimento no Serviço de Urgência Pediátrico (SUP); Identificar os aspectos epidemiológicos dos acidentes em idade pediátrica, por forma a aportar uma vertente ao conhecimento global dos acidentes na região de Vila Real, com potencial utilidade e aplicabilidade na clínica assistencial; Contribuir para a promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes em idade pediátrica.

Metodologia: Uma investigação quantitativa, de análise descritiva, procurando dar-se uma visão da distribuição percentual dos acidentes registados. Os dados recolhidos, sobre o acidente ou lesão, foram obtidos através das aplicações SONHO, SCLinico e Sistema de Triagem de Manchester, tendo sido exportados para o programa Excel, e analisados através do sistema informático estatístico SPSS. Os dados apresentados referem-se a todos os acidentes registados no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real, no ano de 2017, tendo sido excluído o motivo de admissão Doença.

Resultados: Verificar-se que 4,4% das admissões no SUP são referentes a acidentes, sendo a maioria do sexo masculino. Numa análise de causa dos acidentes, a queda é o principal motivo de admissão. O traumatismo crânio-encefálico é o fluxograma mais vezes utilizado pelo enfermeiro na Triagem de Manchester, sendo a cabeça o segmento corporal mais atingido. Globalmente os acidentes ocorrem maioritariamente no domicílio e na escola.

Conclusão: Para a definição de prioridades de prevenção, é fundamental conhecer a epidemiologia, por forma a servir de base às ações e estratégias a implementar. As medidas de prevenção devem concentrar-se nos três níveis: primárias, secundária, terciária.

Apesar das medidas implementadas, verifica-se que ainda é em casa e na escola onde o maior numero de acidentes ocorre. Deve haver o cuidado de garantir um ambiente seguro, onde a criança possa crescer e explorar o meio livremente.

Palavras-chave: Pediatria, Infância, Acidentes, Prevenção

Abstract

Background: The pediatric age is conducive to the occurrence of accidents, injuries remain the leading cause of death in this age group. Health professionals are in a privileged position to identify the causes and promote preventive measures.

Objectives: To determine the incidence of accidents, which in 2017 generated a request for care in the Pediatric Emergency Department (SUP); To identify the epidemiological aspects of accidents in pediatric age, in order to contribute to the overall knowledge of accidents in the Vila Real region, with potential utility and applicability in the care clinic; To contribute to the promotion of child safety and the prevention of pediatric accidents.

Methodology: A quantitative investigation, of descriptive analysis, seeking to give an overview of the percentage distribution of the registered accidents. Data collected on the accident or injury were obtained through the SONHO, SClínico and Manchester Triage System applications, and were exported to the Excel program and analyzed using the SPSS statistical computer system. The data presented refer to all accidents registered in the Pediatric Emergency Service of the Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro - Unidade de Vila Real, in the year 2017, and the reason for admission was excluded.

Results: It was verified that 4.4% of the admissions in the SUP are related to accidents, being the majority male. In an analysis of the cause of accidents, the fall is the main reason for admission. The traumatic brain injury is the flow chart most often used by the nurse in Manchester Triage, with the head being the body segment most affected. Accidents generally occur at home and at school.

Conclusion: In order to define prevention priorities, it is essential to know the epidemiology, in order to serve as a basis for the actions and strategies to be implemented. Prevention measures should focus on the three levels: primary, secondary, tertiary.

Despite the implemented measures, it is still at home and in the school where the greatest number of accidents occurs. Care should be taken to ensure a safe environment where the child can grow and explore the environment freely.

Keywords: Pediatrics, Childhood, Accidents, Prevention

Sumário

Pensamento

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Sumário

Índice de Figuras

Índice de Tabelas

Lista de Siglas e Abreviaturas

Introdução	23
Parte I - Enquadramento Teórico	
1. Definição de Criança.....	29
2. Conceito de Acidente	33
3. Acidentes em Idade Pediátrica	35
3.1- No Mundo e na Europa.....	36
3.2- Em Portugal.....	36
4. Tipos de Acidentes	39
4.1- Quedas.....	39
4.2- Acidentes de Viação	40
4.3- Intoxicações.....	41
4.4- Corpos Estranhos	41
4.5- Mordeduras	42
4.6- Lesões Térmicas	42
5- Prevenção de Acidentes em Idade Pediátrica	43
6- Atendimento no Serviço de Urgência Pediatrico	49
6.1- Triagem de Manchester	49
Parte 2- Estudo Descritivo	
1- Metodologia	53
1.1- Participantes.....	55
1.2- Procedimento.....	55
2- Resultados	57
3- Discussão	89
Conclusão	95
Bibliografia.....	99
Anexos.....	105

Índice de Figuras

Figura 1 – Períodos da Infância	
Fonte: Adaptado: Veja & Peneque (2017), Periodos en la infância.....	30
Figura 2 - Distribuição da amostra segundo Idade à data do episódio.....	57
Figura 3 -. Estatística da admissão mensal	63
Figura 4 -. Estatística da distribuição horária.....	63
Figura 5 -. Estatística da variável Tempo de permanência no Serviço de Urgência.....	64

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição percentual da amostra segundo sexo.....	57
Tabela 2 – Estatística da variável Idade.....	58
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo Faixa etária.....	58
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo Causa de urgência.....	59
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo Fluxograma de Triagem de Manchester.....	60
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo Mecanismo de lesão.....	61
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo Segmento Corporal.....	62
Tabela 8 – Estatística da variável Local de ocorrência.....	62
Tabela 9 - Distribuição da variável Hora.....	64
Tabela 10 – Estatística da variável Tempo de permanência no Serviço de Urgência.....	64
Tabela 11- Distribuição da variável Prioridade de Triagem de Manchester.....	65
Tabela 12 – Distribuição da variável Destino.....	65
Tabela 13 - Relação entre variável Faixa etária e Motivo de Urgência.....	66
Tabela 14- Relação entre variável Faixa etária e Triagem de Manchester.....	67
Tabela 15- Relação entre variável Faixa etária e Local de ocorrência.....	68
Tabela 16- Relação entre variável Faixa etária e Segmento corporal.....	68
Tabela 17- Relação entre variável Faixa etária e Mecanismo de Lesão.....	69
Tabela 18- Relação entre grupo etário Lactente e Motivo de Urgência.....	70
Tabela 19- Relação entre grupo etário Lactente e Fluxograma de Triagem de Manchester.....	70
Tabela 20 -Relação entre grupo etário Lactente e Local de ocorrência.....	70
Tabela 21- Relação entre grupo etário Lactente e Segmento corporal.....	71
Tabela 22- Relação entre grupo etário Lactente e Mecanismo de lesão.....	71
Tabela 23 - Relação entre grupo etário 1ª Infância e Motivo de urgência.....	72
Tabela 24- Relação entre grupo etário 1ª Infância e Fluxograma Triagem de Manchester.....	73
Tabela 25- Relação entre grupo etário 1ª Infância e Local de ocorrência.....	73

Tabela 26- Relação entre grupo etário 1ª Infância e Segmento corporal.....	74
Tabela 27- Relação entre grupo etário 1ª Infância e Mecanismo de lesão.....	74
Tabela 28- Relação entre grupo etário Pré-escolar e Motivo de urgência.....	75
Tabela 29 - Relação entre grupo etário Pré-escolar Fluxograma Triagem de Manchester....	76
Tabela 30 -Relação entre grupo etário Pré-escolar e Local de ocorrência.....	76
Tabela 31 -Relação entre grupo etário Pré-escolar e Segmento corporal.....	77
Tabela 32 -Relação entre grupo etário Pré-escolar e Mecanismo de lesão.....	77
Tabela 33 -Relação entre grupo etário Escolar e Motivo de urgência.....	78
Tabela 34 - Relação entre grupo etário Escolar Fluxograma de Triagem de Manchester....	79
Tabela 35 -Relação entre grupo etário Escolar e Local de ocorrência.....	80
Tabela 36- Relação entre grupo etário Escolar e Segmento corporal.....	80
Tabela 37- Relação entre grupo etário Escolar e Mecanismo de lesão.....	81
Tabela 38- Relação entre grupo etário Adolescência e Motivo de urgência.....	82
Tabela 39- Relação entre grupo etário Adolescência Fluxograma Triagem de Manchester..	83
Tabela 40- Relação entre grupo etário Adolescência e Local de ocorrência.....	84
Tabela 41- Relação entre grupo etário Adolescência e Segmento corporal.....	84
Tabela 42- Relação entre grupo etário Escolar e Mecanismo de lesão.....	85
Tabela 43- Relação entre as variáveis Faixa etária e Sexo.....	86
Tabela 44- Teste Chi-quadrado relação Faixa etária e Sexo.....	86
Tabela 45- Relação entre as variáveis Faixa etária e Horário de admissão	87
Tabela 46- Teste Chi-quadrado relação variáveis Faixa etária e Horário de admissão.....	87

Siglas, Abreviaturas e Símbolos

ADELIA Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada

ADL - Acidentes Domésticos e de Lazer

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. - citado

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECSA - European Child Safety Alliance

EVITA Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

EuroSafe - European Association for Injury Prevention and Safety Promotion

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPV – ESSV – Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Nações Unidas

p. - página

PNAAS – Plano Nacional Ação Ambiental e Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

s.d. - sem data

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TM – Triagem de Manchester

TCE – Traumatismo Crânio - Encefálico

UNICEF - United Nations Children's Fund

WHO - World Health Organization

Anexos

Anexo I - Autorização Do Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro

Introdução

A importância da investigação enquanto satisfação da curiosidade própria do ser humano, tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

A curiosidade, que me é intrínseca, fez-me interrogar sobre uma problemática que me diz muito, não só porque sou Enfermeira mas também porque sou Mãe. Assim, enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e face à necessidade de elaboração de um relatório final para a aquisição do grau Mestre, decidi fazer algo por mim, por todos os pais e evidentemente por todas as crianças vítimas de lesão, sendo certo que os acidentes em idade pediátrica constituem um problema de saúde pública, tendo grande interesse pela sua prevalência, mortalidade e particularmente pela possível prevenção (Rivara & Grossman, 2009).

Segundo World Health Organization (WHO) e o World Report on Child Injury Prevention (Relatório Mundial sobre Prevenção de Lesões Infantis), os acidentes são a principal causa de morte em idade infantil, e estima-se que cada ano cerca de 10 milhões de crianças fiquem feridas ou com incapacidades em consequência de acidentes e Portugal não será exceção (WHO, 2008).

A Direção Geral de Saúde (DGS), de acordo com os programas de saúde de Prevenção de acidentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) refere que, a principal causa de morte em crianças com idade superior a cinco anos é por acidente. (Portugal, DGS, 2016).

Segundo a OMS, na Europa todos os anos morrem crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos. Os acidentes causam frequentemente incapacidades, com um risco significativo de sequelas a longo prazo e impacto nas atividades do dia-a-dia das famílias. Portugal, Associação para a promoção da segurança infantil (Portugal, APSI, 2014).

Dados da European Child Safety Alliance (ECSA) de 2012, nos últimos anos tem-se verificado um decréscimo relativamente ao registo do números de acidentes, sendo que são considerados um dos principais motivos de consumo de serviços de saúde bem como perda de produtividade e incapacidade em anos de vida perdidos.

As lesões e traumatismos na sequência de acidentes continuam como a primeira causa de morte nas crianças e jovens em Portugal, com taxas muito elevadas, uma realidade que preocupa a Sociedade Portuguesa de Pediatria. “A pediatria tem sofrido uma evolução notável nas últimas décadas... Há, todavia, áreas em que muito teremos ainda que melhorar. Uma delas é a dos acidentes com crianças e adolescentes onde se registam taxas muito elevadas”, declarações do presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria, António Guerra, em 2013 à agência Lusa (Acidentes são a maior causa de morte das crianças, 2013).

A escolha do tema demarca-se com a importância de conhecer o impacto que têm os acidentes na idade infantil e a repercussão que estes trazem ao desenvolvimento da criança. Um problema de saúde pública, onde os profissionais de saúde devem ter conhecimento, por forma a oferecer uma prevenção baseada na evidência. A realização deste trabalho tem como finalidade, contribuir para a sensibilização de entidades competentes bem como profissionais de saúde, cuidadores e população em geral, para a importância da planificação e implementação de medidas de prevenção de acidentes.

Perante estas diretrizes, para o presente estudo, definiram-se como objectivos:

1-Determinar a incidência dos acidentes, que no ano 2017 geraram uma solicitação de atendimento no Serviço de Urgência Pediátrico (SUP).

2-Identificar os aspectos epidemiológicos dos acidentes em idade pediátrica, por forma a aportar uma vertente ao conhecimento global dos acidentes na região de Vila Real, com potencial utilidade e aplicabilidade na clínica assistencial.

3-Contribuir para a promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes em idade pediátrica.

A estruturação deste trabalho integra duas partes, em que cada uma se encontra organizada em capítulos: a primeira parte constituída pelos capítulos referentes à fundamentação teórica, aborda-se as características específicas da criança, os acidentes em idade pediátrica, conceito e evolução que o termo tem sofrido ao longo do tempo. Caracterização dos tipos de acidentes mais frequentes em idade infantil bem como a prevenção de acidentes em idade pediátrica. Seguindo-se uma breve descrição do serviço de SUP.

A segunda parte, designada por Estudo descritivo, é apresentado nos diferentes capítulos o enquadramento do estudo, descrevendo a estratégia metodológica adotada.

São apresentadas as principais conclusões, analisando os dados obtidos, confrontando-os com alguns dados encontrados na literatura. São ainda salientados os principais contributos deste estudo para a compreensão da problemática dos acidentes em idade pediátrica.

Os resultados da pesquisa incidem sobre uma realidade concreta do local escolhido para o estudo, podendo proporcionar contributos fundamentais e direccionados à prevenção de acidentes.

Os dados recolhidos, sobre o acidente e a lesão foram possíveis de obter através das aplicações informáticas SONHO, de Sistema de Triagem de Manchester (TM), e SClínico. Os dados apresentados neste trabalho referem-se a todos os acidentes registados no serviço de urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real (CHTMAD) cujo motivo de admissão não seja doença, no ano 2017.

Os dados foram exportados para o programa Excel, e analisados através do sistema informático estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Nesta área de investigação para a prossecução da finalidade e concretização dos objectivos definidos, optou-se por um estudo do tipo descritivo, recorrendo à metodologia quantitativa segundo um plano retrospectivo, procurando dar-se uma visão da distribuição percentual dos acidentes registados pelas variáveis que se encontram disponíveis.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Características específicas das crianças

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, artº 1 (1989), criança é todo o ser humano menor de 18 anos.

Há diferentes momentos que marcam os ritmos do desenvolvimento da criança. Vários autores têm em conta as diferentes etapas em que se divide este largo período de tempo que vai desde o nascimento até ao final da adolescência. A Pediatria, estando compartimentada na idade do ser humano até aos 17 anos e 364 dias, apresenta particularidades que a diferenciam exigindo abordagens específicas, a forma de se tratar um recém-nascido, um lactente ou um adolescente é completamente diferente (Gaspar, 2015).

Assim, este período é dividido em grupos cronológicos de acordo com alguns parâmetros, tendo em conta o desenvolvimento da criança.

Definir e inserir as crianças grupos funcionais, não é fácil pois em cada país os limites de idade variam, modificam-se com a evolução da sociedade. A complexidade em precisar estes conceitos, segundo a Revista de estudos demográficos, Crianças e Adolescentes em Portugal, decorre do facto de que a Infância, a Adolescência e a Juventude, serem fases de transição, nas quais a idade não é o único elemento que determina a passagem à fase seguinte (Carrilho, 2015).

Segundo Delval (2002) deve ter-se em conta que os limites entre essas fases, são difusas e nem sempre ocorrem da mesma maneira, sendo que cada criança é um mundo. A classificação apresentada pelo autor é uma classificação que tanto os psicólogos como os profissionais de saúde geralmente têm em mente para entender como os seres humanos pensam, sentem e agem quando passam pelos seus primeiros anos de vida:

Neonato - Período desde o nascimento até aos primeiros 28 dias;

Lactente - Período desde os 28 dias, ao primeiro ano de idade. Nesta fase há mudanças qualitativas e psicológicas, a criança aprende a coordenar partes do corpo com precisão.

Primeira infância - A primeira infância vai do primeiro ao terceiro ano de idade, a criança nesta fase mostra uma forte vontade de explorar e descobrir coisas.

Pré-escolar - Vai dos três anos aos seis anos, este é o período da infância em que se inicia a capacidade de atribuir intenções, crenças e motivações únicas. Essas novas aptidões enriquecem as relações sociais.

Escolar - Nesta fase, dos seis aos 12 anos, desenvolve-se a capacidade de pensar

em termos abstratos e matemáticos, bem como a capacidade de tomar decisões.

Adolescência - Período desde os 10-12 anos até aos 18 anos de idade. O círculo social fora da família começa a ser um dos fatores que moldam a identidade das crianças, e isso faz com que as normas familiares comecem a romper-se. A imagem começa a ter mais importância, há maior impulsividade e vulnerabilidade para vícios.

As autoras Vega & Peneque (2017), referem que é importante conhecer as diferentes etapas de desenvolvimento da criança, visto que é um longo período de tempo ao qual correspondem diferentes taxas de mortalidade.

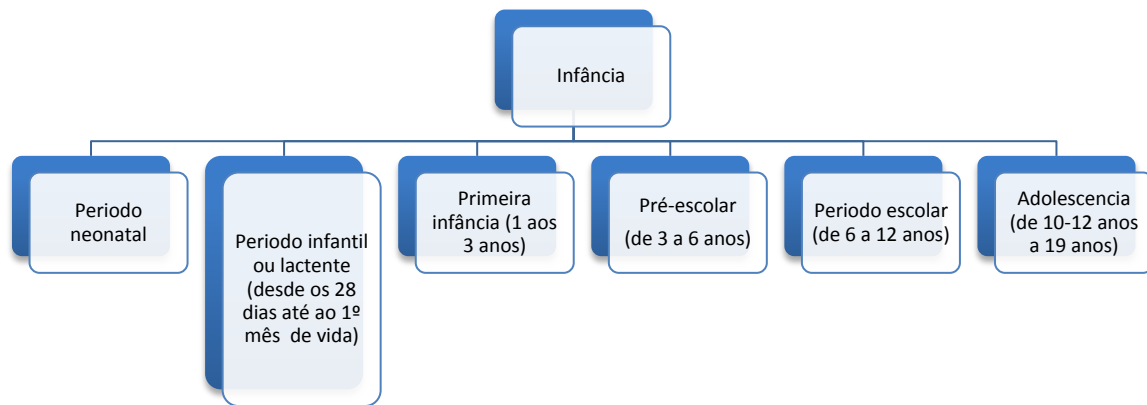


Figure 1 Períodos da Infância (adaptado, Fonte: Vega & Peneque, 2017)

Segundo artigo de revisão (Marquez, et al., 2010), os perigos ambientais são uma ameaça para as crianças, são um grupo considerado vulnerável e deve ter-se em conta alguma características, entre as quais:

- Antes dos dois meses , a principal ameaça é a obstrução das vias aéreas uma vez que os reflexos são incondicionais, respira, suga e não levanta a cabeça;
- Aos 5 meses a criança consegue rodar de lado, surgindo as primeiras as quedas da cama e do sofá;
- Entre os 7 e os 8 meses, o desenvolvimento visual bem como a pressão palmar do polegar favorece a apropriação de objetos podendo leva-los à boca;
- Entre 9 e 10 meses, a criança pode começar a gatinhar, o que amplia o seu campo de ação por forma a conseguir coisas à distância, maior predisposição para as quedas, as intoxicações e bronco-aspirações;

- Na idade pré-escolar, do 1 aos 3 anos, as crianças caminham sozinhas as crianças são curiosas, sobem escadas, abrem frascos, bebem, inspecionam a sua anatomia, aumentando a probabilidade para corpos estranhos;
- Aos 5 anos a criança tem boa acuidade visual, mas fisiologicamente tem desordens de percepção, da visão em túnel e não capta bem objetos móveis, o que aumenta a frequência de acidentes de trânsito;
- Entre 5 e 6 anos podem aprender a andar de bicicleta, mas dedicam toda a atenção para manter o equilíbrio e evitar obstáculos imóveis;
- Entre 7 e 9 anos há uma incapacidade de desenvolver respostas adequadas e reações rápidas. São hiperativas e o comportamento é categoricamente imprevisível;
- Nas seguintes idades, as crianças costumam andar sozinhas para ir à escola, ou a locais de recreio. O adolescente é ousado, havendo maior tendência a acidentes.

As características fisiopatológicas das crianças devem ser tidas em consideração devido ao seu tamanho, lesões em múltiplos órgãos são frequentes em crianças traumatizadas. As características anatómicas da cabeça, macrocefalia que, o occipital proeminente e pescoço curto, macroglossia, forma e localização da epiglote facilitam os problemas de obstrução das vias aéreas, e justificam a alta frequência de lesões cerebrais em crianças traumatizadas (Portugal, Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012). A maior flexibilidade do esqueleto infantil diminui a suscetibilidade a fraturas, porém, a presença das mesmas deve levar à suspeita de trauma de alta energia, tanto mais quanto menor a criança.

2. Conceito de Acidente

Um acidente é definido no dicionário de língua Portuguesa da Porto editora, como um evento inesperado e indesejável que causa danos pessoais, materiais, financeiros e que ocorre de modo não intencional. Exemplos de acidentes, incluem colisões e quedas indesejadas, lesões por contacto ou ingestão de tóxicos.

Lesão significa dano físico ou fisiológico resultante da interação do corpo com a energia (mecânica, térmica, elétrica, química ou radiante, ou devido à pressão extrema) numa quantidade, ou nível de transferência, que excede o físico ou tolerância fisiológica. A lesão também pode resultar da falta de elementos vitais, como o oxigênio. Envenenamento e efeitos tóxicos de substâncias. Estão incluídos maus-tratos mesmo que não tenham sido relatados danos corporais físicos ou fisiológicos, assim como os efeitos psicológicos (WHO, 2019).

O conceito de que os acidentes são essencialmente eventos ou circunstâncias aleatórias, que não podem ser previstos e não são evitáveis, atualmente modifica-se para o conceito de que a maioria deles, são evitáveis, de alguma forma previsíveis e ocorrem em situações ou ambientes de risco, identificados e potencialmente controláveis. Na realidade, a maioria das lesões que sofrem as crianças produz-se em circunstâncias facilitadoras (Casani-Martínez & Suárez-Varela, 2004).

A OMS pretende substituir a palavra acidente por lesão externa, com o objectivo de ir modificando a concepção de um evento inevitável. O primeiro, princípio da prevenção das lesões é que as lesões são evitáveis, e não o resultado de um acidente que normalmente são considerados imprevisíveis e não passíveis de prevenção.

Segundo a WHO, as lesões geralmente são colocadas em duas categorias principais: lesões não intencionais das quais acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras e quedas são as principais causas; e lesões intencionais, que resultam de atos deliberados de violência ou negligência. Menciona que não é fácil classificar alguns ferimentos pois às vezes é difícil traçar a diferença entre uma criança que desceu as escadas e uma que foi empurrada, conseqüentemente não é fácil separar a linha entre negligência e abuso (WHO, 2005b).

Desde a Classificação Internacional de Doenças CID-6 em 1949 até à CID-9 em 1980 as causas externas, segundo as circunstâncias do evento, eram classificadas na “classificação suplementar de causas externas de lesões e de envenenamentos”, não fazendo parte do corpo propriamente dito. A CID foi revisada e publicada, em várias edições, para refletir os avanços na saúde e na ciência médica ao longo do tempo. Atualmente na CID-10 passou a incorporar um capítulo “Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Consequências de Causa Externa” (WHO, 2016).

As lesões são uma das principais causas de morte e incapacidade em crianças. O relatório World Report on child Injury Prevention, apresenta evidências sobre como eles podem ser evitados, na Europa todos os anos, cerca de 42 000 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 0 e os 19 anos morrem de lesões não intencionais. As lesões são a principal causa de morte em crianças dos 5 aos 19 anos (WHO, 2008).

Tendo em conta o sofrimento que estes acontecimentos imprevistos podem causar nas vítimas, nas suas famílias e na sociedade, os acidentes são considerados como um dos grandes problemas de Saúde Pública (Cordeiro & Menezes, 1999).

3. Acidentes em Idade Pediátrica

O aumento de tráfego rodoviário, a “electrificação e mecanização dos lares” bem como a diversificação de medicamentos e produtos de limpeza, entre outros, fizeram do ambiente que rodeia as crianças um ambiente mais hostil e ameaçador para a sua vida (Associação Espanhola de Pediatria, 1974).

Segundo dados publicados na revista de estudos demográficos, *Evolução da Mortalidade em Portugal desde 1950*, em 2002 a mortalidade por acidentes de transporte é a primeira causa de morte em Adolescentes, e a segunda em crianças dos 5 aos 9 anos. A importância de conhecer o acidente é perceptível, segundo dados da OMS, os acidentes são um importante motivo de incapacidade com sequelas para toda a vida, e constitui a primeira causa de morte em idade infantil nos países desenvolvidos (Carrilho, 2005).

Em 2002 a OMS citado por Gonçalves (2011), refere que, os acidentes são a nova “doença” do século XXI, que afecta sobretudo idades precoces, e que como consequência, permitirá encurtar drasticamente a esperança média de vida dos europeus. Segundo o *Relatório Global Burden of Injuries da World Health Organization* por ano 5.000.000 de pessoas morrem devido a acidentes.

Os acidentes, como problema de saúde pública na infância, consideram-se uma epidemia do nosso século, quer pelas vidas humanas perdida, pelas incapacidades produzidas, os anos de vida perdidos, a repercussão económica bem como o sofrimento físico e psíquico (Esparza & Mintegi, 2016).

Trata-se de uma patologia prevalente com custos sanitários elevados, repercussões familiares e sociais e com a implicação de anos potencialmente perdidos. Sendo que tem como particularidade, em grande parte dos casos, o poder de prevenir-se (Concha & Medina, 2006).

Dados epidemiológicos de lesões pediátricas são essenciais para estabelecer estratégias preventivas e organizar a cadeia de cuidado de forma efetiva.

3.1 No Mundo e na Europa

De acordo com a *United Nations Childrens Fund* (UNICEF), todos os anos morrem 1 milhão de crianças vítimas de acidentes, 90% destes acidentes são consequência de lesões não intencionais. Sendo que mais de 10 milhões de crianças necessitam de tratamento hospitalar e muitas ficam com incapacidade física ou danos cerebrais *United Nations Childrens Fund* (UNICEF, 2010).

A WHO (2008), refere que a percentagem de acidentes varia muito com o nível de desenvolvimento global de cada país. Os acidentes de viação e as quedas representam a maior causa de deficiência em crianças. A maior parte das mortes ocorre sobretudo nas crianças de grupos populacionais mais desfavorecidos, em países de fraco e médio rendimento. No entanto, cerca de 40% do total das mortes em crianças têm lugar nos países mais desenvolvidos.

Relativamente à Europa, o *Relatório Europeu sobre Prevenção dos Acidentes nas Crianças* refere que, todos os anos, mais de 40.000 crianças e jovens morrem vítimas de acidentes não intencionais decorrentes de acidentes de viação, afogamentos, intoxicações, quedas e queimaduras. Todos os dias os acidentes matam crianças e todos os dias há crianças a recorrerem aos serviços de saúde com lesões que muitas vezes deixam incapacidades para a vida (WHO, 2008).

A lesão é uma causa significativa de morte e morbilidade em crianças, todos os anos aproximadamente 950.000 crianças com menos de 18 anos morrem em resultado de uma lesão ou violência (Harvey, Towner, Peden, Soori & Kidist, 2009).

Segundo dados da UNICEF em 2010, os acidentes mais comuns nas crianças são os acidentes de viação, os afogamentos, as queimaduras, as quedas e os envenenamentos, sendo que em termos de taxa de mortalidade, a principal causa verifica-se por acidente de viação e afogamento (UNICEF, 2010).

3.2. Em Portugal

Segundo a Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI), o relatório de 2012 da Aliança Europeia de Segurança relativo a Portugal conclui que as lesões e os traumatismos na sequência de acidentes são a primeira causa de morte nas crianças e jovens dos 0 aos 19 anos (Portugal, APSI, 2012).

As taxas de mortalidade, devido a lesões e traumatismos em crianças diminuíram em Portugal de forma consistente desde os anos 80. De acordo dados da DGS em 2006, os acidentes intencionais e não intencionais representaram a quinta causa de morte, tendo-se passando à sétima causa de morte no ano 2008. No ano 2011, segundo a estatística de causa de morte, registou-se um total de 264 mortes por lesão no grupo etário 0-19anos, tendo-se verificado uma ligeira redução no ano 2012 (Oliveira L. & Martins 2011-2012).

Segundo *European Child Safety Alliance* (ECSA), o relatório Europeu de Segurança Infantil, apesar das diminuições nos últimos 20 anos, em Portugal a lesão continua a ser a principal causa de morte e incapacidade de crianças e adolescentes observando-se algumas das taxas mais elevadas da União Europeia (ECSA, 2012).

Entre 1992 e 2015, em Portugal, segundo a APSI (2017), morreram 6,273 crianças na sequência de um traumatismo, acidente ou lesão não intencional. Mortes prematuras que segundo o INE, significam a perda de quase 360 mil anos potenciais de vida perdidos, anos em que as crianças não puderam crescer.

A Holanda é considerado um dos países mais seguros para as crianças e se Portugal estivesse ao seu nível, algumas das mortes poderiam ter sido evitadas (Portugal, DGS, 2012).

Estudos sugerem que Portugal precisa de trabalhar para garantir que cada criança que nasce tenha um ambiente seguro para viver, aprender, crescer e brincar. A taxa de mortalidade é apenas a ponta de “*icebergue*”, estimando-se que por cada criança que morre, existem muitas mais que são hospitalizadas ou observadas em ambulatório na sequência de uma lesão (ECSE, 2012).

4. Tipos de Acidentes

As crianças são particularmente vulneráveis a ferimentos e precisam de consideração especial, deve assegurar-se o direito à saúde assim como a garantia de um ambiente seguro. Os principais mecanismos de morte por lesão não intencional em crianças são acidentes de trânsito, afogamento, envenenamento, lesões térmicas e quedas (WHO, 2008).

Segundo o dicionário de língua Portuguesa da Porto editora, traumatismo é uma lesão que pode ocorrer em qualquer parte do corpo, por efeito mecânico de um agente ou objeto externo e que acontece de forma violenta ou abrupta.

Atualmente, os acidentes estão agrupados no capítulo XIX da CID-10, com a designação de Lesões, Envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Uma versão da CID-11 foi lançada em 18 de junho de 2018, estando prevista a utilização pelos Estados Membros a Janeiro de 2022, na sua versão original as lesões estão classificadas “22 Injury, poisoning or certain other consequences of external causes” (WHO, 2019).

4.1. Quedas

As crianças pelas suas características físicas, psicológicas e comportamental em cada fase de desenvolvimento, aliadas à falta de experiência, à curiosidade e audácia bem como o ambiente e a independência progressiva, são particularmente vulneráveis a acidentes (Brito, et al, 2017).

As quedas podem ser conceituada como uma rápida desaceleração vertical, e pode ocorrer em altura ou do mesmo nível. A gravidade do traumatismo vai depender da região do corpo afetado e da capacidade do objecto em interromper o movimento do corpo. São importantes ameaças para a saúde e bem-estar das crianças e a sua ocorrência traz graves consequências (Vieira, Hora, Oliveira, Ribeiro & Sousa, 2013).

Na Europa todos os anos morrem 1500 crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos na sequência de uma queda. Apesar de não ser a maior causa de morte é uma das causas mais frequente de incapacidade, com um risco significativo de sequelas a longo prazo, e muito provavelmente, o acidente com maior número de hospitalizações e impacto nas atividades do dia-a-dia das famílias. Segundo dados da OMS, calcula-se que por cada

criança que morre na sequência de uma queda, 4 ficam com incapacidades permanentes e 37 são internadas e muitas mais faltam à escola (Portugal, APSI, 2014).

Segundo dados do sistema ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada, em Portugal durante os anos 2006 e 2008 as quedas foram a maior causa de ida à urgência bem como de internamentos hospitalares, representando 4% das mortes acidentais com crianças e jovens (Contreiras, Rodrigues & Nunes, 2011).

As quedas são consideradas um perigo como acidente não intencional, e as crianças apresentam particularmente, uma grande vulnerabilidade a este tipo de lesão.

4.2. Acidentes de viação

À medida que as crianças crescem, o seu pequeno mundo da casa alarga-se à rua e às estradas, onde estão expostas a riscos e perigos. Segundo o Relatório Mundial de Acidentes nas Crianças, apesar das crianças utilizarem as estradas enquanto peões, ciclistas, motociclistas e passageiros do veículo, o ambiente rodoviário, raramente tem em consideração as suas necessidades (WHO, 2012).

As crianças são impulsivas, não têm capacidade para avaliar a velocidade, a relação espacial nem as distâncias. A sua percepção auditiva, visual de profundidade e capacidade de analisar o risco são gradualmente integradas ao longo do seu desenvolvimento e não totalmente maduras, só perto dos 12 anos a criança é capaz de dispor desses novos recursos (Coll, Palacios & Marchesi, 1995).

A exposição, juntamente com os factores de risco relacionados com o desenvolvimento infantil tornam as crianças particularmente vulneráveis, sendo que o resultado traduz-se em acidentes mortais ou incapacitantes. A nível Mundial, os acidentes de viação são a principal causa de morte no grupo etário entre os 10-19 anos segundo lista de dados do Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças (WHO, 2012).

Vários indicadores nacionais e internacionais, relacionados com os acidentes rodoviários, referem que estes ocupam o primeiro lugar nas causas de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens: em 2009 a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), em 2010 a APSI e a United Nations Children's Fund (UNICEF), em 2012 a European Child Safety Alliance (ECSA), em 2013 European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe).

Segundo dados publicados no Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes, as crianças, enquanto passageiros, têm maior probabilidade de morte em colisões quando não usam os sistemas de retenção adequado. Os adolescentes condutores são considerado um grupo de alto risco de acidente que condutores de mais idade (WHO, 2012).

4.3. Intoxicações

Entre os vários tipos de acidentes que ocorrem, existe um número ainda elevado de intoxicações, sobretudo por medicamentos e produtos de uso doméstico. Segundo o guia de orientação, da Urgência Pediátrica do Porto, as intoxicações acidentais representam cerca de 91% das intoxicações em idade pediátrica sendo que são mais comuns antes dos cinco anos (Coelho, & Carvalho, 2010).

O meio físico, o aspecto da substância, os comportamentos das crianças, a sua curiosidade, a exploração do ambiente que os rodeia bem como a falta de medidas preventivas dos seus cuidadores podem constituir factores de risco à sua ocorrência. O aspecto da substância pode também influenciar, numa casa comum existem vários produtos considerados tóxicos e que muitas vezes estão ao alcance fácil das crianças as que mais frequentemente são responsáveis por intoxicações são os medicamentos, principalmente os antipiréticos e os produtos domésticos.

4.4. Corpo estranho

A introdução de corpos estranhos em orifícios naturais assim como a ingestão ou inalação dos mesmos. Podendo constituir um acidente potencialmente fatal pelo risco de obstrução da via aérea (Fraga, et al., 2003).

Os acidentes por presença de corpo estranho em orifício natural foram responsáveis por 4,1% dos casos, em crianças até aos quatro anos de idade, no ano de 2008. A aspiração de corpo estranho é relativamente comum em pediatria, sendo uma causa frequente e séria de problemas respiratórios, especialmente na idade pré-escolar. Na sua apresentação mais sugestiva ocorre um episódio inicial de asfixia com sintomas respiratórios subsequentes. Em crianças pequenas e na ausência de testemunhas, o reconhecimento de corpo estranho nem sempre é fácil, o que implicando um índice de suspeita para o seu diagnóstico (Rocha .et al, 2007).

4.5. Mordeduras e Picadas de animais

Segundo o guia de orientação da Urgência Pediátrica do Porto, as mordeduras por animais domésticos, selvagens, exóticos e humanas são um problema de motivo frequente de recurso à Urgência. A maioria das mordeduras é provocada por animais domésticos, tendo algumas uma alta taxa de infecção elevada, devido a feridas profundas, como o caso da mordedura de gato. As feridas podem superficiais ou profundas, sendo que as das mãos, articulações e tendões merecem especial atenção pelo risco de complicações graves (Coelho, & Carvalho, 2010).

4.6. Lesões térmicas

Segundo vários autores, as queimaduras afetam mais frequentemente os lactantes e pré-escolares mais velhos, ocorrem preferencialmente em casa, com maior incidência durante os meses de inverno e em regiões de clima frio, afetando famílias de situação socioeconômica precária, com poucas medidas (Coelho, & Carvalho, 2010).

Originam-se principalmente pelo contato com líquidos ou objetos quentes, e pela manipulação de equipamentos elétricos. As lesões por líquidos quentes são mais frequentes, crianças mais pequenas geralmente sofrem queimaduras mais profundas e maior superfície corporal do que os adultos em contato com uma quantidade similar de energia.

5. Prevenção de Acidentes em Idade pediátrica

Nos últimos anos, devido a medidas preventivas, tem-se vindo a registar uma diminuição da mortalidade por lesões não intencionadas a nível mundial. Assim na publicação de 2014 da OMS de estatísticas sanitárias mundiais, verifica-se que em 2012 a mortalidade por lesões em crianças diminuiu relativamente ao ano de 2000. Tudo isto se deve as medidas preventivas que se têm vindo a estabelecer (Esparza, & Mintegi, 2016). Para os mesmos autores, o conhecimento dos factores de risco dos acidentes, permitiu a elaboração de programas eficazes e satisfatórios para a sua prevenção e controle.

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança (1989), cada criança tem o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Dentro deste contexto, e segundo o Artigo 24º 2. e): *“Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde bem como a prevenção de acidentes”* (UNICEF, 1990).

Desde o lançamento do 3º Programa Europeu de Segurança Rodoviária em 2003, cujo objetivo fundamental era a redução da mortalidade global na União Europeia, verificou-se uma diminuição nos acidentes de trânsito (Sánchez, Iglesias, & Rodríguez, 2013).

Contribuições importantes foram feitas para proteger as crianças, através de convenções, resoluções e estabelecimento de objetivos, destacando-se:

O Comité de Proteção da Infância, criado em 1919 pela Sociedade das Nações, antecessora da Organização das Nações Unidas, fazendo com que os Estados não sejam os únicos soberanos em matéria dos direitos da criança.

A Declaração de Genebra, é a primeira referência aos “direitos da criança” surge em 1924, e evidencia a preocupação internacional em assegurar os direitos das crianças.

A United Nations Children’s Fund (UNICEF) criada em 1946, sendo um órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem como objetivo promover a defesa dos direitos das crianças.

A Assembleia Geral das Nações Unidas proclama em 1948 o primeiro instrumento internacional que enuncia, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos, os direitos fundamentais que todos os seres humanos onde estão incluídos os direitos das

Crianças e Adolescentes.

A Declaração Universal dos Direitos da Criança, promulgada em 1959 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, afirmando que a humanidade deve dar o melhor de si mesma à criança.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 1989 e retificada por Portugal em 1990), um documento que enuncia um amplo conjunto de direitos fundamentais, de carácter universal. Assenta em quatro pilares, a não discriminação, o interesse superior da criança, a sobrevivência e desenvolvimento, e a opinião da criança. As crianças têm o direito a um ambiente seguro, protegido de ferimentos e violência, sendo que as instituições, os serviços e os estabelecimentos responsáveis pelos cuidados ou proteção das crianças, devem cumprir os padrões estabelecidos particularmente nas áreas de segurança e saúde.

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, no ano 2000, proclamada pelo Parlamento Europeu, sobre os Direitos das Crianças, refere que as crianças têm direito à proteção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar.

Injuries in the WHO European Region: Burden, challenges and policy response, resolução aprovada no ano de 2005 pela OMS através do Comité Regional para a Europa, sobre na qual, chama a atenção, para a magnitude dos custos dos acidentes na Europeia. Esta Resolução descreve os desafios que se colocam ao sector da saúde, propondo intervenções integradas, baseadas numa metodologia de saúde pública, dirigidas para a promoção da segurança, a prevenção dos acidentes e a redução das suas consequências (Portugal, DGS, 2005).

Para a OMS, o sector da Saúde é fundamental para a redução deste problema, devendo a sua intervenção ser orientada pela Resolução EUR/RC55/R9, sobre *Prevention of Injuries in the European Region*, na qual, solicita aos Estados-Membros que:

1) desenvolvam planos de ação em parceria com outros sectores, políticos, económicos e da sociedade em geral, que reforcem a implementação das Resoluções e Recomendação da Assembleia Mundial da Saúde;

2) desenvolvam sistemas de informação e monitorização dos acidentes que, para além da avaliação da magnitude do problema, lhes permitam conhecer as suas causas e as suas consequências;

3) reforcem a capacidade de resposta global dos sistemas de saúde, para que, os investimentos na prevenção, na prestação de cuidados e no apoio à vítima possam ser melhor objectivados, monitorizados e avaliados.

A Estratégia Europeia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e Adolescente da WHO (2005) insere, nas suas áreas prioritárias de atuação os acidentes e a violência.

O Programa-tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil, criado em 1992, na sua atualização em 2005 menciona, como objectivo, a estimulação de comportamentos saudáveis, relacionada com a adopção de medidas de segurança, e, ainda, a promoção da prevenção de acidentes e intoxicações (Portugal, DGS, 2005).

O Programa Nacional de Saúde Escolar, refere que a maior parte dos problemas de saúde e comportamentos de risco pode ser prevenida ou reduzida significativamente através de Programas de Saúde Escolar efetivos. Apresenta propostas baseadas na vigilância e proteção da saúde, e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Investir na promoção de estilos de vida saudáveis, promoção da segurança e prevenção de acidentes. Assim, a educação para a segurança deverá fazer parte da formação da comunidade educativa (Portugal, DGS, 2006).

A reunião do Conselho da União Europeia em 2007, aprovou a Recomendação 2007/C, 164/01, sobre “prevenção de lesões e a promoção da segurança”, em que considera os acidentes e as lesões como principal causa de morte em crianças e adolescentes, sendo que muitos sobreviventes de lesões ficam com incapacidades para o resto da vida. Recomenda aos Estados-Membros estabelecer planos nacionais , incluindo a promoção da sensibilização pública para as questões da segurança para prevenir acidentes e lesões. Recomenda ainda *“Incentivar a introdução da prevenção de lesões e a promoção da segurança nas escolas e na formação dos profissionais de saúde e outros, por forma a que estes grupos possam servir como intervenientes e consultores competentes no domínio da prevenção de lesões”* (Jornal Oficial da União Europeia, 2007).

O relatório conjunto da OMS e a UNICEF sobre prevenção de lesões em crianças reúne informação sobre os vários tipos de lesões infantis e como evitá-los, destaca a magnitude, os factores de risco e o impacto dos acidentes nas crianças, apelando à implementação de ações de prevenção com recomendações estratégias eficazes para a redução das lesões. A crianças são de preocupação significativa, relativamente aos acidentes, a partir da idade de um ano, e progressivamente contribuem mais para as taxas gerais de morte até que as crianças atinjam a idade adulta (WHO, 2008).

No Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde (PNAAS), são definidos objectivos dirigidos para a intervenção sobre factores ambientais que promovam a saúde individual e das comunidades, para a redução de acidentes. O PNAAS considera importante, também, diminuir os riscos de acidentes domésticos (Portugal, DGS, 2008).

Em 2009, a decisão da Comissão Europeia de 23 de Fevereiro (2009/158/CE), colocou a “prevenção de lesões” nas áreas temáticas para financiamento.

Portugal, em 2009 aprovou através da Resolução do conselho de Ministros nº 54/2009, publicada no Diário da República, 1.a série, Nº 122, de 26 de Junho de 2009, coordenada pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, uma Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, reconhece que os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são uma área de intervenção prioritária. O Programa –tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil que menciona como objectivo a adoção de comportamentos saudáveis, relacionada com a adopção de medidas de segurança, e ainda, na promoção da prevenção de acidentes e intoxicações.

De acordo com o Relatório de Avaliação de Segurança Infantil 2012, na implementação de medidas para a segurança das crianças e adolescentes Portugal fez um trabalho razoável. Este relatório, realça a importância de áreas de intervenção nas quais podem ser introduzidas alterações, algumas das medidas enunciadas passam por melhorar os esforços de prevenção de Quedas, intoxicações, afogamentos, asfixias e queimaduras aumentar a segurança dos peões, melhorar a segurança dos passageiros, bem como investir no aumento da consciência da população. Se todas as políticas analisadas fossem implementadas e executadas seria possível alcançar uma maior redução dos acidentes em crianças e adolescentes (ECSA, 2012).

O Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 elaborado pela DGS em 2010, visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde da população portuguesa, integrando as atividades do sector da saúde com as de outros sectores, através de ações que promovam comportamentos seguros e competências específicas para lidar com o risco de acidente.

Na análise global da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) 1992-2015, a mortalidade por traumatismos e lesões não intencionais de crianças e jovens tem vindo a reduzir de forma consistente em Portugal, esta redução da taxa de mortalidade permitiu poupar milhares de anos de vida. Para avaliar a situação e o progresso do país em

termos da segurança que Portugal oferece aos seus cidadãos mais novos e mais vulneráveis, é importante examinar a existência, implementação e execução de políticas e medidas de prevenção dos acidentes e promoção da segurança infantil (Portugal, APSI, 2017).

Foram definidos marcadores para a avaliação do progresso dos países europeus na área da segurança infantil. Estas medidas aplicam-se a áreas transversais como a liderança, a capacidade técnica, financeira e de recursos na área da segurança infantil e também a áreas específicas da segurança infantil, como por exemplo, a segurança na água ou a prevenção das quedas (Portugal, APSI, 2017).

Segundo o Guia de Orientação para Profissionais de Ação Social, Maus Tratos e Outras Situações de Perigo do SNS, disponível no site da Ordem dos Enfermeiros, a prevenção de acidentes é uma tarefa fundamentalmente educativa e formativa que permite alterações de ações e comportamentos de risco, procurando que as crianças de acordo com a idade ou condição, sejam capazes de reconhecer situações que ponham em risco a sua saúde e integridade. Devemos considerar intervenções capazes de evitar ou modificar o pré-evento, o evento, bem como a ação a ser tomada, sendo que o sucesso da intervenção será maior, quando todas essas etapas forem consideradas como um todo (SNS, s.d.).

Em Portugal existem programas onde a promoção da segurança infantil e a prevenção de acidentes é evidente. Existe regulamentação, várias campanhas têm sido feitas, no entanto, o ensino é sem dúvida um aspecto fundamental importa continuar a investir a nível da prevenção. Neste contexto, os profissionais de saúde têm um papel importante, ao considerar a sua formação técnica e educativa.

6. Atendimento no Serviço de Urgência

Os serviços de urgência estão pensados para proporcionar assistência médica descontínua e concreta, ficando a cargo dos Cuidados de Saúde Primários e do médico assistente, o seguimento regular da criança saudável bem como resolver, encaminhar e orientar corretamente as situações não urgentes. Urgência Pediátrica é entendida como todo e qualquer ato assistencial não programado (Benito, 1996).

O guia de orientação elaborado por profissionais de Saúde da Urgência Pediátrica do Porto, refere que nos últimos anos a atividade dos Pediatras tornou-se cada vez mais complexa pois, no Serviço de Urgência, simultaneamente podem surgir situações graves e de grande complexidade mas que não são urgentes e situações de verdadeira urgência mas de prognóstico variável, e que podem requerer muitos recursos para a sua resolução. (Coelho & Carvalho, 2010).

Para além dos conceitos de gravidade e complexidade, o Serviço de Urgência também inclui a necessidade de assistência e satisfação aos doentes e família.

6.1 Triagem de Manchester

Segundo o Despacho nº 3762/2015, publicado no *Diário da República*, 2.a série — Nº 73 — 15 de abril de 2015, página 9186 “O Despacho nº 10319/2014, publicado no *Diário da República*, nº 153, Série II, de 11 de agosto, reconheceu como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência, determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade.

Através do protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem a 12 de novembro de 2010, e Declaração de Princípios a ele anexa, bem como através do Despacho nº 1057/2015, de 2 de fevereiro, foi reconhecida a importância, para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester, enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, adaptado à realidade portuguesa.

Não obstante a importância reconhecida ao Sistema de Triagem de Manchester, e atendendo ao disposto no Despacho nº 10319/2014, a triagem das crianças nos hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, Serviço de Urgência Polivalente ou Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica deve ser realizada na Urgência Pediátrica, e o sistema de triagem, deve ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado (Ministério da Saúde, 2014).

A Triagem de Manchester foi criada em Manchester em 1997, e surgiu da necessidade de assegurar um atendimento no SU por critérios de gravidade clínica e não por ordem de chegada. Neste sistema, às queixas do doente é atribuída uma prioridade clínica e não um diagnóstico. A atribuição da prioridade clínica assenta em fluxogramas de apresentação, escolhidos de acordo com as queixas dos doentes. Existem 50 fluxogramas de apresentação e dois para situações de catástrofe, com cinco níveis de prioridade clínica que correspondem a níveis de gravidade diferentes, estando estabelecido para cada um deles um tempo alvo para uma primeira observação médica (Grupo Português de Triagem, 2009).

A triagem permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objectiva e continua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência e algoritmos clínicos aprovados pelo diretor-clínico.

Este sistema permite classificar os doentes em 5 níveis de prioridade de atendimento, bem como a definição do tempo máximo recomendado que cada doente pode esperar por assistência diferenciada. Esta decisão não é baseada em diagnósticos médicos mas em discriminadores clínicos (sinais, sintomas, elementos da história clínica) indicativos de risco de vida ou de alarme como o nível de consciência, alterações hemodinâmicas, tempo de evolução, mecanismo de lesão ou grau de dor.

Assim, segundo a DGS (2018), o método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão, classifica o doente em cinco categorias, identificado pelo nome, número de episódio de urgência, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = atendimento imediato; muito urgente = laranja = atendimento 10 min.; Urgente = amarelo = atendimento 60 minutos; pouco urgente = verde = atendimento 120 min.; não urgente = azul = atendimento 240 min.).

Parte II – Estudo Descritivo

1. Metodologia

A palavra método vem do grego *métodos*, e significa caminho para chegar a um fim. O método científico é um conjunto de regras básicas para desenvolver uma experiência a fim de produzir novo conhecimento, bem como corrigir e integrar conhecimentos pré-existentes. Na maioria das disciplinas científicas consiste em juntar evidências observáveis, empíricas (ou seja, baseadas apenas na experiência) e mensuráveis analisa-las com o uso da lógica (Porto & Gardey, 2012).

A ciência tem como objetivo fundamental chegar à veracidade dos factos, tornando-se necessário identificar e clarificar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento.

A elaboração deste trabalho, do ponto de vista da análise epidemiológica, pretende contribuir para o conhecimento de fatores de risco de acidente e a promoção para a saúde, por forma a poder proporcionar um ambiente seguro à criança. Para proceder à análise dos diferentes tipos de acidentes em idade pediátrica no serviço de urgência pediátrica do CHTMAD-Unidade de Vila Real, foi solicitado parecer à Comissão de Ética do CHTMAD (Anexo I).

Antes do início deste trabalho, bem como durante todo o decorrer, foi efetuada pesquisa bibliográfica sobre os aspetos de relevância na investigação. As palavras-chave para a consulta de informação foram: acidentes, crianças, pediatria, infância. Como resultado, inúmeras referências bibliográficas foram encontradas, das quais foram selecionadas as que se consideraram mais adequadas para o estudo.

Os dados recolhidos, sobre o acidente e a lesão (ou lesões) foram possíveis de obter através das aplicações informáticas SONHO, do Sistema de TM, e SClínico. Os dados apresentados neste trabalho referem-se a todos os acidentes registados no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do CHTMAD – Unidade de Vila Real, cujo motivo de admissão não seja doença, no ano 2017.

Os dados foram exportados para o programa Excel, e analisados através do sistema informático estatístico SPSS versão 25.0. Os programas Windows XP e Vista, Excel, Access e Word foram utilizados para elaborar tabelas e redação de texto.

Na procura de constatar a incidência de acidentes em idade pediátrica, surgiram as seguintes questões de investigação:

Qual a idade que mais acidentes se verificam?

Qual o local onde ocorrem mais acidentes em idade pediátrica?

Que tipo de acidente ocorre com mais frequência em idade pediátrica?

Em que mês se verificam mais acidentes?

Qual a relação entre a variável Faixa etária e a variável Sexo?

Qual a relação entre a variável faixa etária e a variável Horário de admissão?

Definiram-se como objectivos:

1-Determinar a incidência dos acidentes, que no ano 2017 geraram uma solicitação de atendimento no SUP;

2-Identificar os aspectos epidemiológicos dos acidentes em idade pediátrica, por forma a aportar uma vertente ao conhecimento global dos acidentes na região de Vila Real, com potencial utilidade e aplicabilidade na clínica assistencial;

3-Contribuir para a promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes em idade pediátrica.

Foi utilizado o método epidemiológico, que segundo Ribeiro (2010) são estudos que fornecem indicadores tais como a prevalência, incidência e risco relativo do aparecimento de uma doença.

É um estudo quantitativo, tendo como características a ênfase em factos, comparações, relações, causas, produtos e resultados do estudo (Coutinho, 2016).

É descritivo, uma vez que não explica porque é que ocorreram determinados fenómenos, somente se apresenta o que encontrou, Assim, segundo Fortin (2009), os estudos descritivos descrevem conceitos ou fenómenos. É Retrospectivo, pretende fornecer informação acerca da população no ano de 2017.

Trata-se de uma amostra por conveniência, uma vez que, segundo Fortin (2009), é constituída por indivíduos que se enquadravam nos critérios de inclusão, que recorreram ao local num determinado momento/ano de recolha de dados.

Os resultados da pesquisa incidem sobre uma realidade concreta do local escolhido para o estudo, podendo proporcionar contributos fundamentais e direccionados à prevenção de acidentes.

1.1 - Participantes

No período entre o dia 1 de Janeiro e 31 de Dezembro do ano 2017, um total de 13157 crianças, com menos de 19 anos de idade, solicitaram assistência médica no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Vila Real, foram excluídas as admissões por doença, e aquelas que apresentavam erros de registo.

Foram definidos como critérios de inclusão, idade pediátrica, acidente viação, acidente escolar, acidente desportivo, acidente pessoal, agressão, atropelamento, intoxicação, quedas, queimaduras, violência doméstica, de acordo com os códigos do Serviço de Urgência do CHTMAD, tendo sido seleccionadas para a análise 583 das admissões.

1.2 Procedimento

Os métodos epidemiológicos permitem identificar a distribuição das doenças e dos factores que lhes estão associados. Fornecem indicadores tais como a prevalência, incidência e risco relativo do aparecimento de uma doença (Ribeiro, 2010).

Para o estudo foi feita a análise sociodemográfica género, idade, dos participantes e características associadas aos acidentes, como seja, causa de urgência, fluxograma de TM, segmento corporal, mecanismo de lesão, local da ocorrência, hora, dia e mês.

Para a apresentação dos resultados recorreu-se à análise descritiva e inferencial, apresentando-se os resultado sobe a forma de Tabelas, utilizando-se frequências absolutas (N) e percentuais (%), a média com seu intervalo de confiança de 95%, a mediana e o desvio padrão, bem como o teste Qui-quadrado.

No estudo da relação entre variáveis na análise estatística utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

$p < 0,05$ - diferença estatística significativa

$p \geq 0,05$ n.s. – diferença estatística não significativa

$p < 0.01$ - diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001$ - diferença estatística altamente significativa

A idade da criança foi agrupada: neonatal (desde o nascimento até aos 28 dias de idade), lactante (desde os 28 dias até ao primeiro ano de idade), 1ª Infância (desde um ano de idade até aos três anos), Pré-Escolar (desde os três anos até aos seis anos), Escolar (desde os seis anos até aos 12 anos de idade) e Adolescência (desde os 12 anos até aos 18 anos de idade).

2- Resultados

Uma vez aplicada a metodologia anteriormente descrita, foram obtidos os resultados que estão relacionados no texto, tabelas e figuras a seguir.

A distribuição da variável sexo (Cf. Tabela 1) é maior no género masculino com percentagem de 59,7% que o género feminino (40,3%).

Tabela 1 – Análise estatística da amostra segundo a variável sexo

	N	%
Feminino	235	40,3
Masculino	348	59,7
Total	583	100,0

Relativamente à idade observa-se que as crianças com idade de 1 ano, são as que mais acidentes registaram (Cf. figura 2).

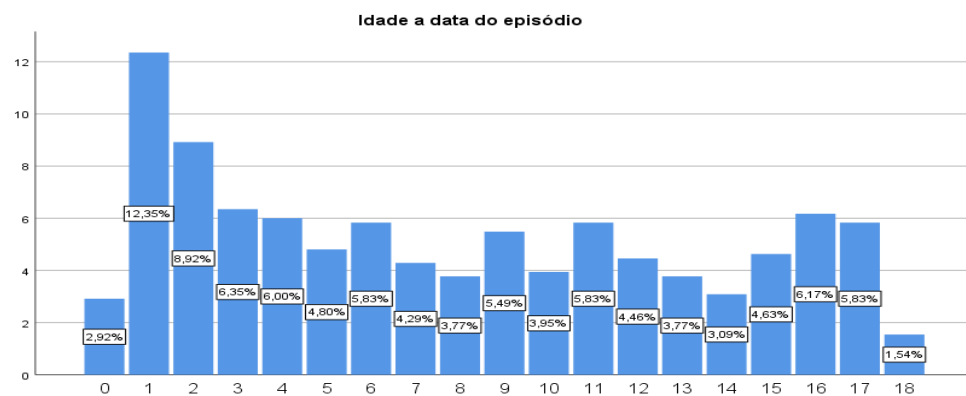


Figure 2- Distribuição da amostra segundo Idade à data do episódio

A média de idade é de 7,86 e a mediana 7,0, sendo o valor do desvio padrão de 5,515 (Cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Análise estatística da variável idade

		Estadística	Desv. Erro	
Idade a data do episódio	Media	7,86	0,228	
	95% de intervalo de confiança para a media	Limite inferior	7,42	
		Limite superior	8,31	
	Media recortada a 5%	7,75		
	Mediana	7,00		
	Variância	30,413		
	Desvio padrão	5,515		
	Mínimo	0		
	Máximo	18		
	Rango	18		
	Rango interquartil	10		
	Assimetria	0,263	0,101	
	Curtose	-1,272	0,202	

No seguimento da análise da tabela anterior, efetuou-se o agrupamento da idade em grupos (Cf. Tabela 3), verifica-se que maioritariamente os acidentes ocorrem no grupo etário Adolescência seguida da faixa etária Escolar.

Tabela 3 – Análise estatística da distribuição da amostra segundo a variável Faixa etária

	N	%
Neonato	0	0
Lactente	17	2,9
1ª Infância	124	21,3
Pré-escolar	100	17,2
Escolar	170	29,2
Adolescência	172	29,5
Total	583	100,0

Relativamente à distribuição da amostra segundo a Causa de urgência, máximo verifica-se claramente, na causa Queda com uma percentagem de 39,5% (Cf. Tabela- 4).

Tabela 4 – Análise estatística da distribuição da amostra segundo variável Causa de Urgência

	N	%
Acidente de Viação	6	1,0
Acidente Desportivo	1	0,2
Acidente Escolar	128	22,0
Acidente Pessoal	161	27,6
Agressão	5	0,9
Atropelamento	1	0,2
Intoxicação	34	5,8
Outras	12	2,1
Queda	230	39,5
Queimadura	3	0,5
Violência Doméstica	2	0,3
Total	583	100,0

O fluxograma mais frequentemente selecionado pelo enfermeiro na TM (Cf. Tabela 5) é o referente ao TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico

Tabela 5– Análise estatística da distribuição da amostra segundo variável Fluxograma de TM

	N	%
Agressão	9	1,5
Autoagressão	1	0,2
Cefaleia	1	0,2
Corpo estranho	27	4,6
Criança que não se sente bem (P)	8	1,4
Diarreia e/ou vômitos	3	0,5
Dor abdominal na criança (P)	3	0,5
Dor cervical	9	1,5
Dor de garganta	2	0,3
Dor lombar	11	1,9
Dor testicular	4	0,7
Dor torácica	10	1,7
Embriaguez aparente	12	2,1
Estado de inconsciência	4	0,7
Exposição a químicos	6	1,0
Feridas	2	0,3
Grande traumatismo	5	0,9
Indisposição no adulto	1	0,2
Infeções locais e abscessos	10	1,7
Mordeduras e picadas	18	3,1
Outros casos (Branco)	1	0,2
Pais preocupados	12	2,1
Problemas de ouvidos	2	0,3
Problemas estomatológicos	5	0,9
Problemas faciais	32	5,5
Problemas nos membros	101	17,3
Problemas oftalmológicos	16	2,7
Queda	72	12,3
Queimaduras	2	0,3
Sobredosagem e envenenamento	25	4,3
T.C.E. - Trauma crânio-encefálico	169	29,0
Total	583	100,0

Em relação ao mecanismo de lesão (Cf. Tabela 6), observamos que a Queda foi o mecanismo mais vezes descrito ao enfermeiro na TM, com percentagem de 49,4%.

Tabela 6– Análise estatística da distribuição da amostra segundo variável Mecanismo de lesão

	N	%
Acidente Químico	12	2,1
Acidente Viação	9	1,5
Afogamento	1	0,2
Agressão	16	2,7
Agressão sexual	1	0,2
Atropelamento	2	0,3
Autoagressão	1	0,2
Bicicleta	10	1,7
Cavalo	1	0,2
Corpo estranho	36	6,2
Esforço	9	1,5
Intoxicação CO	3	0,5
Intoxicação fármaco	2	0,3
Intoxicação voluntária	26	4,5
Mordedura	6	1,0
Mota	1	0,2
Não especificado	1	0,2
Picada	14	2,4
Queda	288	49,4
Queimadura	4	0,7
Súbito	9	1,5
Traumatismo direto	129	22,1
Violência domestica	2	0,3
Total	583	100,0

Ao discriminar pelo segmento corporal atingido ou comprometido (Cf. Tabela 7), verificamos que a cabeça é o segmento corporal que mais acidentes registra, seguido de problemas de membros.

Tabela 7 – Análise estatística da distribuição da amostra segundo Segmento variável corporal

	N	%
Abdómen	3	0,5
Cabeça	300	51,4
Coluna	31	5,3
Deglutido	64	11,0
Genital	10	1,7
Inalado	7	1,2
Membros	131	22,5
Múltiplos	8	1,4
Não especificado	13	2,2
Ouvido (Corpo estranho)	3	0,5
Tórax	13	2,2
Total	583	100,0

Quando analisado o local onde ocorreu o acidente (Cf. Tabela 8), observamos que a maior percentagem ocorre no Domicilio com 28,0%, seguido da escola com 25,0%.

Tabela 8 – Análise estatística da distribuição da variável Local de ocorrência

	N	%
Desporto	18	3,1
Domicilio	163	28,0
Escola	146	25,0
Local público	6	1,0
Não especificado	133	22,8
Parque	7	1,2
Piscina	5	0,9
Via publica	105	18,0
Total	583	100,0

Relativamente à distribuição mensal (Cf. Figura 3), verifica-se que os meses onde ocorrem menos acidentes é no mês de Dezembro e Janeiro. O mês que mais acidentes registou foi o mês de Junho (13,0%).

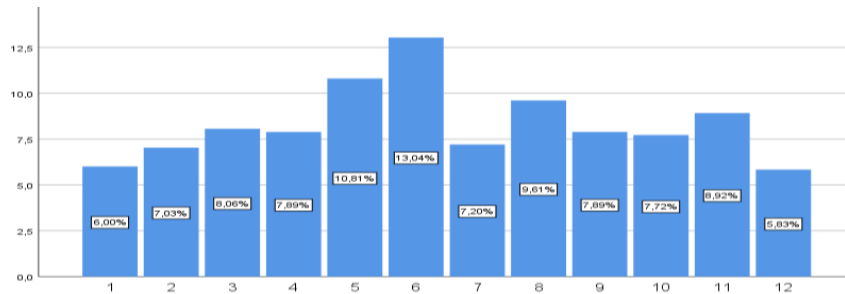


Figura 3- Análise estatística da variável Admissão mensal

A distribuição horária da admissão (Cf. Figura 4), indica que período da tarde é quando se registam maior número de admissões, sendo que o máximo se verifica às 18 horas com percentagem de 8,6%. Verifica-se diminuição nas admissões no período da noite, com mínimo às 03 Horas.

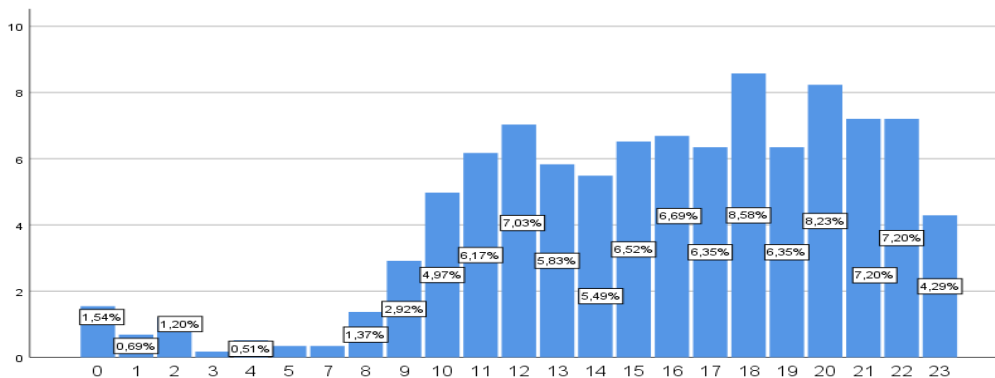


Figura 4- Análise estatística da distribuição da variável Hora de admissão

Ao agrupar as horas (Cf. Tabela 9) verifica-se que o período que mais admissões regista é entre as 12 horas e as 18 horas.

Tabela 9 – Análise estatística da distribuição da variável Período Horário

	N	%
0:00 a 6:00	26	4,5
6:00 a 12:00	133	22,8
12:00 a 18:00	230	39,5
18:00 a 24:00	194	33,3
Total	583	100,0

Procedeu-se à análise do tempo de permanência no SU (Cf. Tabela 10 e Figura 4), verificando-se que a média de permanência é de 3,0479.

Tabela 10 – Análise estatística distribuição da variável Tempo de Permanencia em SU

		Estadística	Desv. Erro	
Permanência	Media	3,0479	0,17310	
	95% de intervalo de confiança para a media	Limite inferior	2,7080	
		Limite superior	3,3879	
	Media recortada a 5%	2,3068		
	Mediana	1,6800		
	Variância	17,468		
	Desvio padrão	4,17947		
	Mínimo	0,28		
	Máximo	23,77		
	Rango	23,49		
	Rango interquartil	2,19		
	Assimetria	3,250	0,101	
	Curtose	0,873	,202	

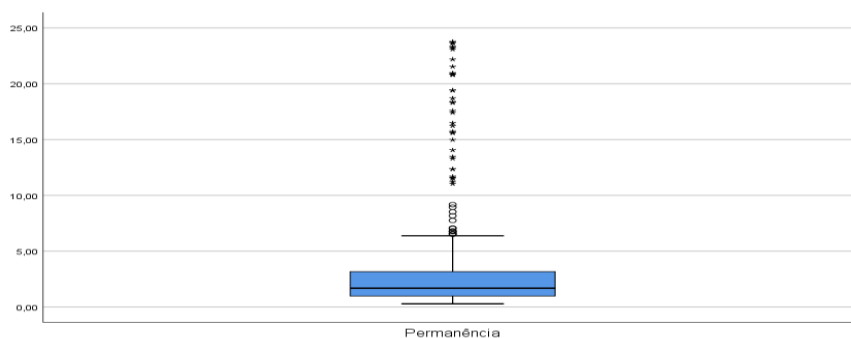


Figura 5- Análise estatística da distribuição da variável Permanência em SU

A Prioridade atribuída pelo enfermeiro na TM que mais percentagem registou foi Urgente com 59,2%, (Cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Análise estatística da distribuição da variável Prioridade de TM

	N	%
Emergente	3	0,5
Muito urgente	69	11,8
Não Urgente	1	0,2
Outros Casos	1	00,2
Pouco Urgente	164	28,1
Urgente	345	59,2
Total	583	100,0

Relativamente ao destino após alta clínica (Cf. Tabela 12), verifica-se que a amostra não é homogénea, 91,4% das crianças têm alta para o exterior não sendo referenciadas, enquanto que 1,5% tiveram necessidade de internamento e 1,2% foram transferidos para outro hospital.

Tabela 12 – Análise estatística da distribuição da variável Destino após alta clínica

	N	%
Abandono	2	0,3
Alta Administrativa	5	0,9
ARS/ Centro De Saúde	3	0,5
Consulta Externa	18	3,1
Exterior Não Referenciado	533	91,4
Internamento	9	1,5
Outro Hospital	7	1,2
Saída Contra Parecer Do Medico	2	0,3
Serviço Domiciliário	4	0,7
Total	583	100,0

Nesta análise, veremos se as principais variáveis do nosso trabalho são independentes em relação às variáveis que usamos como fatores (faixa etária), ou seja, no nosso caso, ao lidar com variáveis categóricas, devemos aplicar o teste do Qui. Quadrado.

As características da amostra, com numerosas variáveis com valores residuais que não são passíveis de agrupamento, dificultam a aplicação dos testes pretendidos. Uma análise detalhada permite retirar conclusões.

Ao relacionar o motivo de urgência com a faixa etária (Cf. Tabela13) verifica-se que o motivo Queda é a principal causa de todas as faixas etárias com exceção de adolescência, este grupo regista uma maior percentagem nos acidentes escolares.

Tabela 13 – Análise estatística da relação entre as variáveis: Motivo de Urgência e Faixa etária

	Faixa etária					Total
	Lactente	1ª Infância	Pré-escolar	Escolar	Adolescência	
Acidente De Viação	0	3	1	1	1	6
Acidente Desportivo	0	0	0	0	1	1
Acidente Escolar	0	4	8	52	64	128
Acidente Pessoal	3	28	35	51	44	161
Agressão	0	0	0	0	5	5
Atropelamento	0	0	1	0	0	1
Intoxicação	0	5	3	2	24	34
Outras	0	1	2	5	4	12
Queda	13	82	49	58	28	230
Queimadura	0	1	1	1	0	3
Violência Domestica	1	0	0	0	1	2
Total	17	124	100	170	172	583

Análise estatística da variável Faixa etária e variável Fluxograma da TM (Cf. Tabela 14), verifica-se que o Fluxograma mais vezes registado na faixa etária Lactentes e 1ª Infância é Queda, sendo que nas restantes faixas é TCE.

Tabela 14 – Análise estatística da relação entre as variáveis: Fluxograma de TM e Faixa etária

Fluxograma de TM	Faixa etária					Total
	Lactente	1ª Infância	Pré-escolar	Escolar	Adolescência	
Agressão	1	0	0	1	7	9
Autoagressão	0	0	0	0	1	1
Cefaleia	0	0	0	1	0	1
Corpo estranho	0	3	12	5	7	27
Criança que não se sente bem	0	2	1	2	3	8
Diarreia e/ou vômitos	0	1	2	0	0	3
Dor abdominal na criança	0	0	2	1	0	3
Dor cervical	0	0	0	4	5	9
Dor de garganta	0	0	0	1	1	2
Dor lombar	0	0	0	2	9	11
Dor testicular	0	0	0	0	4	4
Dor torácica	0	0	0	2	8	10
Embriguez aparente	0	0	0	0	12	12
E. inconsciência / síncope	0	0	0	2	2	4
Exposição a químicos	0	1	2	0	3	6
Feridas	0	0	1	1	0	2
Grande traumatismo	0	1	2	2	0	5
Indisposição no adulto	0	0	0	0	1	1
Infecções locais e abscessos	0	1	4	5	0	10
Mordeduras e picadas	0	3	1	10	4	18
Outros casos (Branco)	0	0	1	0	0	1
Pais preocupados (P)	2	4	5	1	0	12
Problemas de ouvidos	0	0	0	1	1	2
Problemas estomatológicos	0	1	1	2	1	5
Problemas faciais	0	5	6	12	9	32
Problemas nos membros	0	25	12	31	33	101
Problemas oftalmológicos	0	1	2	9	4	16
Queda	9	28	9	12	14	72
Queimaduras	0	1	0	1	0	2
Sobredosagem/envenenamento	0	5	4	2	14	25
Trauma crânio-encefálico	5	42	33	60	29	169
Total	17	124	100	170	172	583

Na análise entre a variável Faixa etária e Local do acidente (Cf. Tabela 15), verifica-se que os locais onde ocorre predominantemente os acidentes é no domicílio, nas faixas etárias Lactente, 1ª Infância e idade Pré-escolar e na escola para a idade Escolar e Adolescência.

Tabela 15 - Análise estatística da relação entre as variáveis: Local e Faixa etária

	Faixa etária					Total
	Lactente	1ª Infância	Pré-escolar	Escolar	Adolescência	
Desporto	0	0	2	6	10	18
Domicilio	13	59	37	29	25	163
Escola	0	7	11	57	71	146
Local publico	0	0	0	4	2	6
Não especificado	1	40	31	36	25	133
Parque	0	0	3	4	0	7
Piscina	0	1	0	1	3	5
Via publica	3	17	16	33	36	105
Total	17	124	100	170	172	583

Na estatística entre a variável Segmento corporal e a variável Faixa etária, verifica-se (Cf. Tabela 16) que existe um predomínio em todas as faixas etárias para o segmento corporal Cabeça, seguida de membros.

Tabela 16 – Análise estatística da relação entre as variáveis: Segmento corporal e variável Faixa etária

Segmento Corporal	Faixa etária					Total
	Lactente	1ª Infância	Pré-escolar	Escolar	Adolescência	
Abdómen	0	0	2	1	0	3
Cabeça	15	77	53	98	57	300
Coluna	0	1	3	8	19	31
Deglutido	0	8	17	7	32	64
Genital	0	1	0	2	7	10
Inalado	0	1	4	1	1	7
Membros	0	29	17	43	42	131
Múltiplos	0	1	0	4	3	8
Não especificado	2	6	2	2	1	13
Ouvido (Corpo estranho)	0	0	2	1	0	3
Tórax	0	0	0	3	10	13
Total	17	124	100	170	172	583

Análise da variável Faixa etária e a variável Mecanismo de lesão, verifica-se (Cf. Tabela17) que a Queda é o mecanismo de lesão mais vezes identificado em todas as faixas etárias.

Tabela 17- Análise estatística da relação entre as variáveis: Mecanismo de Lesão e faixa etária

	Faixa etária					Total
	Lactante	1ªInfância	Pré-escolar	Escolar	Adolescência	
Acidente Químico	0	4	2	2	4	12
Acidente Viação	1	3	1	1	3	9
Afogamento	0	0	0	0	1	1
Agressão	0	0	1	3	12	16
Agressão sexual	0	0	0	0	1	1
Atropelamento	0	0	2	0	0	2
Autoagressão	0	0	0	0	1	1
Bicicleta	0	0	2	6	2	10
Cavalo	0	0	0	1	0	1
Corpo estranho	1	3	18	6	8	36
Esforço	0	0	0	0	9	9
Intoxicação CO	0	1	1	1	0	3
Intoxicação Fármaco	0	1	1	0	0	2
Intoxicação voluntária	0	0	1	1	24	26
Mordedura	0	1	1	3	1	6
Mota	0	0	0	0	1	1
Não especificado	0	0	1	0	0	1
Picada	0	2	2	7	3	14
Queda	14	89	46	89	50	288
Queimadura	0	1	1	1	1	4
Súbito	0	4	0	1	4	9
Traumatismo direto	0	15	20	48	46	129
Violência domestica	1	0	0	0	1	2
Total	17	124	100	170	172	583

Variável Grupo etário Lactente

Na análise das variáveis por faixa etária, pode verificar-se que na faixa etária dos lactentes, predomina como causa de urgência a Queda com uma percentagem de 76,5% (Cf. Tabela 18).

Relativamente aos Fluxogramas de TM, aquele que mais vezes foi escolhido pelo enfermeiro foi Queda (Cf. Tabela 19).

Ao analisar o local de ocorrência do acidente, estes maioritariamente ocorreram no domicílio com uma percentagem de 76,5% (Cf. Tabela 20)

Quanto ao segmento corporal mais atingido, (Cf. Tabela 21), revela que as crianças até ao primeiro ano de idade há um predomínio de traumatismo da cabeça com uma percentagem de 88,2%, sendo que o mecanismo de lesão vai de encontro à variável Causa de urgência, verificando-se que 82,4% é por Queda (Cf. Tabela 22).

Tabela 18- Motivo de Urgência

	N	%
Acidente Pessoal	3	17,6
Queda	13	76,5
Violência Doméstica	1	5,9
Total	17	100,0

Tabela 19- Fluxograma de TM

	N	%
Agressão	1	5,9
Pais preocupados (P)	2	11,8
Queda	9	52,9
T.C.E. - Trauma crânio-encefálico	5	29,4
Total	17	100,0

Tabela 20- Local de ocorrência

	N	%
Domicilio	13	76,5
Não especificado	1	5,9
Via publica	3	17,6
Total	17	100,0

Tabela 21- Segmento corporal

	N	%
Cabeça	15	88,2
Não especificado	2	11,8
Total	17	100,0

Tabela 22- Mecanismo de lesão

	N	%
Acidente Viação	1	5,9
Corpo estranho	1	5,9
Queda	14	82,4
Violência domestica	1	5,9
Total	17	100,0

Variável Grupo etário 1ª Infância

Na análise das tabelas relativas à faixa etária 1ª Infância, verifica-se que a variável Causa de urgência é majoritariamente Queda com 66,1%, seguindo-se o acidente pessoal (Cf. Tabela 23).

Relativamente à variável fluxograma de TM, aquele que mais vezes foi acionado pelo enfermeiro foi TCE com uma percentagem de 33,9%, seguindo-se a Queda (22,6% e Problemas nos Membros (Cf. Tabela 24).

Quanto ao local onde ocorreu o acidente, dos valores que se conseguiram apurar, 47,6% ocorreram no domicílio (Cf. Tabela 25)

O segmento corporal mais afetado pela causa de acidente neste grupo etário foi a cabeça (Cf. Tabela 26) com uma percentagem de 62,1%. Relativamente ao mecanismo de lesão, este foi motivado por Queda (Cf. Tabela 27).

Tabela 23- Variável Motivo Urgência

	N	%
Acidente De Viação	3	2,4
Acidente Escolar	4	3,2
Acidente Pessoal	28	22,6
Intoxicação	5	4,0
Outras	1	0,8
Queda	82	66,1
Queimadura	1	0,8
Total	124	100,0

Tabela 24 – Variável Fluxograma de TM

	N	%
Corpo estranho	3	2,4
Criança que não se sente bem (P)	2	1,6
Diarreia e/ou vômitos	1	0,8
Exposição a químicos	1	0,8
Grande traumatismo	1	0,8
Infecções locais e abscessos	1	0,8
Mordeduras e picadas	3	2,4
Pais preocupados (P)	4	3,2
Problemas estomatológicos	1	0,8
Problemas faciais	5	4,0
Problemas nos membros	25	20,2
Problemas oftalmológicos	1	0,8
Queda	28	22,6
Queimaduras profundas e superficiais	1	0,8
Sobredosagem e envenenamento	5	4,0
T.C.E. - Trauma crânio-encefálico	42	33,9
Total	124	100,0

Tabela 25 – Variável Local de ocorrência de acidente

	N	%
Domicílio	59	47,6
Escola	7	5,6
Não especificado	40	32,3
Piscina	1	0,8
Via pública	17	13,7
Total	124	100,0

Tabela 26 – Variável Segmento corporal

	N	%
Cabeça	77	62,1
Coluna	1	0,8
Deglutido	8	6,5
Genital	1	0,8
Inalado	1	0,8
Membros	29	23,4
Múltiplos	1	0,8
Não especificado	6	4,8
Total	124	100,0

Tabela 27 – Variável Mecanismo de lesão

	N	%
Acidente com Químico	4	3,2
Acidente Viação	3	2,4
Corpo estranho	3	2,4
Intoxicação CO	1	0,8
Intoxicação Fármaco	1	0,8
Mordedura	1	0,8
Picada	2	1,6
Queda	89	71,8
Queimadura	1	0,8
Súbito	4	3,2
Traumatismo direto	15	12,1
Total	124	100,0

Variável Grupo etário Pré-Escolar

Na análise dos quadros referentes à faixa etária Pré-escolar, podemos verificar que a principal causas de admissão que maior percentagem regista é Queda com 49%, seguido o Acidente pessoal (Cf. Tabela 28).

O fluxograma mais vezes utilizado pelo enfermeiro na TM, foi TCE (Cf. Tabela 29). Verifica-se neste grupo etário uma percentagem de 12% de Corpo estranho.

O local de ocorrência do acidente, regista uma maior percentagem no domicilio (Cf. Tabela 30), com percentagem 37%.

Relativamente ao segmento corporal mais atingido (Cf. Tabela 31) foi a cabeça, o segmento corporal relacionado com Corpo estranho apresenta uma percentagem acumulada de 23%.

O mecanismo de lesão com mais incidência foi a Queda com uma percentagem de 46%, seguindo-se o Traumatismo direto (20%) e corpo estranho (Cf. Tabela 32).

Tabela 28 – Variável Motivo de Urgência

	N	%
Acidente De Viação	1	1,0
Acidente Escolar	8	8,0
Acidente Pessoal	35	35,0
Atropelamento	1	1,0
Intoxicação	3	3,0
Outras	2	2,0
Queda	49	49,0
Queimadura	1	1,0
Total	100	100,0

Tabela 29 – Variável Fluxograma de TM

	N	%
Corpo estranho	12	12,0
Criança que não se sente bem (P)	1	1,0
Diarreia e/ou vômitos	2	2,0
Dor abdominal na criança (P)	2	2,0
Exposição a químicos	2	2,0
Feridas	1	1,0
Grande traumatismo	2	2,0
Infecções locais e abscessos	4	4,0
Mordeduras e picadas	1	1,0
Outros casos (Branco)	1	1,0
Pais preocupados (P)	5	5,0
Problemas estomatológicos	1	1,0
Problemas faciais	6	6,0
Problemas nos membros	12	12,0
Problemas oftalmológicos	2	2,0
Queda	9	9,0
Sobredosagem e envenenamento	4	4,0
T.C.E. - Trauma crânio-encefálico	33	33,0
Total	100	100,0

Tabela 30 – Variável Local de ocorrência de acidente

	N	%
Desporto	2	2,0
Domicilio	37	37,0
Escola	11	11,0
Não especificado	31	31,0
Parque	3	3,0
Via publica	16	16,0
Total	100	100,0

Tabela 31 – Variável Segmento corporal

	N	%
Abdómen	2	2,0
Cabeça	53	53
Coluna	3	3,0
Deglutido	17	17,0
Inalado	4	4,0
Membros	17	17,0
Não especificado	2	2,0
Ouvido (Corpo estranho)	2	2,0
Total	100	100,0

Tabela 32 – Variável Mecanismo de lesão

	N	%
Acidente com Químico	2	2,0
Acidente Viação	1	1,0
Agressão	1	1,0
Atropelamento	2	2,0
Bicicleta	2	2,0
Corpo estranho	18	18,0
Intoxicação CO	1	1,0
Intoxicação Fármaco	1	1,0
Intoxicação voluntária	1	1,0
Mordedura	1	1,0
Não especificado	1	1,0
Picada	2	2,0
Queda	46	46,0
Queimadura	1	1,0
Traumatismo direto	20	20,0
Total	100	100,0

Variável Grupo etário Escolar

Na análise referente à faixa etária Escolar, (Cf. Tabela 33) podemos verificar uma homogeneidade relativamente à três causas de admissão, Queda (34,1%), Acidente escolar (30,6%) e Acidente pessoal (30%).

O Fluxograma de TM mais utilizado pelo enfermeiro foi TCE (35,3%), seguindo-se Problema dos membros (Cf. Tabela 34).

Quanto ao local onde ocorreu o acidente, verifica-se nesta variável um predomínio de percentagem na Escola (Cf. Tabela 35)

O segmento corporal mais atingido foi Cabeça (57.6%), seguindo-se Membros (Cf. Tabela 36)

Relativamente ao Mecanismo de lesão (Cf. Tabela 37), o mais registado foi Queda com uma percentagem de 52,4%.

Tabela 33 – Variável Motivo de Urgência

	N	%
Acidente De Viação	1	0,6
Acidente Escolar	52	30,6
Acidente Pessoal	51	30,0
Intoxicação	2	1,2
Outras	5	2,9
Queda	58	34,1
Queimadura	1	0,6
Total	170	100,0

Tabela 34- Variável Fluxograma de TM

	N	%
Agressão	1	0,6
Cefaleia	1	0,6
Corpo estranho	5	2,9
Criança que não s sente bem	2	1,2
Dor abdominal na criança (P)	1	0,6
Dor cervical	4	2,4
Dor de garganta	1	0,6
Dor lombar	2	1,2
Dor torácica	2	1,2
Inconsciência / síncope	2	1,2
Feridas	1	0,6
Grande traumatismo	2	1,2
Infecções locais e abscessos	5	2,9
Mordeduras e picadas	10	5,9
Pais preocupados (P)	1	0,6
Problemas de ouvidos	1	0,6
Problemas estomatológicos	2	1,2
Problemas faciais	12	7,1
Problemas nos membros	31	18,2
Problemas oftalmológicos	9	5,3
Queda	12	7,1
Queimaduras	1	0,6
Sobredosagem e envenenamento	2	1,2
TCE-Trauma crânioencefálico	60	35,3
Total	170	100,0

Tabela 35 – Variável Local de ocorrência de acidente

	N	%
Desporto	6	3,5
Domicilio	29	17,1
Escola	57	33,5
Local publico	4	2,4
Não especificado	36	21,2
Parque	4	2,4
Piscina	1	0,6
Via publica	33	19,4
Total	170	100,0

Tabela 36 - Segmento corporal

	N	%
Abdómen	1	0,6
Cabeça	98	57,6
Coluna	8	4,7
Deglutido	7	4,1
Genital	2	1,2
Inalado	1	0,6
Membros	43	25,3
Múltiplos	4	2,4
Não especificado	2	1,2
Ouvido (Corpo estranho)	1	0,6
Tórax	3	1,8
Total	170	100,0

Tabela 37 – Mecanismo de lesão

	N	%
Acidente com Químico	2	1,2
Acidente Viação	1	0,6
Agressão	3	1,8
Bicicleta	6	3,5
Cavalo	1	0,6
Corpo estranho	6	3,5
Intoxicação CO	1	0,6
Intoxicação voluntária	1	0,6
Mordedura	3	1,8
Picada	7	4,1
Queda	89	52,4
Queimadura	1	0,6
Súbito	1	0,6
Traumatismo direto	48	28,2
Total	170	100,0

Variável Grupo etário Adolescência

Na análise referente à faixa etária Adolescência, podemos verificar (Cf. Tabela38), que a principal causas de admissão é por Acidente escolar com uma percentagem de 37,2%.

O Fluxograma de TM mais vezes acionado pelo enfermeiro (CF. Tabela 39), foi Problema dos membros (19,2%), seguindo-se TCE (16,9%). Verifica-se neste grupo etário 8,1% de Sobredosagem e/ou Envenenamento, e 7% de Embriagues aparente.

Relativamente ao local onde ocorreu o acidente, a maior percentagem registada, com 41,3% é na escola (Cf. Tabela 40).

A variável segmento corporal que mais vezes se regista é Cabeça (Cf. Tabela 41).

Os acidentes, quanto à análise da variável mecanismo de lesão, foram provocados por Queda (29,1%) e traumatismo direto (26,7%), sendo que se verifica 14% das situações provocadas por intoxicação voluntária (Cf. Tabela 42).

Tabela 38 - Motivo Urgência

	N	%
Acidente De Viação	1	0,6
Acidente Desportivo	1	0,6
Acidente Escolar	64	37,2
Acidente Pessoal	44	25,6
Agressão	5	2,9
Intoxicação	24	14,0
Outras	4	2,3
Queda	28	16,3
Violência Domestica	1	0,6
Total	172	100,0

Tabela 39- Fluxograma de TM

	N	%
Agressão	7	4,1
Autoagressão	1	0,6
Corpo estranho	7	4,1
Criança que não se sente bem	3	1,7
Dor cervical	5	2,9
Dor de garganta	1	0,6
Dor lombar	9	5,2
Dor testicular	4	2,3
Dor torácica	8	4,7
Embriaguez aparente	12	7,0
Inconsciência / síncope	2	1,2
Exposição a químicos	3	1,7
Indisposição no adulto	1	0,6
Mordeduras e picadas	4	2,3
Problemas de ouvidos	1	0,6
Problemas estomatológicos	1	0,6
Problemas faciais	9	5,2
Problemas nos membros	33	19,2
Problemas oftalmológicos	4	2,3
Queda	14	8,1
Sobredosagem e envenenamento	14	8,1
T.C.E. - Trauma crânio-encefálico	29	16,9
Total	172	100,0

Tabela 40- Local de ocorrência do acidente

	N	%
Desporto	10	5,8
Domicilio	25	14,6
Escola	71	41,3
Local público	2	1,2
Não especificado	25	14,5
Piscina	3	1,7
Via pública	36	20,9
Total	172	100,0

Tabela 41- Segmento corporal

	N	%
Cabeça	57	33,1
Coluna	19	11,0
Deglutido	32	18,6
Genital	7	4,1
Inalado	1	0,6
Membros	42	24,4
Múltiplos	3	1,7
Não especificado	1	0,6
Tórax	10	5,8
Total	172	100,0

Tabela 42- Mecanismo de lesão

	N	%
Acidente com Químico	4	2,3
Acidente Viação	3	1,7
Afogamento	1	0,6
Agressão	12	7,0
Agressão sexual	1	0,6
Autoagressão	1	0,6
Bicicleta	2	1,2
Corpo estranho	8	4,7
Esforço	9	5,2
Intoxicação voluntária	24	14,0
Mordedura	1	0,6
Mota	1	0,6
Picada	3	1,7
Queda	50	29,1
Queimadura	1	0,6
Súbito	4	2,3
Traumatismo direto	46	26,7
Violência domestica	1	0,6
Total	172	100,0

Relação entre as variável estatística Grupo idade e a variável Sexo: ao analisar a tabela referente à relação entre o Grupo etário e a variável Sexo (Cf. Tabela 43), verificamos que apesar de o maior numero de crianças ser do sexo masculino, a diferença significativa não é significativa, maior que 0,05, portanto com 95% de confiança, (Cf. Tabela 44) aceitamos a hipótese de que a variável grupo idade e sexo são independentes.

Tabela 43 – Relação entre as variáveis Faixa etária e Sexo

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Faixa etária	Lactante	N	6	11	17
		% dentro de Faixa etária	35,3%	64,7%	100,0%
	1ª Infância	N	64	60	124
		% dentro de Faixa etária	51,6%	48,4%	100,0%
	Pré-escolar	N	34	66	100
	% dentro de Faixa etária	34,0%	66,0%	100,0%	
	Escolar	N	62	108	170
	% dentro de Faixa etária	36,5%	63,5%	100,0%	
	Adolescência	N	69	103	172
	% dentro de Faixa etária	40,1%	59,9%	100,0%	
Total		N	235	348	583
		% dentro de Faixa etária	40,3%	59,7%	100,0%

Tabela 44 - Teste de chi-quadrado

	Valor	df	Significância assintótica (bilateral)
Chi-quadrado de Pearson	9,461 ^a	4	0,051
Razão de verosimilitude	9,371	4	0,052
N de casos válidos	583		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem inferior a 5. A contagem mínima esperada é de 6,85.

Relação estatística das Variáveis Idade e a variável Horário de admissão:

Nesta análise verifica-se predomínio na agrupação de horário 12h-18h em todas as faixas etárias, com exceção na 1ª Infância (Cf. Tabela 45). Porém, podemos ver, (Cf. Tabela 46) o teste não é significativo (maior que 0,05), portanto, com 95% de confiança, aceitamos a hipótese de que a variável faixa etária e horário são independentes.

Tabela 45 – Relação entre variáveis Faixa etária e Horário de admissão

Faixa Etária		Horário				Total
		0:00 a 6:00	6:00 a 12:00	12:00 a 18:00	18:00 a 24:00	
Lactente	N	1	3	9	4	17
	% dentro de Faixa etária	5,9%	17,6%	52,9%	23,5%	100,0%
Infância	N	1	34	38	51	124
	% dentro de Faixa etária	0,8%	27,4%	30,6%	41,1%	100,0%
Pré-escolar	N	5	22	38	35	100
	% dentro de Faixa etária	5,0%	22,0%	38,0%	35,0%	100,0%
Escolar	N	5	35	73	57	170
	% dentro de Faixa etária	2,9%	20,6%	42,9%	33,5%	100,0%
Adolescência	N	14	39	72	47	172
	% dentro de Faixa etária	8,1%	22,7%	41,9%	27,3%	100,0%
Total	N	26	133	230	194	583
	%	4,5%	22,8%	39,5%	33,3%	100,0%

Tabela 46 - Teste de chi-quadrado

	Valor	df	Significância assintótica (bilateral)
Chi-quadrado de Pearson	20,465 ^a	12	0,059
Razão de verosimilitude	21,552	12	0,043
Associação lineal por lineal	3,507	1	0,061
N de casos válidos	583		

a3 células (15,0%) esperavam uma contagem inferior a 5. A contagem mínima esperada é de 0,76.

3. Discussão

A discussão dos resultados é uma fase especialmente relevante do estudo científico, pois possibilita a reflexão sobre a investigação realizada, desta forma, permite evidenciar os resultados mais significativos e defronta-los com a bibliografia científica sobre a problemática dos acidentes em idade infantil.

Desde o início da conceptualização do estudo que se procurou desenvolver um trabalho metodologicamente fundamentado. A metodologia utilizada foi a considerada mais ajustada ao estudo, por forma a alcançar os objetivos delineados, em conformidade com as características da amostra.

Os resultados expostos no capítulo precedente mostram características que serão interpretados, bem como o contexto bibliográfico consultado. A discussão dos resultados será analisada, seguindo a pauta dos resultados.

Neste sentido, e tendo por base o estudo Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL), criado em 2000, coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Dr. Ricardo Jorge procede-se à análise epidemiológica das características que rodeiam os acidentes em idade pediátrica.

O sistema ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada, (Contreiras et al., 2011), e o Sistema EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (Contreiras & Rodrigues, 2015), que vem dar continuidade ao anterior, em termos sucintos, são um sistema de recolha e análise de dados sobre ADL que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde. A amostra de unidades de saúde que constituem estes estudos, nos triénios 2006-2008 e 2009-2012 respectivamente, foi constituída através de um método de seleção aleatório, entre os quais na região norte, se encontra o Hospital de Vila Real.

Na análise da distribuição percentual podemos verificar que, do total de admissões no SUP (n=13157), 4,4% das crianças observadas foram referentes a admissões por acidentes, sendo que a maioria era do sexo masculino com percentagem de 59,7%.

Estes dados vão de encontro aos estudos bibliográficos, uma vez que a maioria dos estudos consultados há nitidamente um numero superior de acidentes relativamente ao sexo masculino. O género feminino apresenta percentagem de 40,3%, verificamos assim, neste estudo um predomínio de acidentes no sexo masculino (Cf. Tabela 1).

No estudo ADELIA, nos três anos analisados, a distribuição percentual dos ADL por sexo em cada um dos grupos etários, mostra que a percentagem de ADL é mais elevada nos homens, tendo-se verificado o mesmo no seguinte triénio (Contreiras et al.,2011).

Segundo ECSA (2012) os rapazes estão mais sujeitos à ocorrência de acidentes pelo seu padrão comportamental habitualmente mais ativo.

Alguns autores indicam a faixa etária entre 1 e 4 anos como mais propensa a risco de acidentes. Neste estudo verificou-se que as crianças com idade de 1 ano são as que mais acidentes registaram (12,3%), sendo que mais de metade da amostra (51,5%) tinha menos de 8 anos idade (Cf. Figura 2). A distribuição de acidentes nos estudos consultados, pode verificar-se que a percentagem mais elevada se observa nos grupos etários mais jovens, quer o Sistema ADELIA ou o EVITA obtiverem estes resultados na sua análise dos triénios.

Quando agrupada a idade nas diferentes faixas etárias, verifica-se um predomínio na Adolescência, (Cf. Tabela 3), estes resultados justificam-se por a agrupação se ter realizado de acordo com o desenvolvimento da criança e não agrupação homogénea, uma vez que esta faixa etária abarca as crianças desde os 12 anos até aos 19, enquanto que por exemplo o grupo Lactentes corresponde ao primeiro ano.

Globalmente os acidentes domésticos e escolares predominam em relação aos outros locais. Neste estudo, em relação ao local de ocorrência do acidente é possível observar que, ocorrem mais acidentes no Domicilio e na Escola. A proporção de acidentes ocorridos no Domicilio obteve maior registo nos grupos etários Lactente, 1ª Infância e idade Pré-escolar (Cf. Tabela 15). No entanto nas faixas etárias escolar e Adolescência observou-se maior frequência de acidentes ocorridos na Escola.

Podemos comparar os dados com os apresentados no estudo ADELIA, em que os acidentes ocorridos na "Escola/Instituição", mostraram uma percentagem mais elevada, em todos os anos, nos grupos etários que englobam as idades escolares, com valores acima dos 50% no grupo etário dos 10-14 anos. O Sistema Evita na sua análise de distribuição por local de ocorrência, mostra uma percentagem acima dos 40% relativamente ao Domicilio, tendo um pico de incidência no grupo etário dos zero aos quatro anos (Contreiras & Rodrigues, 2015).

A escola como espaço de recreio e de jogos em grupo, sugerindo uma maior probabilidade para a ocorrência de acidentes. Segundo um estudo realizado sobre Atuação dos professores às crianças em caso de acidentes, alguns professores tentam prestar

atendimento, porém não a fazem de forma correta, nesse trabalho os investigadores concluem que os professores que trabalham com crianças devem estar preparados para atuar em situações de acidentes na escola (Oliveira et al., 2012).

Nas crianças mais pequenas, os acidentes domésticos são mais frequentes, neste estudo verifica-se uma predominância nas faixas etárias Lactente, Primeira Infância e Pré-escolar.

Estes dados sugerem que as medidas implementadas no domicílio não são suficientes para fazer deste um espaço seguro. No domicílio e na escola devem ser redobradas medidas preventivas.

Quando discriminamos a amostra em função da Causa de Urgência (Cf. Tabela 4), não se verifica uma distribuição homogênea, sendo que as três primeiras causas de admissão ao SUP acumulam uma percentagem de 89%. A Queda foi a principal causa de admissão no SUP, com uma percentagem de 39,5%, sendo o mecanismo de lesão mais vezes descrito ao enfermeiro, com percentagem de 49,4%. Pouco se sabe sobre a etiologia das quedas, os dados obtidos são pouco específicos. As quedas, segundo Rivara e Grossman (2009), são a principal causa de lesões não letais em crianças com menos de 15 anos de idade e a 2ª causa não letal em adolescentes entre os 15 e os 19 anos. Na análise da distribuição das ADL no estudo EVITA, destaca-se de forma pronunciada, que o mecanismo de lesão que mais contribuiu para o registo foram claramente as Quedas.

Segundo o estudo, os fatores no ambiente doméstico identificados como associados ao risco de quedas em crianças menores de cinco anos demonstram que existe a necessidade de construir estratégias de prevenção relacionadas à estrutura e organização desse ambiente (Brito M, et al., 2017).

Os principais fatores associados ao aumento de risco de lesões em crianças incluem a idade e o sexo. Ao analisar a distribuição da variável queda por grupo etário, verifica-se que no género feminino os acidentes por Queda, ocorrem maioritariamente no grupo etário da 1ª Infância (51,6%), estes dados vão de encontro à bibliografia, as crianças que estão a aprender a andar apresentam maior risco para quedas (Rivara & Grossman, 2009). Relativamente ao género masculino é na faixa etária Pré-escolar regista um maior número de admissões por queda (66%).

O fluxograma mais frequentemente selecionado pelo enfermeiro triador é o referente ao TCE- Traumatismo crânio-encefálico com uma percentagem de 29%, seguido de Problema de Membros (17,3%). Estes dados sugerem que o TCE é a queixa/preocupação

mais frequentemente transmitida ao enfermeiro na TM, sendo por isso o fluxograma mais registado.

A parte do corpo lesada com mais frequência foi a Cabeça assim, foi o segmento corporal mais afectado em todas as faixas etárias sem exceção, sendo que Membros é o segundo segmento corporal mais lesado. Estes dados são justificados pela própria anatomia da criança, em que a áreas da cabeça em relação ao resto do corpo é maior, indo de encontro aos dados da variável Fluxograma de TM.

No estudo ADELIA, verifica-se que dos acidentes ocorridos em crianças entre os 0 e os 4 anos, a cabeça foi a parte do corpo mais afectada, sendo que os “Membros” foram, para os três anos analisados, a localização de lesão mais referida em todos os grupos etários (Contreiras et al, 2011).

Relativamente às intoxicações, verificamos que o maior registo se verifica na faixa etária Adolescência. Nesta idade as intoxicações são maioritariamente intencionais, com recurso a fármacos disponíveis no domicílio e/ou bebidas alcoólicas. No que se refere as ações de saúde dirigidas aos jovens, na Convenção de Saúde de Genebra, há um destaque para as políticas de consumo, para a venda e acesso a bebidas alcoólicas. As intoxicações por fármaco os primeiros registos encontram-se na 1ª Infância, idade em que a criança tem autonomia para caminhar e subir escadas ou cadeiras, aliada à curiosidade da criança bem como às características da embalagem. Neste sentido a supervisão do adulto é fundamental.

Relativamente às Questões de Investigação, para a comparação das variáveis categóricas, utilizou-se, quando possível, o teste Qui-quadrado de Pearson.

Ao analisar o motivo de urgência com a faixa etária verifica-se que a Queda é a principal causa em todas as faixas etárias com exceção de Adolescência, este grupo regista uma maior percentagem nos acidentes escolares.

A relação entre faixa etária e Fluxograma da TM (Cf. Tabela 14), pode observar-se que a faixa etária Adolescentes é aquela em que maior numero regista relativamente às Agressões. Enquanto que, é na idade Pré-escolar que mais numero de triagem por corpo estranho se regista. Na 1ª Infância, idade escolar e Adolescência são as faixas etárias homogéneas relativamente aos casos de triagem por problema dos membros

Queda regista maior numero na 1ªInfancia, idade de aprendizagem, sugere maior numero de queda, o fluxograma TCE regista maior numero de casos na idade escolar, seguida da 1ªinfancia. Mordeduras e Picadas teve um maior numero na Idade escolar.

O mês do ano que menos acidentes regista são os meses de Janeiro e de Dezembro, sendo que o mês onde se registou maior numero de acidentes foi em Junho estes dados sugerem que na primavera, com a melhoria das condições climáticas, as crianças passam mais tempo na rua ou em atividades, assim respondemos à questão de investigação: o maior numero de acidentes registou-se no mês de junho.

A distribuição dos acidentes pela hora de admissão no SUP, indica que é o período da tarde que maior numero de admissões regista, sendo que o máximo se verifica às 18 horas. No período noturno há uma diminuição nas admissões, concretamente entre as 00 horas e as 8 horas, registando-se o mínimo às 03 Horas. No agrupação das horas, verifica-se que o período que mais admissões regista é entre as 12 horas e as 18 horas. Relativamente à distribuição dos ADL pela hora de ocorrência, o Sistema EVITA indica dois picos de frequência durante o período analisado, que correspondem às 12 horas e às 16 horas. Num estudo de 2012 em que foi efectuado estudo epidemiológico e análise cronobiológico, mostra dois picos de prevalência entre as 12 horas e as 15 horas e entre as 18 horas e as 21 horas (Vicente, 2012, p119).

No estudo realizado por Brito, et al., o turno da tarde foi prevalente para a ocorrência das quedas devido a maioria dessas crianças passar o turno da manhã nas creches ou escolas e durante tarde estar em casa.

A média de permanência no SU, em crianças que sofreram um acidente é de 3,0479, O tempo recomendado pelo SNS de permanencia no SU é de quatro horas. A prioridade, relativamente ao sistema de TM, que mais vezes se registou foi Urgente. Porém o numero de admissões com prioridade Pouco urgente, demonstra que há uma utilização excessiva do SUP. Seria importante a formação quer aos cuidadores quer nas escolas, pois são os locais onde maior numero de acidentes se verifica.

Relativamente ao destino após alta clinica, 91,4% das crianças têm alta para o exterior não sendo referenciadas, enquanto que 1,5% tiveram necessidade de internamento e 1,2% foram transferidas para um centro de referenciação pediátrico.

Quanto ao seguimento dado ao acidentado, no estudo ADELIA, verifica-se que o “Exterior não referenciado” representou percentagens acima dos 80% nos três anos analisados Sendo que os três (Contreiras, et al., 2011).

Os acidentes mais frequentes e mais notáveis foram brevemente descritos, é pertinente admitir que a eliminação completa de acidentes infantis não é possível.

Relativamente às limitações do estudo, verifica-se que:

A informação relativamente aos dados sobre a lesão, são obtidos antes da observação médica, baseados na queixa inicial da criança, ou acompanhante, no momento da admissão e triagem de Manchester, podendo não corresponder ao diagnóstico final.

Apesar de não se terem registado óbitos, trata-se de um estudo retrospectivo sem acompanhamento à posteriori assim, os dados podem gerar alguma incerteza, uma vez que os doentes em estado grave são transferidos para o internamento ou para um hospital de referência de trauma pediátrico.

Relativamente ao número de casos registados, estes podem não corresponder à realidade da região, uma vez que estes são os que recorrem ao hospital, porém muitos outros são observados em cuidados de saúde primários, Clínicas ou Hospitais privados, e muitos mais não são tratados, não sendo portanto notificados.

As características da amostra, com numerosas variáveis com valores residuais que não são passíveis de agrupamento, dificultam a aplicação dos testes pretendidos.

Sendo um estudo regional, é uma pequena contribuição para um grande problema que representam os acidentes, porém sugerem-se novas pesquisas e eventualmente um estudo mais abrangente.

Conclusão

Findo este processo longo de estudo acerca dos acidentes em idade Pediátrica, pode dizer-se que a grande maioria dos acidentes são evitáveis. Em casa, nas escolas ou na rua devem criar-se condições de segurança eficazes que permitam às crianças estar e crescer em segurança. Neste sentido os pais e os educadores têm a responsabilidade de vigiar o ambiente onde a criança está. Ao enfermeiro cabe o grande papel preventivo no sentido de alertar os pais, para os vários riscos que a criança corre fazendo ensinamentos sobre as várias formas de prevenção de acidentes a fim de reduzir o número dos mesmos.

A elaboração deste estudo permite-nos chegar às seguintes conclusões:

Da totalidade das admissões ocorridas no ano 2017 no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Vila Real 4,4% foram por acidente, sendo que, como foi referido ao longo do estudo, os acidentes ocorrem de forma não programada e inesperada causando lesões e alterações funcionais que podem ser passageiras ou permanentes, ligeiras ou graves o que reforça ainda mais a importância da sua Prevenção.

As quedas são o tipo de acidente mais frequente, verifica-se que no global as lesões são pouco significativas, tendo em conta a percentagem de altas clínicas não referenciadas, porém não se deve esquecer que a WHO (2008), refere que são a quarta causa de morte e a principal causa de lesão cerebral.

Apesar das implementações de medidas de segurança, dos ensinamentos e aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, ainda é nas escolas e em casa que se verifica o maior número de acidentes. A consequência do físico e psicológico da criança faz com que não se possam evitar todos os acidentes, porém estes dados sugerem que os espaços bem como a vigilância não estarão devidamente adequados. Como medidas sugere-se reforço de vigilância e adaptação dos espaços, quer no domicílio quer na escola.

É no primeiro ano de vida, e por questões que se prendem com a autonomia da criança, que ocorrem as principais lesões provocadas por acidentes, nomeadamente por quedas, o que justifica mais uma vez a crucial importância das medidas preventivas nesta área de intervenção, reforçando a ideia de que uma criança jamais se pode deixar sozinha sem vigilância. A criança no seu primeiro ano de vida apresenta-se extremamente vulnerável, por depender totalmente de terceiros para sobreviver, essa vulnerabilidade e

dependência alerta-nos para situações de acidentes que ocorrem por negligência e maus tratos que devem de ser sinalizados e reportados.

É, à medida que a criança adquire maior mobilidade que se identifica a maior incidência de lesões por queda, acidente de viação, traumatismo direto, intoxicações e obstruções com corpos estranhos.

Prova-se também, que as quedas são frequentes e inevitáveis como parte de aprendizagem devendo haver o cuidado mais uma vez de garantir um ambiente seguro, onde a criança possa explorar o meio livremente como por exemplo: não usar andadores na presença de escadas, na cozinha e casa de banho por serem locais de maior hostilidade reforçar a vigilância entre outras já descritas.

Na idade Pré-escolar a criança é autónoma, adquirindo cada vez maior autonomia, neste caso são frequentes as lesões por quedas, traumatismos diretos, acidentes de viação e intoxicações. Mais uma vez deve haver um equilíbrio entre as medidas de segurança e a liberdade para que a criança possa crescer saudavelmente. A criança gosta de explorar o que o rodeia, porém ainda não tem consciência dos perigos e gosta de histórias, histórias de super-heróis, contudo não distingue o mundo real do imaginário. Assim, como medidas preventivas é fundamental fixar móveis ou objetos que possam cair, não colocar móveis próximos a janelas, tendo o cuidado de colocar dispositivos de segurança.

Verifica-se que, acidentes por copos estranhos são frequentes no grupo etário Pré-escolar, assim os brinquedos devem ser adequados à idade da criança, homologados de acordo com as normas das entidades competentes. As intoxicações podem ocorrer por produtos de uso domésticos como a lixívia, ou por medicamento em que doses pequenas podem ser muito tóxicas para crianças destas idades. Assim, os produtos devem estar devidamente acondicionadas, guardadas em locais de difícil acesso e, se possível, fechadas com chave. É importante guardar as substâncias nas embalagens originais, sempre que possível evitar tomar medicamentos à frente das mesmas, pois a criança aprende por imitação.

De igual forma também é importante adotar medidas de segurança fora do domicílio em todas as atividades que a criança gosta de desenvolver e frequentar, desde a idade pré-escolar, escolar e adolescência, cada qual com a sua especificidade e características próprias da sua faixa etária.

Na adolescência, pede-se especial atenção para o consumo de álcool e ingestão de substâncias, que aumentam a probabilidade de acidentes por quedas, acidentes de viação e

intoxicações voluntárias, havendo nesta fase uma certa tendência para o incumprimento de normas e por isso maior risco de lesão.

Torna-se essencial fomentar nos jovens uma filosofia de responsabilidade e formação específica, com conhecimentos, como por exemplo a formação em primeiros socorros e suporte básico de vida para que possam, entre os pares, desenvolver a prática de socorrer se algum acidente ocorrer.

Embora o estudo seja Regional, está provado que acrescenta dados relevantes á epidemiologia dos acidentes na infância.

Posto isto, pode afirmar-se que é fundamental conhecer a epidemiologia, por forma a ter suporte de informação, tais como: dados sobre circunstâncias e natureza do acidente, gravidade das lesões, por forma a servir de referência na definição de prioridades de prevenção servindo assim de base às ações e estratégias a implementar.

É notável a importância de promover uma mudança de comportamentos e atitudes em relação ao acidente e suas consequências na população.

É tarefa dos profissionais enquanto “defensores da criança”, quer na área da saúde ou na educação, criar e desenvolver programas de educação e prevenção de acidentes, promover uma assistência adequada, numa abordagem multidisciplinar, para que o atendimento da criança lesada seja uma abordagem o mais oportuno e eficaz possível.

Propõe-se como medidas a implementar a realização de uma consulta de prevenção de acidentes ou mesmo uma visita domiciliária, por forma a avaliar os aspetos de segurança. As intervenções de aconselhamento talvez tenham maior impacto quando acompanhadas de demonstrações.

Propõe-se ainda, que dentro do programa de prevenção de acidentes em idade infantil, se consiga angariar fundos para o acesso a equipamentos de proteção, para as famílias com baixos rendimentos.

A evidencia científica em torno da pertinência do enfermeiro escolar é ampla, podendo encontrar-se estudos e dados científicos que justificam e recomendam a presença de um enfermeiro nas escolas. Sendo que o enfermeiro escolar tem um papel determinante na saúde, na qualidade de vida e prevenção de lesão. Em alguns países da união europeia, como já está institucionalizado e consolidado o enfermeiro escolar Mestre em Enfermagem Escolar.

Embora a prevenção esteja geralmente associada aos cuidados de saúde primários, as medidas de prevenção devem concentrar-se nos três níveis: primárias, secundária, terciária. Neste sentido, é muitas vezes no serviço de urgência que se conseguem mudar comportamentos, principalmente nas crianças de maior idade, pois é aqui que a criança vítima de lesão é atendida.

Por fim e considerando todos os aspetos analisados, as lesões, devido ao seu fator causal, manifestações clínicas e necessidade de tratamento, merecem toda a nossa preocupação e atenção, tomando por certo que a sua diminuição passa pela educação e prevenção.

Bibliografia

- Acidentes são a maior causa de morte das crianças. (2013, Out. 3). Jornal Publico. Retirado de: www.publico.pt/2013/03/jornal/acidentes-sao-a-maior-causa-de-morte-das-criancas-27187748
- Asociación Española de Pediatría. (1974). Accidentes en la infancia: epidemiología, frecuencia y prevención. Informe del Comité Nacional para la prevención de accidentes en los niños.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2007). Vale a pena crescer em segurança: Evitar os acidentes no primeiro ano de vida. Lisboa: Autor. Retirado de www.apsi.org.pt
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2010). Comunicado de imprensa. Lisboa: Palácio da Cruz. Retirado de www.apsi.org.pt.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2011). Plano de Acção Para a Segurança Infantil 2012-2016. Conhecer os riscos, Criar ambientes seguros, Minimizar os acidentes. Alto Comissariado da Saúde. Retirado de apsi.org.pt
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2012). Perfil de segurança infantil, Relatório de avaliação de segurança infantil de Portugal 2012, 20 anos a olhar pela segurança das crianças. Retirado de http://www.APSI/APSI%20_20_anosResumoPerfileRelatorio%20PT.pdf
- Associação para a promoção da segurança infantil (2014). Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo 2000-2013 Lisboa: Autor. Retirado de www.apsi.org.pt
- Associação para a promoção da segurança infantil (2017). 25 Anos de Segurança Infantil. Retirado de www.apsi.org.pt
- Associação para a promoção da segurança infantil (2018). Programa Casa Mais Segura. Retirado <http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/seguranca-infantil>
- Batalha S., Salva I., Santos J., Albuquerque C., Cunha F, Sousa H. (2016). Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. Edição: Acta Pediatrica Portuguesa
- Benito J. (1996). Urgencias de Pediatría: buscando una atención más especializada.
Editor: *Asociacion Espanola de Pediatría*
- Brito M., Melo A., Veras I., Oliveira C., Bezerra M., Rocha S. (2017). Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos. Edição: Revista Gaúcha
- Carrilho M. (2015). Crianças e adolescentes em Portugal, Revista de estudos demográficos, nº55,

artigo 4. Editor: Instituto Nacional de Estatística

- Casaní-Martínez C., Suárez-Varela M. (2000). Registro de trauma pediátrico. ¿Es suficiente? Edição: Revista Pediatria de Atención Primaria Volumen VI. Número 24.
- Chen J, Kresnow M, Simon TR, Dellinger A. (2007). Injury-prevention counselling and behavior among US children: Retirado de second injury control and risk survey. Pediatrics
- Coelho, A. & Carvalho, I. P. (2010). *Urgência Pediátrica do Porto. Guia de Orientações clínicas*. Porto: UPIP
- Coelho E., (2015). Evolução da mortalidade em Portugal desde 1950, Revista de estudos demográficos, nº55, artigo 1, Editor: Instituto Nacional de Estatística
- Coll, C., Palacios, J., Marchesi, A., (1995). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Concha A., Medina A., (2006). Primera valoración y tratamiento inicial del niño politraumatizado. Editor: Boletim Pediatria
- Contreiras T, Rodrigues E, Nunes B. (2011). ADELIA, Acidentes domésticos e de lazer: Informação adequada. Relatórios científicos e técnicos 2006- 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2011.
- Contreiras T., Rodrigues E., (2015). EVITA, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2009 – 2012 Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M., Menezes, H.C. (1999). ABC da segurança (Vol. 2). Lisboa: Pais & Filhos.
- Coutinho, C. (2016). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Dantas, D., Alves K., Salvador, P., Dantas, R. (2010). Nursing activities in the prevention of accidents in child day care centers. J Nurs UFPE On Line
- Delval J. (2002). El Desarrollo Humano. Editorial: Siglo XXI
- Dias J, Costa S, Martins S., (2013). Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos, Serviço de Pediatria, Hospital de Braga, Acta Pediátrica Portuguesa: sociedade portuguesa de pediatria
- Diário da República 153/2014, série II. Emissor: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretariado de Estado Adjunto do Ministério da Saúde
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (2003-2018). Porto Editora consultado em: 2018-06-14

Retirado de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/acidente>

Direção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Volume II. Orientações estratégicas; Lisboa: Direção geral de Saúde

Direção Geral da Saúde.(2005). Programa nacional de prevenção e controlo de acidentes, lesões involuntárias, 2005-2010. Lisboa: Direção geral de Saúde

Direção Geral da Saúde.(2005). Programa Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil, Orientação Técnica; 2ª edição. Lisboa: Direção geral de Saúde

Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Health in Portugal*. Presidência Portuguesa da União Europeia.: Direção geral de Saúde

Direção-Geral da Saúde. (2009). Programa nacional de prevenção de acidentes 2009-2016. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral da Saúde. (2010a). Elementos estatísticos - Informação geral - Saúde 2008. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde. (2010b). Programa nacional de acidentes, 2010-2016; Direção de Serviços de Promoção e Proteção da Saúde Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional , Lisboa: Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde

Direção Geral de Saúde. (2012). Programa Nacional de Saúde Escolar, Relatório de Avaliação de Segurança Infantil 2012; EuroSafe

Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil (Norma no 010/2013). Lisboa: Autor. Retirado de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/PNSIJ_2013.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2016). Saúde dos Portugueses. Direção dos Serviços de Informação e Análise

Direção-Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma N°002/2018

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2014). Guia orientador de trabalhos escritos. Viseu: Autor (Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu).

Esparza J., Mintegi S., (2016); Guia para padres sobre la prevencion de lesiones no intencionadas en la edad infantil; Editor: Asociación Española de Pediatría; Fundación MAPFRE ISBN: 978-84-608-6366-3 Depósito legal: M-14024-2016.

European Child Safety Alliance. (2012). Relatório de avaliação de segurança infantil 2012. Birmingham: Autor. Retirado de http://www.nogueiradesign.com/APSII/REPORT_

CARD_PORTUGAL_2012_PT_s%20logoOMS.pdf

- European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. (2013). Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2008-2010. Amsterdam: Author. Retrieved Retirado de http://ec.europa.eu/health/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.
- Fraga J., Alexandra F., Komlos M., Takamatu E., Luciano G., Contelli F.(2003). Remoção de corpo estranho da via aérea de criança por broncoscopia através de traqueotomia ou traqueostomia. Rio de Janeiro: J Pediatria
- Gaspar, E. (2015). Prefácio. In S. Peixoto, *Livro de bolso de Pediatria, internos do ano comum* (2ª ed., pp.3-4). Vila Real: Centro Hospitalar de Trás os Monte e Alto Douro
- Gonçalves, A. (2011). Promoção da segurança infantil. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Retirado de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9355>
- Grupo Português de Triagem. (2009). Implementação da Triagem de Manchester em Portugal
- Harvey A., Towner E., Peden M., Soori H., Kidist B. (2009). Injury prevention and the attainment of child and adolescent health *Bulletin of the World Health Organization*. Retirado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/5/08-059808/en/>
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). Fundamentos de enfermagem pediátrica (7ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Instituto Nacional de Emergencia Médica. (2012). *Suporte Básico de vida* (pp. 30-35). Editor: INEM.
- Jornal Oficial da União Europeia.(2007). Comunicações e informações, Edição em língua portuguesa
- Lens M., Flores R. (2009). Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos. Ministerio da Saúde. Editora: Hospital nossa senhora da Conceição S.A.
- Louie M, Bradin S. (2009). Foreign body ingestion and aspiration. *Pediatric Rev.*
- Mackay M, Vincenten J. (2012). Child Safety Report Card 2012 – Portugal. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe: 2012. Retirado de <http://www.childsafetyeurope.org/report-cards/info/portugal-country-profile-pt.pdf>
- Maroco, J. (2007). Análise estatística com utilização do SPSS (3a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marquez M., Pelegrin C., Martinez M., Mulet O., Hernandez R. (2010) Accidentes en la infancia:una problemática actual en pediatria. Artículo de revision. Editor: Medisan
- Oliveira A, Carreiro E, Casanova C, Monteiro V, Ferreira N, Meireles C. (2006). Acidentes e

- intoxicações: Estudo numa população do norte de Portugal. Editor: Nascer Crescer
- Oliveira L., Martins J. (2011-2012). Elementos estatísticos 2011-2012- Divisão de Estatísticas de Saúde e Monitorização, direção de serviços de informação e análise. Governo de Portugal
Editor: Direção Geral de Saúde.
- Oliveira A., Lopes A., Lisboa J., Campelo D., Marinho C., Araújo A. (2012). Atuação dos professores às crianças em casos de acidentes na escola. Revisão Interdisciplinar UNINOVA- FAPI, Teresina Volume 5, nº3
- Porto J., Gardey A. (2012). Definição de Método. Retirado de [https://definicion .de/método/](https://definicion.de/metodo/)
- Rivara F.,& Grossman D. (2009). Control de las lesiones. Nelson Editor: Elsevier Tratado de Pediatría. Ed. 18a. Barcelona.
- Ribeiro, J., (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo, Editora LDA
- Rocha V., Ferreira N., Pena T, Pereira S, Teixeira S., Vieira L., Cunha J., Quinta I, N Neves S., Lira S. (2007). Aspiration de Corpo Estranho: Um Diagnóstico Sempre a Considerar ; Serviço de pediatria. Centro hospitalar Tamega e Sousa, EPE , Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Gaia/Espinho, EPE Editor: Acta Pediátrica Portuguesa
- Sánchez L., Iglesias J., Rodríguez. A. (2013). Trauma pediátrico en España. Epidemiología, características y prioridades de actuación en el medio prehospitalario. V Volumen XVII, curso V
- Santana P., (2002) Mortalidade evitável em Portugal continental 1989 a 1993, revista de estudos demográficos; Editor: Instituto Nacional de estatística
- Serviço Nacional e Saúde. (s.d.). Promoção e proteção dos direitos das crianças. Guia de Orientações para os profissionais de ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo. Retirado de
- Sethi, D., Racioppi, F., Baumgarten, I., Vida, P. (2006). Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consultado em: <http://www.euro.who.int/>
- Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M., Racioppi F. (2008). European report on child injury prevention. World Health Organization. Consultado em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf
- Sethi D., Mitis F., Racioppi F. (2010). *Preventing Injuries in European Region. From international collaboration to local implementation*. Edição: David Breuer Retirado de [http://www.euro.who.int/](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf)
- Unglert C., Siqueira A., Carvalho G. (1987). Características epidemiológicas dos acidentes na

infância. Editor: Revista de Saúde Pública

United Nations Children's Fund. (1990). A convenção sobre os direitos da criança adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990. Retirado de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

United Nations Children's Fund. (2010). Facts for life (4th ed.). New York: Author. Consultado em: www.factsforlifeglobal.org.

Vega C., Peneque M. (2017). Manual CTO de Enfermeria: Enfermeria pediátrica. CTO Editorial

Vicente R. (2012). Accidentes en niños sistidos por el servicio de emergências sanitárias de Castilla y Leon. Análise cronobiológico de 10933 casos. Departamento de Pediatría, Inmunología, Ginecología, Nutrición-bromatología, psiquiatria e Historia de la ciencia. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid

Vinagre M, (1995). Prevenção da intoxicação não intencional infantil no espaço doméstico: A importância dos factores socio-cognitivos do pais, Instituto superior de psicologia aplicada

World Health Organization. (2005a). Child and Adolescent injury prevention: a global call to action. Consultado em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43279/9241593415_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2005b) *Injuries in the WHO European region: Burden, challenges and policy response*. Retirado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87890/RC55_edoc10.pdf

World Health Organization. (2008). World report on child injury prevention, Geneva: Regional Office for Europe of the World Health Organization. Editores: Margie Peden et al.

World Health Organization. (2016). International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.). Geneva: Author. Retrieved Consultado em: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Consultado em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Anexos

ANEXO I

**Autorização do Concelho de Administração do CHTMAD, após
parecer da Comissão de Ética**



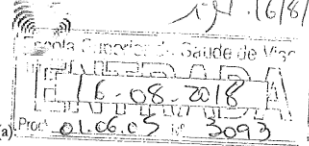
REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Entregue cópia ao SAAD.

16/8/20



Prof. Pereira

Exm^o(a). Senhor(a)

Prof. Dr. Carlos Pereira
Escola Superior de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,
nº 102

3500 - 843 Viseu

ASSUNTO: *Pedido de realização de Estudo/Ensaio Clínico/Projeto de Investigação*

V/ REFERÊNCIA

Após parecer emitido pela Comissão de Ética em reunião de 18.07.2018, o Conselho de Administração em 01.08.2018, autorizou a colheita de dados da aluna Sofia Maria Rodrigues 6º ano de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, sobre "Acidentes em idade pediátrica na região de vila real: Estudo descritivo".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real 06.08.2018

Doc nº. 312/2018 - C.A.

Pel' O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


Júlio Azevedo

Hv

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E

Avenida Noruega, Lordelo | 5000-508 Vila Real

TEL. + 351 259 300 500 FAX + 351 250 300 503 EMAIL. geral@chtmad.min-saude.pt www.chtmad.min-saude.pt