



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Jéssica de Arêa Leão Silva

**O olhar da assistência e das políticas públicas para os acidentes com
crianças no Distrito Federal**

Brasília, 2021

Jéssica de Arêa Leão Silva

**O olhar da assistência e das políticas públicas para os acidentes com
crianças no Distrito Federal**

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de
Governo como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Andrade

Brasília, 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Oswaldo Cruz

S586o Silva, Jéssica de Arêa Leão
O olhar da assistência e das políticas públicas para os acidentes com crianças no Distrito Federal. / Jéssica de Arêa Leão Silva. – Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

90 f. ; il. color. ; graf.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz.
Escola de Governo Fiocruz, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Andrade.

1. Saúde da Criança. 2. Mortalidade Infantil. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Política Pública. Andrade, Bruno. II. Título. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDD 614

Jéssica de Arêa Leão Silva

O olhar da assistência e das políticas públicas para os acidentes com crianças no Distrito Federal.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em 30/09/2021.

BANCA EXAMINADORA

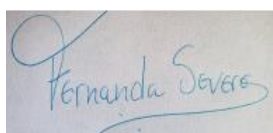


Dr. Bruno Leonardo Alves de Andrade. Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Erica Tatiane da Silva (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)



Dr. José Antonio Iturri de La Mata (Universidade de Brasília - UnB)



Dra. Fernanda Maria Duarte Severo (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)

RESUMO

Acidentes são uma importante causa de mortalidade em crianças e as políticas públicas de proteção sensíveis ao tema para esse grupo etário são incipientes. O estudo tem como objetivo analisar os acidentes com crianças ocorridos no período de 2009 a 2019 no Distrito Federal pelo olhar da assistência de alta complexidade e das políticas públicas desenvolvidas neste período. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quanti-qualitativa que será desenvolvido por meio de pesquisa documental. A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Base (UTIP-HB), onde foi analisado o livro de Admissão e Alta desta unidade e os prontuários dos pacientes vítimas de acidentes. Também foi realizada uma pesquisa em documentos oficiais acerca das políticas públicas relacionadas ao tema. Os dados obtidos foram digitados, categorizados, codificados em planilha Excel (Microsoft Office 2016) na intenção de validá-los. Foi realizada também uma análise de conteúdo dos textos selecionados para o *corpus* de análise a partir do referencial teórico de Bardin. Para o período investigado, as principais vítimas de acidentes foram as do sexo masculino, com idade entre 5 e 9 anos, acometidos por politrauma com traumatismo cranioencefálico grave devido a acidente de trânsito. Tal grupo passou, na maioria dos casos, por procedimento cirúrgico, necessitou de ventilação mecânica e medidas de neuroproteção, ficando até 10 dias internados na UTIP. Evoluíram com instabilidade hemodinâmica, evoluindo para óbito em 21,6% dos casos. Sequelas neurológicas estiveram presentes em 34,61% dos casos após os acidentes. As políticas públicas sobre o tema destacam a prevenção por meio da educação em saúde e a Atenção Básica como orientadora do cuidado e chamam atenção para a necessidade de diferenciação nos casos de violência. Sendo assim, os acidentes de trânsito também devem ser incluídos nas orientações de prevenção a acidentes na infância.

Palavras-chave: Criança; Políticas Públicas; Assistência à saúde, Acidente

ABSTRACT

Accidents are an important cause of mortality in children and public protection policies sensitive to the topic for this age group are incipient. The study aims to analyze accidents with

children that occurred between 2009 and 2019 in the Federal District from the perspective of highly complex care and public policies developed during this period. This is a descriptive, retrospective study with a quantitative-qualitative approach that will be developed through documentary research. The research was carried out in the Pediatric Intensive Care Unit of the

Hospital de Base, where the Admission and Discharge book of this unit and the medical records of accident victims were analyzed. A search was also carried out in official documents about public policies related to the subject. The data obtained were typed, categorized, coded in an Excel spreadsheet (Microsoft Office 2016) with the intention of validating them. A content analysis of the texts selected for the corpus of analysis was also carried out based on Bardin theoretical framework. The main victims of accidents are boys, aged between 5 and 9 years, suffering from multiple trauma with severe traumatic brain injury due to a traffic accident. In most cases, it undergoes a surgical procedure, requires mechanical ventilation and neuroprotection measures, and stays in the PICU for up to 10 days. It evolves with hemodynamic instability, evolving to death in 21.6% of cases. Neurological sequelae are present in 34.61% of them after accidents. Public policies on the subject emphasize prevention through health education and Primary Care as a guide for care and draw attention to the need for differentiation in cases of violence. Traffic accidents should also be included in childhood accident prevention guidelines.

Key words: Child; Public policy; Health care, Accident

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição de idade das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 2. Distribuição do local de residência das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 3. Frequência dos diagnósticos médicos das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 4. Distribuição dos grupos de diagnósticos CID-10 das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 5. Distribuição do setor de origem das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 6. Distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados em crianças atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 7. Distribuição dos procedimentos clínicos realizados nas crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 8. Frequência dos sinais de agravamento do quadro clínico identificados nas crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 9. Tempo de internação na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 10. Distribuição dos locais de destino após alta da UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

Gráfico 11. Distribuição das sequelas identificadas nas crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição de leitos de terapia intensiva neonatal e pediátrica no Distrito Federal

Quadro 2. Diagnósticos da CID 10 – Capítulo XX: Causas Externas de Morbidade e mortalidade

Quadro 3. Organização das variáveis analisadas

Quadro 4. *Corpus* de análise de políticas públicas sobre acidentes com crianças

Quadro 5. Composição da amostra final do estudo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Passo a passo da realização da análise documental

Figura 2. Dimensões da prevenção de queda em crianças

LISTA DE ABREVIATURAS

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados Saúde

CPMI Coordenação de Proteção Materno-Infantil

Cras Centros de Referência da Assistência Social

Creas Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRIH Central de Regulação de Internação Hospitalar

DF Distrito Federal

DNCr Departamento Nacional da Criança

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

ESCS Escola Superior de Ciências da Saúde

ESF Equipes da Estratégia Saúde da Família

HCB Hospital da Criança de Brasília

HMIB Hospital Materno Infantil de Brasília

HRC Hospital Regional de Ceilândia

HRS Hospital Regional de Sobradinho

HRSM Hospital Regional de Santa Maria

HRT Hospital Regional de Taguatinga

HUB Hospital Universitário de Brasília

ICDF Instituto de Cardiologia do Distrito Federal

IGESDF Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

IHBDF Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PAISC Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISMC Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PEP Prontuário Eletrônico do Paciente

RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAM Serviço de Assistência ao Menor

SAMU 192 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES/DF Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidades Básicas de Saúde

UPA 24h Unidades de Pronto Atendimento

USATP Unidade de Suporte Avançado ao Trauma Pediátrico

UTI Unidade de Terapia Intensiva

UTIP Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

UTIP-IHB Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Hospital de Base

Viva Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MARCO TEÓRICO	14
2.1 ACIDENTES COM CRIANÇAS: DA NATURALIZAÇÃO DO ACIDENTE À ELEVADA MORBIMORTALIDADE	14
2.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA: DA PREVENÇÃO DOS ACIDENTES AOS CUIDADOS DE TERAPIA INTENSIVA	17
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS: DA GARANTIA DE DIREITOS À PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES	22
3 OBJETIVO	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4 METODOLOGIA	32
4.1 NATUREZA DO ESTUDO	32
4.2 CAMPO DO ESTUDO	33
4.3 DESENHO DO ESTUDO	34
4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
4.4.1 Definição da população e amostra de pacientes	35
4.4.2 Seleção e análise dos prontuários	37
4.4.3 Definição do <i>corpus</i> de análise das políticas públicas	39
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	41
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 PERFIL DA CRIANÇA VÍTIMA DE ACIDENTE	47
5.2 CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS	50
5.3 HISTÓRIA CLÍNICA DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE ACIDENTE	56
5.4 DESFECHO DA ASSISTÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE DA CRIANÇA	61
5.5 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ACIDENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	67
5.5.1 Categoria 1: A prevenção dos acidentes baseada na educação em saúde	67
5.5.2 Categoria 2: a atenção básica como orientadora da assistência integral à criança	72
5.5.3 Categoria 3: o acidente que é violência	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

Assuntos sobre a população infantil me chamam atenção desde a graduação de enfermagem pela Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia onde participei de grupos de estudos e iniciação científica dentro do tema. Durante a residência em Urgência e Trauma pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS desenvolvi pesquisa intitulada “Paciente pediátrico atendido no Centro de Trauma de um hospital terciário, que abordava o perfil dos pacientes de 0 a 19 anos atendidos no Centro de Trauma do Hospital de Base”.

Minha atuação com este público se consolidou quando após nomeação pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, fui lotada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Base. Neste setor presto assistência de enfermagem às crianças vítimas de acidentes e demais agravos e me chama atenção o impacto (consequências) causado na vida das famílias em decorrência dos acidentes além do fato de serem agravos em sua grande maioria de causas evitáveis.

Acidentes e violências correspondem à terceira causa de óbito na população brasileira, sendo a primeira causa na população de 1 a 49 anos¹ e o Brasil é o quinto país no ranking dos óbitos por acidentes de trânsito². Os acidentes representam 80,2% das internações hospitalares por causas externas e 46,2% dos óbitos por esse grupo de causas, indicando uma morbidade hospitalar 6,4 vezes maior do que a mortalidade³.

Lesões traumáticas decorrentes de acidentes são a principal causa de morte em crianças de zero a 9 anos de idade, sendo o traumatismo craniano a maior causa de incapacidade e morte⁴. As causas externas, sobretudo acidentes de transporte e afogamentos, são as principais causas de mortalidade nas crianças, seguidas por

neoplasias, malformações congênitas e doenças do aparelho respiratório e do sistema nervoso⁵.

Entre 2000 e 2010, observou-se aumento de 61,4% na mortalidade na infância por acidentes de transporte no Brasil, de modo que a maior proporção desses óbitos envolveu veículos automotores⁶. Em 2016, no Distrito Federal, os acidentes de transporte e afogamentos, foram as principais causas de mortalidade em pessoas de 1 a 9 anos, configurando o risco de morrer em 28,8 para cada grupo de 100 mil habitantes desse grupo etário⁷. Estima-se que em 2020, no Brasil, tenha-se um aumento para 22% de acidentes com crianças e adolescentes⁸.

Acidentes e violências são considerados como um dos maiores problemas da saúde pública mundial por sua etiologia multifatorial e ocorrência prevalente na população economicamente ativa bem como em populações mais vulneráveis como as crianças^{1,9,10,11}.

Podem ser tratadas, epidemiologicamente, como uma doença e além do impacto social, provocam importante impacto econômico visto os gastos com assistência médica especializada e a perda de produtividade econômica da vítima^{9,10}.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), os acidentes encontram-se no capítulo XX com o título de Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade. O Ministério da Saúde define como acidente “o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer” capaz de levar ou não a vítima a óbito¹².

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), crianças são aquelas com idade entre 0 e 9 anos e adolescentes aqueles entre 10 anos completos a 19 anos incompletos. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente

(ECA), para termos de lei, a criança é a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquele de 12 a 18 anos de idade¹³.

A literatura aponta para dois tipos de acidentes mais comuns na população pediátrica: os acidentes domésticos e os acidentes de transporte, tendo ambos, causas multifatoriais^{14,15}. Enquanto os acidentes domésticos são mais frequentes os acidentes de transporte são mais graves e provocam mais óbitos e sequelas.

Dentre os acidentes domésticos mais frequentes estão as quedas, os cortes e as queimaduras e acontecem mais com os meninos na primeira infância^{15,16,17,18}. Já os acidentes de transporte, são aqueles que envolvem veículos no momento do acidente e vão de colisões a atropelamentos sendo a primeira causa de mortalidade entre crianças no Brasil e no mundo¹⁵.

Apesar do impacto epidemiológico que representam, os acidentes com crianças no âmbito doméstico podem ser evitados por ações efetivas dos serviços de saúde, principalmente no âmbito da atenção básica¹⁹.

Da mesma maneira, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências com a Linha de Cuidado ao Trauma é responsável pela assistência integral e especializada às crianças vítimas de trauma por acidentes, compondo assim a rede de assistência que abarca desde a prevenção até a recuperação da saúde²⁰.

É importante saber que nem sempre as crianças foram consideradas sujeitos de direito e que por muito tempo a mortalidade infantil e na infância eram alarmantes no Brasil. A mortalidade infantil faz referência a morte de crianças menores de um ano e a mortalidade na infância, as mortes em menores de 5 anos²¹. Dessa forma as primeiras ações de cuidado para com a infância, por parte do governo, visavam justamente a redução da mortalidade nessas faixas etárias.

Apesar do desenvolvimento de programas de saúde da criança desde antes do surgimento do Sistema Único de Saúde, só bem recentemente foi implementada uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. No tocante aos aspectos normativos sobre os acidentes, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é o principal marco para a real inclusão da temática na agenda do setor saúde²². A partir dela foram desenvolvidas portarias e outras políticas para um melhor conhecimento da situação das causas externas no país, bem como estruturação de atuação para o seu enfrentamento.

Vale ressaltar que medidas que impactam diretamente nos acidentes e violências não se limitam a ações no setor saúde. Trata-se de políticas de âmbito intersetorial com grande destaque para o Estatuto da Criança e do Adolescente²³ e medidas de redução de acidentes no trânsito como a Lei da Cadeirinha²⁴ que torna obrigatório o uso de acento especial para as crianças.

Apesar da relevância e da pertinência relativas ao tema, verifica-se que poucos estudos abordam com profundidade as questões relacionadas a acidentes na população infantil¹⁵ que é um grupo etário considerado mais vulnerável. Sendo assim, o presente estudo analisará a temática dos acidentes com crianças pelo olhar da assistência e das políticas públicas voltadas à esta área do conhecimento.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ACIDENTES COM CRIANÇAS: DA NATURALIZAÇÃO DO ACIDENTE À ELEVADA MORBIMORTALIDADE

Em muitos contextos o acidente é considerado como “obra do destino ou do acaso”. A própria palavra acidente traz essa conotação de imprevisibilidade por significar um acontecimento casual, fortuito e inesperado¹⁴.

O Ministério da Saúde adota o termo acidente tendo em vista que é utilizado amplamente e está consagrada pelo uso, mas reitera a necessidade de retirar de seu sentido, as conotações fortuita e causal que lhes são atribuídas e considera que tais eventos são todos, em maior ou menor grau, previsíveis e passíveis de prevenção²².

Estudos sugerem que se utilize os termos injúrias não intencionais ou lesões não intencionais evitáveis em substituição ao termo acidentes na tentativa de anular sua conotação de casualidade e imprevisibilidade²⁵. Na literatura internacional são utilizados os termos “crash” e “injury” neste mesmo sentido²⁶.

Vale ressaltar que os acidentes geram lesões traumáticas que podem ser classificadas conforme sua intencionalidade em lesões traumáticas intencionais ou lesões traumáticas não intencionais. Dentre as lesões intencionais estão as violências sendo elas interpessoais ou autoprovocadas; e dentre as lesões não intencionais os acidentes que ocorrem nos mais diversos locais^{10, 19}.

Quando relacionado à infância, o acidente é encarado como algo comum e aceitável para essa faixa etária, a exemplo das quedas¹⁹, dificultando sua prevenção por questões culturais de considerar acidentes na infância como algo natural.

Devido à sua curiosidade, impulsividade, comportamento exploratório e falta de maturidade para avaliar situações de perigos, inerentes ao processo natural de crescimento e desenvolvimento, a criança se expõe a situações que podem colocar em risco a sua

integridade. Tais situações ocorrem conforme a fase do desenvolvimento da criança, o sexo e a faixa etária, contudo o conhecimento desses fatores fornece condições para que medidas de prevenção sejam adotadas^{14,19}.

Os fatores de risco e de vulnerabilidade para a ocorrência de acidentes são divididos em: intrapessoais, que são relacionados à idade, ao sexo e ao comportamento de risco, este último atribuído a adolescentes; interpessoais, que são relacionados aos cuidados exercidos pela família e ao ambiente doméstico; institucionais, que são relacionados à comunidade, ao bairro, à escola e à urbanização; e fatores culturais, que são aqueles relacionados à sociedade¹⁹.

A maior parte dos estudos sobre acidentes na infância aponta índices superiores a 50% para ocorrência de eventos no domicílio e associam estatisticamente o ambiente doméstico à ocorrência de acidentes com crianças²⁷.

Os acidentes domésticos, caracterizados por eventos ocorridos no lar da criança, são situações complexas, não intencionais e evitáveis em sua maioria^{9,14,15}, sendo que quanto menor a idade da criança, menor sua percepção de risco, maior sua vulnerabilidade e dependência de terceiros em termos de segurança contra acidentes^{15,16}.

Dentre os acidentes domésticos, as quedas são as mais frequentes seguidas de cortes e queimaduras e acontecem mais com as crianças do sexo masculino e na faixa etária predominante de até 5 anos^{14,16,17}.

Os acidentes de transporte são aqueles que envolvem veículos de transporte no momento do acidente e constituem a terceira causa externa mais frequente e é a primeira causa de mortalidade entre crianças de 1 a 9 anos de idade no Brasil e no mundo¹⁴.

No que se refere aos acidentes de trânsito, estudos apontam para lesões mais graves e de maior mortalidade nas crianças com predomínio de politraumatismos e

destaque para o traumatismo crânio-encefálico²⁸. Ressalta-se ainda que a maioria dos acidentes tem como causa os atropelamentos²⁶.

É notório que os fatores socioeconômicos interferem diretamente em vários problemas de saúde e a respeito dos acidentes com crianças os principais deles são a renda familiar, a escolaridade materna, a idade materna, número de filhos, a idade da criança ou adolescentes e seu estágio de desenvolvimento, o sexo masculino, a cor negra, além de fatores relacionados ao comportamento da família, os fatores educacionais, sociais e culturais onde as crianças estão inseridas⁷.

Isso demonstra que o contexto de vida pode ser fator de risco ou proteção para o acidente²⁷. Como fator de risco entende-se as variáveis que aumentam a probabilidade de um indivíduo adquirir/desenvolver determinado agravo ou doença e fatores de proteção aquelas que diminuem o risco.

Dentre os fatores de proteção também chamados de fatores de resiliência estão família estável, afeto, valorização da criança como prioridade, valorização da saúde como prioridade, proteção da criança contra estresses cotidianos, comunicação efetiva, modelos competentes de cuidado, fontes de apoio social, escolas de qualidade, recursos na vizinhança, educação no trânsito, além de medidas de proteção da criança em relação ao ambiente doméstico⁷.

Para além da mortalidade e seus impactos sociais e econômicos, é expressiva a morbidade das lesões não fatais visto o grande número de crianças com sequelas em decorrência dos acidentes^{22,27}. Para este aspecto é possível utilizar o indicador DALYs (*disability-adjustedlifecycleyears*), que são os anos de vida ajustados por incapacidade. Este indicador expressa a carga da doença, correspondendo à somatória dos anos de vida perdidos por mortalidade precoce (em relação a um padrão mundial) aos anos vividos em condições de incapacidade ou deficiência, devido a doenças ou lesões²⁹.

Um indicador de carga da doença, tem sido defendido pelos epidemiologistas como um instrumento relevante para a formulação e a avaliação das políticas de saúde, sobretudo no contexto de maior suscetibilidade das crianças às sequelas incapacitantes devido as diversas lesões advindas de acidentes e violências²⁹.

2.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA: DA PREVENÇÃO DOS ACIDENTES AOS CUIDADOS DE TERAPIA INTENSIVA

Os serviços de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde são organizados de maneira hierarquizada e regionalizada em três níveis de atenção sendo eles atenção básica, de média e alta complexidade.

Da atenção básica fazem parte as unidades básicas de saúde (UBS) e as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo responsáveis pela coordenação do cuidado no território, organizando as ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo principalmente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, mas também o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde¹⁹.

Neste nível de atenção, para a população infantil ocorrem as visitas domiciliares e as consultas de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento deste grupo etário¹⁹.

A grande maioria das situações que envolvem os acidentes e, portanto, as mortes causadas por elas podem ser prevenidas e evitadas^{19,21}.

Nesse sentido são consideradas como causas de mortes evitáveis ou reduzíveis, aquelas que podem ser prevenidas, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Em menores de cinco anos, os acidentes e violências integram o grupo de causas de morte evitáveis que são

reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde³⁰.

Sendo assim, a principal contribuição da atenção básica para o problema de acidentes com crianças é a educação em saúde para a prevenção destes eventos, já que as equipes de saúde estão mais próximas das condições vividas pelas famílias e pela comunidade em que estão inseridos e têm oportunidades únicas durante as visitas domiciliares e consultas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para realizar ações educativas e informativas de como evitar acidentes. É importante que cada profissional aproveite esses momentos para avaliar aspectos relevantes de segurança no ambiente doméstico e de todos os membros da família, utilizando linguagem acessível e sem julgamentos sobre a culpabilidade dos responsáveis pela criança¹⁹.

A média e alta complexidade são compostas pelas maternidades, unidades de pronto atendimento (UPA 24h), hospitais, serviços de urgência e emergência e serviços/unidades especializadas no atendimento das crianças¹⁹.

É preciso saber que os pacientes pediátricos apresentam características anatômicas especiais que produzem um padrão distinto de lesão após um acidente ou trauma de qualquer natureza. Quanto menor a criança, maior proporcionalmente é sua cabeça, facilitando a ocorrência de lesões cerebrais contusas. Por possuir menor massa corporal, menos tecido adiposo, ter maior proximidade entre os órgãos e o esqueleto com calcificação incompleta, a energia transferida durante o evento traumático se dissipa com mais força resultando em lesões mais graves e elevada frequência de fraturas¹⁰. Ademais, por se tratar de injúrias de potencial gravidade o paciente pediátrico vítima de acidentes tem necessidade de assistência de saúde especializada²⁸.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção às Urgências organiza a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com objetivo

de prover a atenção qualificada priorizando as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e de trauma, uma vez que configuram as principais causas de morte no país. Dentre suas diretrizes estão a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências pediátricas relacionadas a causas externas como traumatismos, violências e acidentes²⁰.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar²⁰.

Para atender adequadamente os pacientes vítimas de trauma, visto sua demanda de cuidados especializados, sob a Portaria nº 1366 foram organizados os Centros de Trauma como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com o papel de ser essa referência. Dentre os objetivos dos centros de trauma estão à melhoria do atendimento aos pacientes vítimas de acidentes e violências com conseqüente redução da morbidade e mortalidade; e a universalização e padronização de um modelo de atendimento ao paciente vítima de trauma em todas as suas etapas. Está prevista também a presença de médico pediatra e cirurgião pediátrico quando o hospital for referência no atendimento a esta população³¹.

No Distrito Federal (DF), local de desenvolvimento do estudo, o Hospital de Base foi estabelecido como Centro de Trauma Nível III, sendo referência para todos os demais hospitais da rede por ser um hospital com atuação de equipe multidisciplinar para atendimento ao paciente politraumatizado grave, ser responsável pela formação e capacitação de recursos humanos com educação continuada para atendimento ao trauma,

oferecer exames de tomografia computadorizada e possui leitos em unidade de terapia intensiva (UTI) especializados em trauma e neurocirurgia tanto adultos como pediátricos³².

Ressalta-se que um dos requisitos para habilitação de um centro de trauma é possuir retaguarda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva, regulados na RUE, para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos ou pediátricos, que necessitem dos cuidados de terapia intensiva³².

A UTI é um ambiente de assistência especializada e de concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento de pacientes graves, em estado crítico, mas considerados como recuperáveis³³.

São, portanto, pacientes com necessidade de observação constante, assim como assistência médica e de enfermagem contínua. Nessa perspectiva evidencia-se o papel da UTI como uma unidade fundamental da linha de cuidado ao trauma por oferecer continuidade da assistência especializada ao paciente, contribuindo para sua recuperação com a menor quantidade de sequelas possível³³.

Os leitos de terapia intensiva que atendem a população pediátrica no Distrito Federal estão apresentados no quadro abaixo segundo os dados de leitos de UTI da Rede SES/DF disponíveis no portal da transparência em agosto de 2021³².

Quadro 1. Distribuição de leitos de terapia intensiva neonatal e pediátrica no Distrito Federal

Hospital	Leito neonatal	Leito pediátrico	Leito paciente crônico	Total
IHBDF	2	10	-	12
HMIB	29	12	4	45
HRC	10	-	-	10
HRT	8	5	-	13
HRS	10	-	-	10

HUB	8	-	-	8
HCB	-	48	-	48
ICDF	-	8	-	8
HRSM	20	-	-	20
Hospital Santa Marta	5	5	-	10
Hospital São Francisco	5	-	-	5
Total	97	88	4	189

Fonte: Portal da transparência. Leitos de UTI. Rede SES/DF

É preciso salientar que os leitos neonatais atendem pacientes de 0 a 28 dias de vida e os leitos pediátricos de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas hospitalares internas³³.

Além disso, o Hospital Universitário de Brasília – HUB está inserido na Rede SES DF por meio de contratualização e só oferece serviço de urgência e Emergência em obstetrícia. Os demais serviços são referenciados e ambulatoriais³².

O Hospital da Criança – HCB não presta atendimento de urgência e emergência, ele é hospital de referência especializado em atendimento infantil em diversas subespecialidades pediátricas em regime ambulatorial e de terapia intensiva para essas especialidades³².

O Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF também está inserido na Rede SES DF por contratualização e não oferece serviço de urgência e emergência, os leitos são destinados à internação de pacientes pediátricos após cirurgias cardíacas eletivas. Os hospitais Santa Marta e São Francisco são hospitais da rede particular com leitos contratados pela SES/DF³².

Além da assistência direta à saúde, a rede intersetorial é fundamental para assegurar a saúde e o desenvolvimento saudável da criança dialogando com os sistemas de proteção social, justiça, segurança pública, direitos humanos e com o Ministério Público por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (Cras); Centro de

Referência Especializado de Assistência Social (Creas); Rede de ensino e Conselhos tutelares¹⁹.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS: DA GARANTIA DE DIREITOS À PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES

Para a discussão sobre políticas públicas voltadas à redução dos acidentes com crianças se faz necessário retomar o caminho histórico que a assistência à infância percorreu no Brasil e no mundo, pois, só recentemente as crianças e adolescentes passaram a ser considerados como sujeitos com direitos.

As crianças desde muito tempo eram tratadas como adultos em miniatura sem que fosse dada qualquer atenção às suas necessidades específicas de crescimento e desenvolvimento. Eram consideradas como infantes, que na livre tradução do francês significa “quietinhos”, ou seja, sem voz pelo fato de ainda não possuírem a linguagem bem desenvolvida, sendo tratados como objetos dentro dos lares, envolvidos em jogos ou trabalho. Só no século XVII a criança começa a ocupar espaço no âmbito social, pois é neste período que as famílias demonstraram sentimentos de carinho e amor ao infante³⁴.

À época da colonização do Brasil destaca-se a aculturação imposta às crianças indígenas pelos jesuítas e que as crianças filhas de escravas trabalhavam ou serviam a família do senhor da casa ou eram abandonados para que as mães pudessem ser ama de leite para os filhos das famílias da elite. O abandono também acontecia para as crianças ilegítimas, que eram nascidas fora dos casamentos ou em ocasião da morte dos pais^{34,35}. Para além disso, eram precárias as condições sanitárias e sociais da época, o que colaborava com o processo de adoecimento da população geral e em especial das crianças.

Nesse contexto havia as Rodas ou Rodas dos Enjeitados que eram artefatos cilíndricos com uma abertura interna ou externa quando rodados, fixados nas portas de

instituições de caridade ou hospitais para que os bebês fossem deixados garantindo o anonimato para quem as levava³⁵. Estas crianças eram então entregues às amas de leite. Quando as meninas cresciam eram devolvidas às instituições de caridade para serem encaminhadas às Casas de Recolhimento, onde eram ensinadas as tarefas domésticas e os bons costumes. Os meninos, por sua vez, eram encaminhados às instituições militares ou simplesmente deixados na rua³⁴.

A Proclamação da República e a abolição da escravatura não foram capazes de modificar o comportamento em relação ao tratamento das crianças, pois, estas passaram a servir como mão-de-obra para ajudar com a renda familiar. Os empregadores da época usavam como justificativa a questão de evitar que os menores ficassem à margem da sociedade, caracterizando assim uma forma de proteção³⁶.

Dessa forma é notória a exploração do trabalho de crianças no mundo fabril no fim do século XIX e início do XX. É nesse momento que a noção de infância adquire novo sentido social deixando de ser objeto de interesse e preocupação da família e da Igreja para se tornar uma questão social sob responsabilidade do Estado³⁵.

Ressalta-se que no início dos anos 1900 havia um movimento higienista que discriminava as crianças que foram abandonadas classificando-as como “menores” fazendo ainda diferença daquelas que eram parte da infância concebida como produtiva. Levando em conta essa abordagem o Estado incorporou o debate sobre “salvação da criança” e “regeneração social”, colocando a infância como foco de ações públicas em torno do sistema de proteção ao “menor”³⁵.

Pela primeira vez, em 1920 as autoridades públicas e privadas demonstraram preocupação com o adoecimento infantil, uma vez que se as crianças pequenas ficassem doentes aumentaria o número de faltas entre as trabalhadoras nas indústrias. Por esse motivo iniciou-se a discussão sobre a importância do aleitamento materno como forma

de reduzir o adoecimento infantil para que suas mães cumprissem com a jornada de trabalho. Assim as crianças passaram a ser consideradas dependentes dos trabalhadores das indústrias e recebiam assistência médica de acordo com as propostas acordadas pelos médicos contratados pelos proprietários das indústrias³⁴.

Neste mesmo período realizou-se o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância que culminou na criação de uma agenda sistematizada sobre a proteção social passando então a ser debatido pela sociedade a regulamentação da assistência e proteção aos “menores abandonados”. Como consequência disso foi promulgado o Código de Menores em 1927³⁵.

É importante perceber as duas vertentes políticas sobre a proteção da infância nesse momento. Uma visava o acompanhamento da saúde das crianças e das nutrizes no contexto do trabalho e a outra intervinha no abandono físico e moral das crianças abandonadas institucionalizando-as e reforçando a ideia da necessidade de uma liberdade vigiada aos menores autores de infração penal³⁵.

Entre 1930 e 1940, iniciaram-se os programas específicos de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, haja vista que a Constituição de 1937 previa que a “infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado” cabendo a ele “assegurar-lhes medidas destinadas ao desenvolvimento de suas faculdades”^{34,35}.

Deste período se destacam a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCR), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde com o objetivo criar programas como sobre alimentação, educação e imunização e do Serviço de Assistência ao Menor (SAM) órgão subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e ao Juizado de Menores que tinha a função de atuar juridicamente junto aos “menores”, reiteradamente qualificados como “desvalidos” e “delinquentes”³⁷.

Em 1959, com a Declaração Universal dos Direitos da Criança pela Organização das Nações Unidas (ONU), criou-se o marco pelo qual a infância passou a ser valorizada e a criança considerada, internacionalmente, como pessoa em desenvolvimento, portadora de necessidades especiais e sujeito de direitos, passíveis de proteção legal³⁵.

Paralelamente a isso a discussão sobre acidentes e violências entrou na agenda política na década de 60 versando sobre a violência contra crianças por meio dos primeiros estudos sobre a síndrome do bebê agredido. Pediatras, psiquiatras e demais profissionais de saúde e de assistência social chamaram atenção para os prejuízos ao crescimento e desenvolvimento e à saúde física e mental que a violência proporciona⁶. Vale frisar que o debate sobre acidentes e violências já tinha importância internacional sendo proposto que fossem considerados como um problema de saúde pública³⁸.

Contudo no Brasil, o Golpe Militar desarticulou o movimento de pensadores que propunham um atendimento menos repressivo aos jovens e a proposta de uma Declaração dos Direitos da Criança no Brasil³⁵.

Apesar disso, o Departamento Nacional da Criança (DNCr) foi extinto em 1969 sendo substituído pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) e em 1970 foi criado o Programa Nacional de Proteção Materno-Infantil, com o objetivo de reduzir os indicadores de morbidade e mortalidade entre crianças e mães. Iniciaram então ações com caráter preventivo, porém, pautadas em métodos centralizadores que desconsideravam a diversidade regional existente no país^{34,37}.

Durante a década de 80, em face à crise econômica mundial, a sociedade brasileira se organizava em favor da liberdade e da democracia, o que culminou no fim do regime militar.

Em 1980, o Ministério da Saúde identificou a necessidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças e para isso criou o Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), para que os serviços fossem instruídos a atender as necessidades materno-infantil e resolver seus problemas de saúde. Em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), tendo em vista que o índice de mortalidade infantil era de 87 a cada 1.000 nascidos vivos. Dentre os objetivos do programa estava realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência à criança; promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no 1º ano devida; aumentar os níveis de cobertura vacinal; identificar processos patológicos favorecendo diagnósticos e tratamento em tempo hábil; promover a educação para saúde, destacando a importância da participação da família nas atividades de assistência à criança^{34,37}.

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 227 a 229, foi crucial para redefinir a representação da criança na sociedade, reconhecendo-a como sujeito de direitos e objeto de proteção integral³⁵. Ela serviu de base legal para a criação de políticas importantes para a real consolidação da assistência à saúde na infância.

Foi a partir dela, que em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente²³ (ECA), sob a Lei 8.069, garantindo a proteção integral à criança e ao adolescente. Esta lei define os conceitos de infância e adolescência segundo parâmetros de faixa etária e afirma que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade”, a efetivação dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, a fim de proporcionar a crianças e adolescentes o “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. Nesse mesmo sentido a Lei Orgânica da Saúde³⁹ (nº8.080/90) que deu origem ao SUS, assegura o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as etapas do ciclo de vida.

Também à época, a ONU reuniu-se com representantes de 189 países para a discussão dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015” ficando pactuadas ações em áreas prioritárias no que se refere às condições de saúde, educação e eliminação da extrema pobreza. Assim uma das metas do Brasil era reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade nos anos entre 1990 e 2015³⁷. Desde então as políticas de saúde para a infância giraram em torno de ações que impactem na redução da mortalidade infantil que sempre foi muito acentuada no país focando no incentivo ao aleitamento materno, assistência a doenças prevalentes na infância e garantia de um nascimento seguro, assim como crescimento e desenvolvimento saudáveis^{37,40}.

No tocante a mortalidade infantil e na infância, no Brasil, é importante ressaltar que inicialmente as principais causas de morte giravam em torno de desnutrição, doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias e que com o passar dos tempos outro conjunto de agravos formado por doenças como o câncer e os acidentes e violências classificados como causas externas, passaram a ocupar os primeiros lugares nas causas de morte de crianças de 1 a 9 anos, configurando assim a necessidade de ações de combate voltadas também para essa população⁴¹.

Como política pública entende-se o conjunto de decisões que refletem as intenções de atuação do governo no tocante a um determinado tema. Essas decisões vão orientar o planejamento das ações a fim de resolver um problema por meio de planos, programas e projetos com definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos⁴².

Dessa maneira as políticas públicas em saúde compõem o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população visando a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade nos ambientes sociais e do trabalho⁴³.

Por já ser considerado um problema de saúde, todas as discussões nacionais e internacionais acerca da necessidade de enfrentamento aos acidentes e violências resultaram na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências oficializada pela Portaria n. 737 MS/GM, de 16 de julho de 2001²². Esta política tem sido o principal marco para a real inclusão da temática da violência na agenda do setor saúde.

As diretrizes dessa política englobam a promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas²².

Especificamente em relação as crianças, a política traz que deverão ser utilizadas estratégias como Municípios Saudáveis e Escolas Promotoras de Saúde para a promoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; que buscar-se-á garantir o cumprimento do ECA visando a notificação dos maus-tratos, bem como garantir à assistência e acompanhamento adequados as crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violência doméstica²².

Vale ressaltar que o texto da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências enfatiza as ações de promoção da saúde, mas apresenta diretrizes que sugerem iniciativas individuais, atitudinais e comportamentais das pessoas, comunidades e trabalhadores de saúde, sem prever mudanças mais estruturais da organização do sistema de saúde e demais setores da sociedade⁴⁴.

Estudo aponta que o Brasil é um dos poucos países a ter uma política de saúde especificamente dirigida ao problema social dos acidentes e violências⁶, mas há

incipiência dessas medidas voltadas para a saúde integral da criança⁴⁰, principalmente no que se refere a prevenção de acidentes, haja vista que apesar da introdução da violência como pauta política ter se dado pela proteção às crianças como exposto anteriormente, são poucas as ações específicas para este grupo descritas nas políticas de enfrentamento aos acidentes e violências.

A primeira iniciativa após a formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi um programa de prevenção de acidentes e mortes no trânsito. À época, o foco maior foi na assistência às vítimas de acidentes e violências, tendo sido instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em 2003⁶.

Refletindo a importância epidemiológica dos acidentes e violências, em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das violências (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, entre outros) bem como as faixas etárias mais acometidas¹².

O Viva possui dois componentes. O primeiro deles, o Viva Contínuo é formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou de outras violências interpessoais e autoprovocadas registrada em ficha específica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O segundo, o Viva Inquérito, ocorre sob a modalidade de inquérito em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados, onde são levantadas informações sobre violências e acidentes atendidos nestes serviços englobando a faixa etária de 0 a 9 anos. O Viva inquérito foi realizado inicialmente anualmente (2006-2007) e, a partir de 2007, passou a ser periódico, tendo sido realizado em 2009, 2011, 2014 e 2017¹².

Finalmente em 2015, a partir da Portaria nº 1.130, a infância ganha uma política pública de saúde específica, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança em vários âmbitos com atenção especial à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbidade e mortalidade e um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência⁴⁵.

O quinto eixo estratégico desta política foca na atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz por meio de ações e estratégias da rede de saúde visando organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança articulado a ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes e violências de toda natureza⁴⁵.

Percebe-se que a criança passou por um longo caminho até sua valorização e que apesar da existência de programas específicos que fizeram a mortalidade infantil reduzir com o aumento da implantação de medidas efetivas³⁷, a assistência à infância só recebeu status de política pública de saúde muito recentemente. Nesse sentido é importante que se estude e se entenda cada vez mais as necessidades de cuidado dessa população a fim de reduzir não só a mortalidade de menores de um ano, como também a morbimortalidade de crianças por causas evitáveis como os acidentes de maneira mais expressiva.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os acidentes com crianças ocorridos no período de 2009 a 2019 no Distrito Federal pelo olhar da assistência de alta complexidade e das políticas públicas desenvolvidas acerca do tema.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os acidentes envolvendo crianças atendidas em um serviço de alta complexidade do Distrito Federal
- Identificar os desfechos da assistência prestada às crianças vítimas de acidentes por meio da história clínica da internação em serviço de alta complexidade;
- Investigar as políticas públicas implementadas no Brasil e no Distrito Federal sobre o tema ao longo do período estudado e suas respectivas consequências na atenção à saúde da criança.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa e qualitativa.

Estudos descritivos tem o objetivo de informar sobre as características de um determinado fenômeno, descrevendo-o detalhadamente e analisar sua relação com os demais fenômenos associados a ele⁴⁶. Esse tipo de estudo utiliza técnicas específicas para observar, registrar, analisar e ordenar dados, visando descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos, mas sem interferência do pesquisador⁴⁷. Assim, a pesquisa quantitativa estabelece seus objetivos a partir de dados, indicadores e tendências observáveis, utilizando grandes aglomerados de dados, tornando-os evidentes a partir da sua caracterização por meio de variáveis⁴⁸.

Os estudos descritivos podem partir de dados secundários (dados pré-existent) ou primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo) e investigam como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras⁴⁹.

O termo retrospectivos e refere à temporalidade da coleta dos dados do estudo em relação ao investigador. Desse modo, estudos retrospectivos são realizados a partir de registros do passado que são seguidos daquele momento em diante⁵⁰. Nos estudos retrospectivos todas as informações sobre o fenômeno de interesse (exposição e desfecho) já ocorreram antes do início do estudo⁵¹.

No que se refere ao tipo de abordagem, o olhar quantitativo considera que tudo, incluindo informações e opiniões, pode ser quantificável, ou seja, traduzido em números para que possa ser classificado e analisado e para isso requer o uso de recursos e técnicas

estatísticas como percentagem, média, desvio-padrão e coeficiente de correlação, por exemplo⁴⁷.

Já a abordagem qualitativa entende que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números⁴⁷. Portanto a preocupação é em elucidar o processo pelo qual os sujeitos criam significados e os descrevem⁴⁸. Desse modo a abordagem qualitativa pode colaborar para que haja melhor compreensão de um fenômeno por meio do contexto em que o mesmo está inserido, o que permeia o entendimento, interpretação e compreensão dos sentidos e significações que uma pessoa concede aos fenômenos que estão em análise⁵⁶.

A pesquisa qualitativa tem a capacidade de assimilar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais. Desta forma, entende-se que o fator subjetivo não está vinculado à desqualificação de construção científica, mas pode ser compreendido como parte integrante do fenômeno social como singular⁵⁷.

Entende-se que separadas, ambas as abordagens podem ser insuficientes para compreender toda a realidade investigada, devendo então ser utilizadas de forma complementar para que permitam uma maior clareza sobre as múltiplas faces de um fenômeno⁵¹. A intersecção entre as duas abordagens dá-se o nome de a triangulação metodológica, necessária para aumentar o conhecimento sobre o assunto estudado principalmente no tocante as pesquisas em saúde que abordam questões multifatoriais⁵⁰. Deste modo estudos quantitativos e qualitativos não se apresentam com sentidos antagônicos, mas podem retratar aspectos e particularidades distintos de uma mesma realidade⁵⁸.

4.2 CAMPO DE COLETA

A pesquisa foi realizada tomando como ponto de partida os pacientes pediátricos atendidos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Hospital de Base (UTIP-HB), atualmente sob gestão do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF.

O Hospital de Base do Distrito Federal é referência em traumatologia na região centro-oeste e conta com um Centro de Trauma de nível III.

A UTIP-HB atualmente conta com 12 leitos de terapia intensiva sendo 2 deles leitos neonatais. Há 9 leitos regulados pela Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) que recebem pacientes de todas as regionais de saúde e 4 leitos eletivos. Os leitos da UTIP-HB servem de retaguarda para os pacientes pediátricos provenientes do Centro de Trauma e do centro cirúrgico bem como para pacientes referenciados de outras unidades de saúde.

4.3 DESENHO DO ESTUDO

Para alcançar os objetivos deste estudo foi realizada uma pesquisa documental.

Esse tipo de pesquisa se debruça sobre informações contidas em documentos que não receberam nenhum tratamento científico e por isso se difere da pesquisa bibliográfica. Entende-se por documento qualquer registro que possa ser usado como fonte de informação por meio de investigação como relatórios, reportagens, filmes, fotografias, por exemplo⁵².

Na área da saúde fazem parte o prontuário do paciente, portarias, resoluções, planos de ação, planos municipais de saúde dentre outros⁵³. Estes documentos são os registros que proporcionam informações para o conhecimento acerca do fenômeno a ser estudado bem como o período histórico e social relacionado a ele⁵².

Nessa perspectiva os documentos possuem registros escritos que podem ser utilizados como material de informação sobre o comportamento de indivíduos no intuito de chegar à compreensão das relações interpessoais e situações que validam os períodos de produção e reprodução social, caracterizado como formas de viver. Este tipo de análise também possibilita a transformação de um documento primário (bruto) para um material secundário com representação analítica⁵⁸.

Deste modo, na utilização deste método é imprescindível a avaliação preliminar de cada documento em relação ao contexto histórico e social em que foi elaborado; conhecimento da identidade e dos interesses e dos autores; procedência do documento a fim de verificar sua autenticidade; meios de sua publicação e entendimento do sentido dos termos empregados no documento. A partir disso é possível selecionar os documentos que farão parte da pesquisa⁵³.

4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Por procedimentos metodológicos entende-se a maneira pela qual é realizada a coleta dos dados necessários para a elaboração da pesquisa⁴⁷. Para tanto foi realizada inicialmente busca no livro de Admissão e Alta da UTIP, pesquisa nos prontuários e pesquisa em documentos oficiais a respeito das políticas públicas relacionadas ao tema de interesse.

4.4.1 Definição da população e amostra de pacientes

Fizeram parte da pesquisa pacientes pediátricos vítimas de acidentes atendidos na UTIP-HB entre os anos de 2009 e 2019 registrados no livro de Admissão e Alta da referida unidade. O livro de Admissão e Alta é um instrumento de gestão que é utilizado para registrar os dados de todas as crianças atendidas na UTIP e tem seu preenchimento realizado pelo enfermeiro do setor. Nele constam nome do paciente, data de nascimento, sexo, número de registro no sistema de saúde (SES ou SAME), causa da internação,

unidade de origem, se veio identificado com pulseira ou não, data e hora da alta e local de destino.

Para a constituição da amostra da pesquisa, os critérios de inclusão foram o paciente estar dentro da faixa etária e 0 a 9 anos, 11 meses e 29 dias, ter sido internado na UTIP-HB entre 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2019 vítima de acidente, ter dados de prontuário disponíveis e suficientes para atender os objetivos da pesquisa. Os acidentes de interesse são os contidos nos grupos V01 a V99 – Acidentes de transporte e W00 a X49 - Outras causas externas de traumatismos acidentais, da CID-10 – Capítulo XX: Causas Externas de Morbidade e mortalidade. Foram excluídos do estudo pacientes fora da faixa etária definida e que foram internados por outros agravos de saúde.

Quadro 2. Diagnósticos da CID10 – Capítulo XX: Causas Externas de Morbidade e mortalidade

Grupo	Diagnósticos destacados
V01-V99 Acidentes de transporte	(V01-V09) Pedestre traumatizado em um acidente de transporte
	(V10-V19) Ciclista traumatizado em um acidente de transporte
	(V40-V49) Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte
W00-X59	(W00-W19) Quedas
	(W20-W49) Exposição a forças mecânicas inanimadas
	(W50-W64) Exposição a forças mecânicas animadas
	(W65-W74) Afogamento e submersão acidentais
	(W75-W84) Outros riscos acidentais à respiração

Outras causas externas de traumatismos acidentais	(X00-X09) Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas
	(X10-X19) Contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes
	(X20-X29) Contato com animais e plantas venenosos
	(X40-X49) Envenenamento (intoxicação) acidental e exposição a substâncias nocivas

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4.2 Definição das variáveis analisadas

Após identificação da amostra de pacientes foi realizada a pesquisa no prontuário eletrônico do paciente (PEP) de cada um deles em busca de informações que confirmassem e descrevessem melhor a caracterização da criança, do acidente e suas consequências/desfecho da assistência na UTIP. Para tanto foram destacadas as seguintes informações: SAME/SES, data de nascimento, sexo, data de admissão, procedência da criança, setor de origem do paciente, diagnósticos médicos associados, procedimentos cirúrgicos realizados, procedimentos clínicos realizados, informações que indiquem agravamento do quadro (utilização de drogas vasoativas, morte encefálica), informações que indiquem presença de sequelas (plegia, paresia, amputação de membros, déficit neurológico), data da alta, local de destino.

Estas variáveis foram organizadas em categorias que revelassem informações sobre as características da criança, do acidente em si, da evolução clínica durante a internação na UTIP e do desfecho conforme apresentado no quadro a abaixo.

Quadro 3. Organização das variáveis analisadas

Categoria	Variável	Descrição
Criança	Idade	Baseada na divisão de idade usada pelo MS nas publicações oficiais; Menor de 1 ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos.
	Sexo	Masculino ou feminino
	Procedência da criança	Local de moradia da criança informado no cadastro do PEP.
Acidente	Diagnóstico médico	Resultado da lesão provocada pelo acidente. As lesões nem sempre estão descritas dentro de sua classificação oficial.
	Grupo CID	Descreve o mecanismo do trauma;
	Setor de origem do paciente	Reflete o fluxo de atendimento ao trauma dentro da SES, sendo a UTI como retaguarda do pronto socorro e o Hospital de Base referência em neurocirurgia e trauma.
História clínica	Procedimentos cirúrgicos realizados	Devido a grande variedade de procedimentos cirúrgicos possíveis, optou-se por separar entre os pacientes que não necessitaram, os que necessitaram e os que necessitaram mais de um procedimento cirúrgico.

	Procedimentos clínicos	São inerentes à presença da criança na UTI, destaca-se os procedimentos mais frequentes.
	Sinais de agravamento do quadro	Grande variedade de sinais, destaca-se os mais frequentes
Desfecho	Tempo de internação	Reflete o grau de necessidade do serviço de saúde
	Destino pós alta da UTI	Reflete o fluxo de atendimento, bem como estado da criança após alta da UTI
	Presença de sequelas	Evidencia o grau de morbimortalidade dos acidentes com crianças.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4.3 Definição do *corpus* de análise das políticas públicas

Corpus quer dizer corpo e no contexto acadêmico significa o conjunto de documentos sobre um determinado tema. Para a composição do *corpus* de um estudo é necessária a

seleção de materiais e fontes relevantes para que se fundamente as informações e as mesmas passem a se adequar ao caráter científico⁵⁴.

Para investigar o contexto das políticas públicas foram analisados os textos de políticas, portarias e documentos oficiais disponibilizados em meios eletrônicos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal- SESDF e Ministério da Saúde- MS sobre o tema no período estudado. Para a seleção das políticas foram realizadas buscas com os termos “acidentes”, “violências”, “causas externas”, “criança”, “pediátrico”.

Foram excluídas da composição do *corpus* as políticas que fugiam ao tema e fora do período estudado.

Abaixo segue o *corpus* de análise que foi selecionado.

Quadro 4. *Corpus* de análise de políticas públicas sobre acidentes com crianças

Documento	Fonte/Ano	Proposta
Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências	Ministério da Saúde/ 2010	Documento com o propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências
PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011	Ministério da Saúde/ 2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
Caderno de Atenção Básica nº 33 - Saúde da Criança	Ministério da Saúde/ 2012	Aborda orientações para a organização do processo de trabalho na Atenção Básica
PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015	Ministério da Saúde 2015	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA SES-DF Nº287 DE 02 DE DEZEMBRO DE 2016	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/ 2016	Protocolo de Atenção à Saúde da Criança do Distrito Federal
LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016.	Ministério da Saúde/2016	Marco Legal da Primeira infância. Dispõe sobre as políticas públicas para a

		primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.
PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017	Ministério da Saúde/ 2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos obtidos foram lançados em planilha Excel (Microsoft Office 2016), codificados e categorizados para assim obter frequências, percentuais e médias.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo para investigação dos documentos (textos de políticas, portarias e documentos oficiais selecionados).

Segundo Bardin análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que visa obter indicadores quantitativos ou não, que permitam

a inferências de conhecimentos sobre sua produção, podendo ser utilizada tanto para mensagens faladas e quanto para documentos escritos⁵⁵.

Assim a análise de conteúdo prevê três fases fundamentais sendo elas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados por meio de inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise é realizada a seleção e organização do material que será analisado. É nesta fase que se seleciona o *corpus* que será analisado no estudo. É realizada leitura flutuante dos textos que farão parte do corpus da pesquisa com atenção para os temas que se repetem com muita frequência⁵⁵.

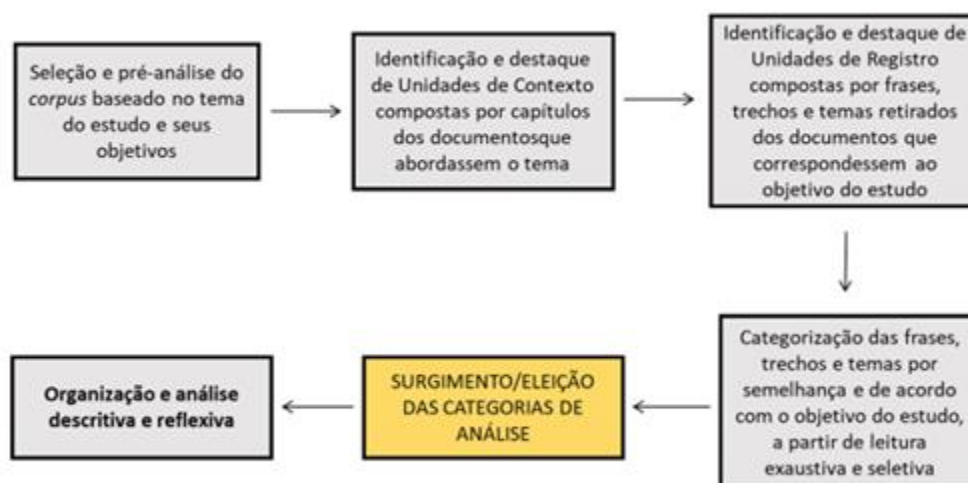
Na segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação que possam ser categorizadas e agrupadas para uma comparação e análise mais detalhadas. Nesta fase são destacadas as unidades de contexto as unidades de registro. As unidades de contexto são formadas por partes ou frações, até mesmo capítulos ou documentos inteiros necessários para se compreender o significado das unidades de registro, ao passo que as unidades de registro se expressam por meio de concepções, afirmações ou temas retirados dos documentos⁵⁷.

As categorias foram eleitas partindo-se da leitura exaustiva dos textos e análise do material buscando responder o objetivo específico que se refere a entender o que as políticas públicas trazem sobre a atenção a saúde da criança no tocante aos acidentes.

Na última fase são realizadas inferências e interpretações sobre os textos. Nesse momento é importante retomar os marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação⁵⁵.

A figura a seguir demonstra o caminho percorrido na análise de conteúdo dos documentos selecionados:

Figura 1. Passo a passo da realização da análise documental



Fonte: Monteiro (2021)⁵⁹

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento da pesquisa foram consideradas as recomendações e os preceitos éticos das Resoluções 466/2012. e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Fiocruz – Brasília sob o parecer de número 4.350.795 e CAAE 38393420.6.0000.8027 e pelo Comitê de Ética do IGES - Hospital de Base, sob o parecer de número 4.674.534 e CAAE 38393420.6.3001.8153.

Considerando-se os objetivos e a metodologia utilizada, este estudo implicou em risco mínimo aos participantes, uma vez que foram utilizados dados secundários e os mesmos são apresentados de modo a não identificar os pacientes envolvidos bem como suas famílias. Além disso, a pesquisadora se propõe a manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Destaca-se como benefícios da pesquisa a possibilidade de observar características que ajudem a entender melhor os aspectos da assistência à saúde das crianças vítimas de acidentes e que o conhecimento gerado instrumentalize a discussão e o planejamento das políticas públicas sensíveis ao tema, fazendo com que as mesmas sejam contextualizadas e voltadas para as reais necessidades de proteção à saúde da população infantil.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos livros de Admissão e Alta da UTIP nos de 2009 a 2019 foi possível observar um total de 3.389 pacientes internados no período. Não foi encontrado nos documentos arquivados da UTIP o registro das internações no ano de 2013 e por esse motivo este ano não fez parte da pesquisa. Desse total de internações, 517 contavam com diagnósticos médicos relacionados a acidentes na admissão e destes, 271 pacientes atenderam os critérios de inclusão e exclusão do estudo em relação a idade e diagnóstico de trauma em decorrência de acidentes. Dos 271 prontuários analisados foram excluídos os que tinham dados insuficientes para atender os objetivos da pesquisa e os prontuários de pacientes que foram vítimas de traumatismos por violência/maus tratos. Foram excluídos também os que não foram encontrados no sistema de prontuário eletrônico. O quadro abaixo resume a composição da amostra final:

Quadro 5. Composição da amostra final do estudo

Amostra	Total
Pacientes potenciais selecionados do livro de admissão e alta da UTIP	271
Não encontrados nos sistemas de PEP – Trakcare e SoulMV	81
Prontuários com dados insuficientes	54
Pacientes excluídos por terem sido vítimas de violência	11
Amostra final	125

Fonte: Elaborado pela autora.

O prontuário eletrônico do paciente (PEP) é uma ferramenta tecnológica que permite o registro de características sociodemográficas e sobre a assistência prestada a um indivíduo ou grupo social, permitindo o compartilhamento dessas informações e a consolidação dos dados relativos aos agravos e à assistência à saúde. Tais informações são utilizadas durante a internação e os atendimentos de saúde do paciente e podem ser

utilizadas também para fins epidemiológicos e científicos, e ainda para o apoio à tomada de decisão, o planejamento de ações e a implementação de políticas^{60,61}.

No âmbito do SUS, a implementação do PEP possibilita o monitoramento da situação de saúde e a gestão financeira dos gastos assistenciais meio da produção facilitada de relatórios, diagnósticos situacionais e estudos epidemiológicos. Apesar de não estar implantado em todos os serviços de saúde do território nacional, existe um esforço do Ministério da Saúde para a sua institucionalização⁶⁰.

As principais vantagens no uso do prontuário eletrônico são o melhor acesso à informação de saúde do paciente e maior segurança desses dados, de modo que sua implantação representa melhoria na qualidade da assistência à saúde pelo melhor gerenciamento dos recursos e pela melhoria de processos administrativos e financeiros⁶².

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal adotou o prontuário eletrônico em 2008 por meio do sistema eletrônico *Trakcare*[®] e em 2009 o sistema passou a ser utilizado no Hospital de Base.

Nos anos 2009, 2010 e 2011 as informações lançadas no *Trakcare*[®] eram muito restritas e limitadas aos registros da regulação de leitos no direcionamento da vaga de UTI. Os registros da assistência à saúde ainda eram feitos de forma manual nos prontuários de papel e o prontuário eletrônico era ainda pouco utilizado na UITP. Dessa forma muitos pacientes foram excluídos do estudo por conter dados insuficientes no prontuário, nesse período.

Em 2012 os registros médicos melhoraram consideravelmente e passou a haver evolução médica matutina, vespertina e noturna com alguns resumos de cada plantão. No entanto, os registros da enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional eram bem sucintos e não sistematizados. Só em 2015 as evoluções de enfermagem passaram a ser padronizadas e mais consistentes, sendo feitas diariamente pelo

enfermeiro. Ressalta-se que o registro da assistência prestada ao paciente é uma obrigação ética e legal de todos os profissionais da saúde⁶³.

Em 2019 o Hospital de Base mudou seu sistema de gestão passando a ser administrado pelo Instituto Hospital de Base e posteriormente pelo Instituto de Gestão Estratégica - IGES. Com isso o hospital adotou o *Soul MV* como sistema interno e os registros da assistência passam a ser feitos nele. Neste ano houve também um período de instabilidade do sistema e muitos pacientes não foram encontrados na plataforma.

As falhas operacionais tanto em hardware como em software são apontadas como uma das grandes desvantagens da utilização de sistemas eletrônicos de prontuários, pois podem tornar as informações indisponíveis por tempo indeterminado e deixar o sistema inoperante por horas ou dias. Além disso aponta-se como outras desvantagens o custo de implantação e a dependência de manutenção do sistema⁶².

Depois de selecionados e analisados, os dados dos 125 prontuários que compuseram a amostra do estudo serão apresentados e discutidos nos tópicos a seguir:

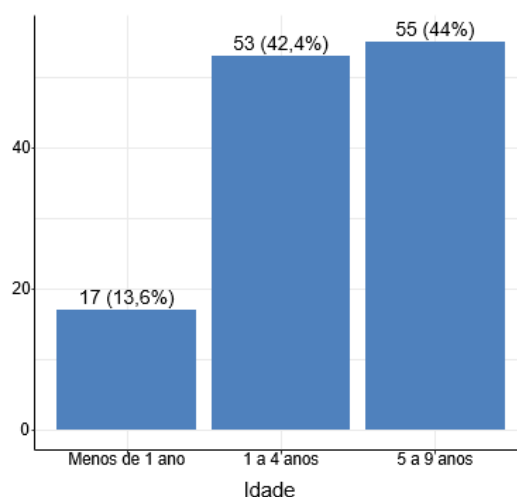
- Perfil da criança vítima de acidente: composto pelas variáveis idade, sexo e procedência da criança;
- Características dos acidentes com crianças: composto pelas variáveis diagnóstico médico, grupo CID e setor de origem do paciente;
- História clínica da assistência à criança vítima de acidente: que apresenta os dados sobre procedimentos cirúrgicos e clínicos realizados além dos sinais de agravamento identificados,
- Desfecho da assistência e consequências à saúde da criança: que apresenta e discute o tempo de internação, destino pós alta e as sequelas identificadas.

5.1 PERFIL DA CRIANÇA VÍTIMA DE ACIDENTE

Este tópico apresenta e discute idade, sexo e procedência da criança.

No presente estudo predominou a faixa etária de escolares – 5 a 9 anos (55 = 44%). Todavia a faixa etária de 1 a 4 anos também apresentou frequência elevada (53 = 42,4%) com pequena diferença da idade predominante. Além disso, crianças menores de 1 ano compuseram a amostra com porcentagem importante de casos (18 = 13,6%). Estes dados são apresentados do gráfico abaixo.

Gráfico 1. Distribuição de idade das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF

O resultado encontrado se assemelha a outros que apontam idade média de 9 anos como a faixa etária mais acometida por acidentes^{4,14,64}. E difere de outro que apresentou média um pouco mais elevada com $10,63 \pm 0,50$ anos⁶⁵. Estudo de Oliveira também relatou menores de um ano como vítimas de acidentes⁶⁴.

Observa-se que os acidentes são comuns na população pediátrica desde a mais tenra idade e se relacionam com o estágio de desenvolvimento da criança levando em

consideração seu comportamento exploratório e sua baixa capacidade de autoproteção^{14,19}.

A criança está predisposta a diversos traumas devido a sua inocente e natural curiosidade e incoordenação motora própria da idade. Nesta faixa etária são naturalmente mais curiosas, propensas a exploração do meio ambiente, incapazes de reconhecer o perigo sendo inábeis para agir de forma segura^{10, 19, 66}. A literatura aponta que menores de 2 anos estão sujeitos a riscos impostos por terceiros como as quedas, pré-escolares e escolares sofrem mais atropelamentos, acidentes por submersão e quedas de lugares altos, por exemplo^{10^{19,28}}. Dessa forma, algumas lesões são mais frequentes em determinadas faixas etárias.

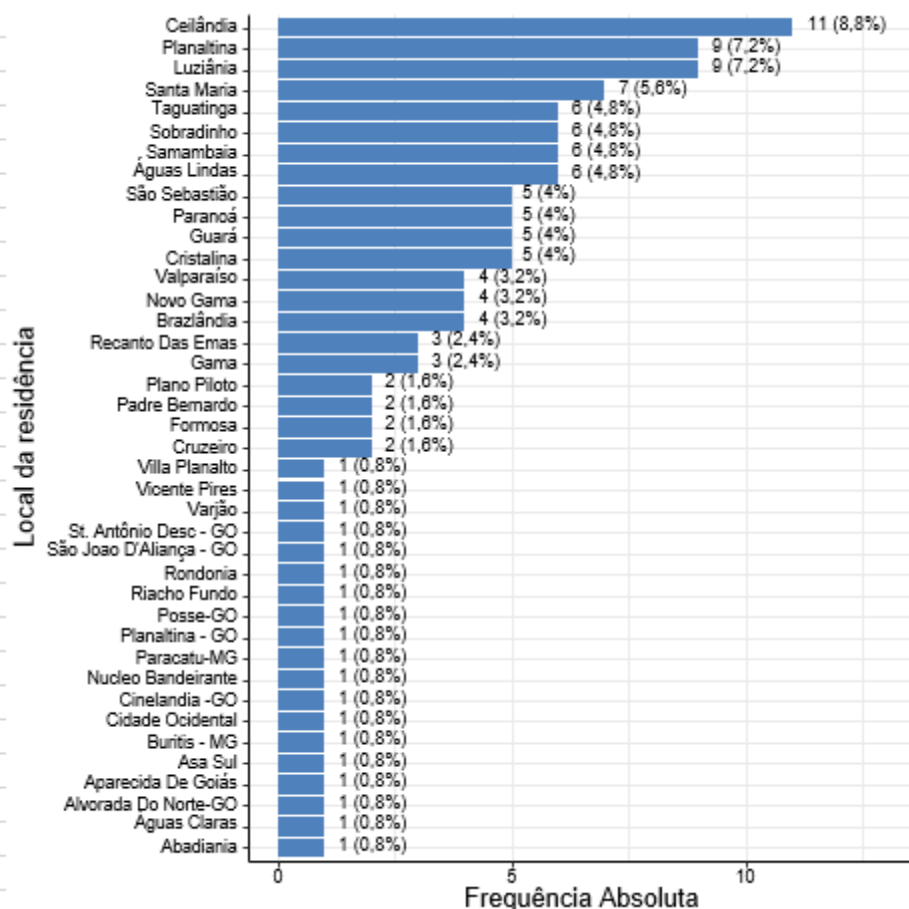
Em relação ao sexo, observou-se 56,8% (71) de crianças do sexo masculino e 43,2% (54) de crianças do sexo feminino. O predomínio do sexo masculino é o mesmo achado observado em diversos estudos sobre acidentes com crianças^{19, 28,64,65}.

A literatura revela que meninos estão mais propensos a sofrer acidentes do que as meninas¹⁹. Tal achado pode ser justificado por fatores culturais, que determinam maior liberdade na criação dos meninos e em contrapartida a maior vigilância sobre as meninas. Esse comportamento acaba por levar os meninos a realizar atividades com menor supervisão direta dos adultos, tendo, então, um maior tempo de exposição a situações que antecedem os acidentes⁶⁷.

Contudo a diferença entre o sexo masculino e o feminino foi menor do que a observada no estudo de Oliveira e no de Guerra, em que o gênero masculino apresentava um percentual médio de 70% em ambos os estudos^{64,65}.

O gráfico abaixo apresenta a distribuição do local de residência das crianças que fizeram parte do estudo.

Gráfico 2. Distribuição do local de residência das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

É possível observar que as crianças possuem residência em diferentes cidades satélites do DF, bem como há grande variedade de locais nos estados de Goiás e Minas Gerais e até mesmo de Rondônia. O local de residência mais frequente foi Ceilândia (11= 8,8%), uma das regiões administrativas mais populosas do DF. Os traumas identificados na Ceilândia foram em decorrência de acidentes de trânsito (8), afogamentos (2) e queda de altura (1).

O Hospital de Base recebe pacientes de diversas regiões do país por conter um Centro de Trauma nível III e ser referência traumas e cirurgias em um raio de 500 km a

sua volta. A grande maioria dos pacientes graves com necessidade de atendimentos de alta complexidade do DF e entorno, sudoeste de Minas Gerais, norte e nordeste de Goiás e sudoeste da Bahia, são automaticamente encaminhados para o HBDF²⁸. Assim sendo, está dentro do esperado tamanha variedade de local de residência das crianças.

É preciso levar em consideração que nem sempre o local da residência é o mesmo local do acidente, tendo em vista que a grande maioria dos acidentes identificados no estudo são acidentes de trânsito que ocorrem em vias públicas, não necessariamente nas proximidades do domicílio da criança. Ademais o local específico do acidente quase nunca é relatado no prontuário dificultando a análise sobre as vulnerabilidades relacionadas a esta variável.

5.2 CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS

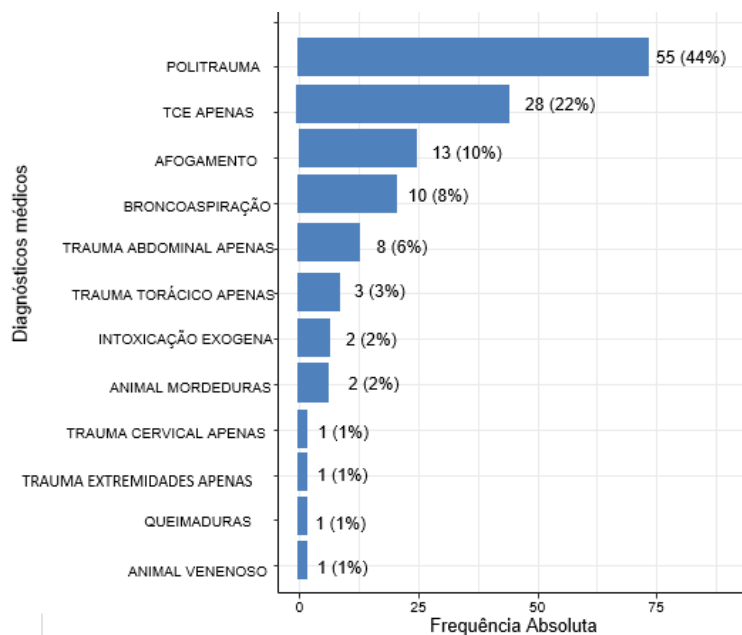
Este tópico apresenta e discute os diagnósticos médicos, grupos de diagnósticos da CID-10 identificados e setor de origem da criança internada na UTIP.

O diagnóstico médico mais frequente identificado foi o politrauma (55 = 44%) seguido do traumatismo cranioencefálico – TCE (28 = 22%) e afogamentos (13 = 10%).

Na população estudada o politrauma com TCE é o mais comum (46), sendo que fazem parte com grande frequência o trauma torácico, trauma abdominal e trauma de extremidades – membros superiores e inferiores. Estudo semelhante dá conta que maioria das vítimas politraumatizadas apresentaram traumatismo cranioencefálico associado a lesões em tórax²⁸.

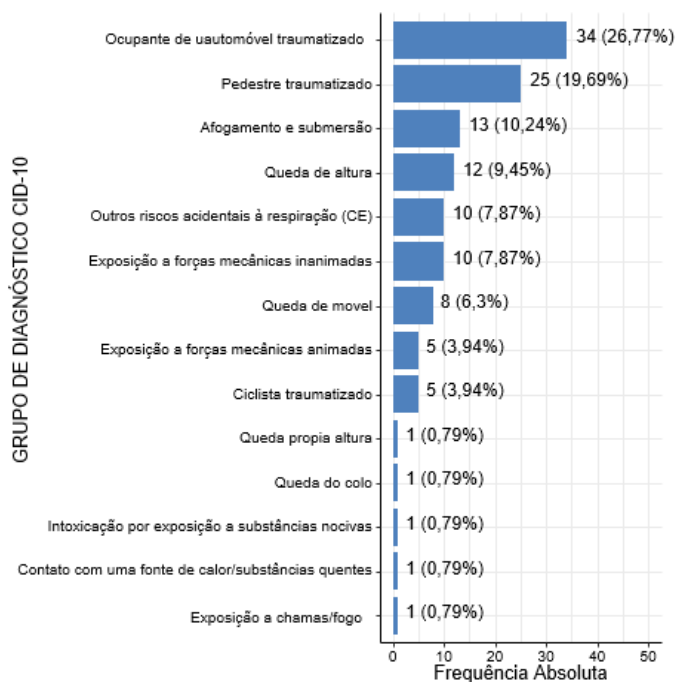
Os gráficos 3 e 4 abaixo mostram a frequência dos diagnósticos médicos e distribuição dos grupos de diagnósticos pela CID-10 encontrados no estudo.

Gráfico 3. Frequência dos diagnósticos médicos das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

Gráfico 4. Distribuição dos grupos de diagnósticos CID-10 das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

Trauma é uma lesão caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico, decorrente da exposição aguda a diversas formas de energia seja ela mecânica, térmica, elétrica, química ou irradiações. Pode afetar superficialmente as partes moles do corpo ou lesar estruturas nobres e profundas do organismo. O politrauma é caracterizado por um conjunto de lesões traumáticas onde pelo menos uma delas pode levar à disfunção ou à falência de órgãos^{10,68}.

Dessa forma o politrauma tem índice de mortalidade elevado em virtude de as lesões afetarem várias regiões do corpo humano, expondo a vítima ao choque consequente de hemorragias não controladas ou lesões cranioencefálicas graves que comprometem o funcionamento de órgãos vitais^{10,28,68}.

O TCE varia em termos de etiologia, gravidade e prognóstico. No Brasil, os acidentes de trânsito representam sua principal causa, seguido pelas quedas e violência urbana, configurando-se como um problema de saúde pública com grande importância e impacto na morbidade e mortalidade da população^{4, 28,69}. Diversos trabalhos revelam que o TCE é a principal causa de morte, déficit permanente e internação em terapia intensiva^{4, 5, 14, 28, 65}.

Com relação à gravidade, a classificação mais utilizada se baseia no nível de consciência de acordo com a Escala de Coma de Glasgow (ECG) mensurada durante o primeiro atendimento. Segundo esta classificação, o TCE é considerado leve se atingir pontuação entre 15 e 13 na escala, moderado se 13 a 9 ou grave se ≤ 8 . Pontuação 8 ou menor na Escala de Glasgow representa lesão cerebral grave, com necessidade de intubação orotraqueal pela perda dos reflexos de proteção da via aérea¹⁰. O TCE grave é o mais frequente no contexto da assistência em UTI, uma vez que demanda cuidados críticos e intensivos com risco potencial de morte^{33, 65}.

Nota-se que a causa de acidente mais frequente na população estudada são os acidentes de trânsito caracterizado pelo ocupante de automóvel traumatizado (34 = 26,77%) seguido de pedestre traumatizado (25= 19,69%). Os afogamentos ocupam o terceiro lugar com 13 casos (10,24%).

Esse resultado corrobora com o encontrado na literatura sobre a grande frequência dos acidentes de trânsito terrestres - ATT como causa de trauma na população pediátrica no Brasil e no mundo^{6,7,15,26,28,65}. Outro estudo mostra que o politrauma foi causado principalmente por acidentes de trânsito⁷⁰, o que foi observado também no presente estudo.

Em 2015 o Brasil foi considerado um dos países com o trânsito mais violento, quando comparado ao de outras nações, sendo as regiões Sudeste e Nordeste as que apresentavam os maiores números absolutos de mortes no trânsito⁷¹.

Sabe-se que as causas dos acidentes de trânsito são multifatoriais e incluem desenvolvimento urbano descontrolado das áreas no entorno da rodovia, condições inadequadas para tráfego de pedestres, como falta de passarela e fluxos veiculares em sentido duplo, más condições das próprias vias, a falta de sinalização e de redutores de velocidade, comportamento inadequado por parte de condutores, como exceder o limite de velocidade, e dirigir embriagado⁷².

A OMS destaca que os seis principais fatores de risco para os acidentes de trânsito são: excesso de velocidade, condução sob efeito de álcool, condução sob efeito de drogas, não uso de capacetes pelos motociclistas, não uso de cintos de segurança e sistemas de retenção de crianças⁷³.

Fatores como esses elevam o número de acidentes e conseqüentemente de óbitos, sendo os países de média e baixa renda, detentores dos valores mais elevados, revelando médias duas vezes maiores quando comparadas aos países de alta renda⁷⁴.

É importante salientar que em relação a população pediátrica a OMS aponta que a utilização de dispositivos de retenção em automóveis reduz em cerca de 60% a probabilidade de morte de crianças em acidentes de trânsito, com incremento nos casos de crianças de até quatro anos de idade⁷³.

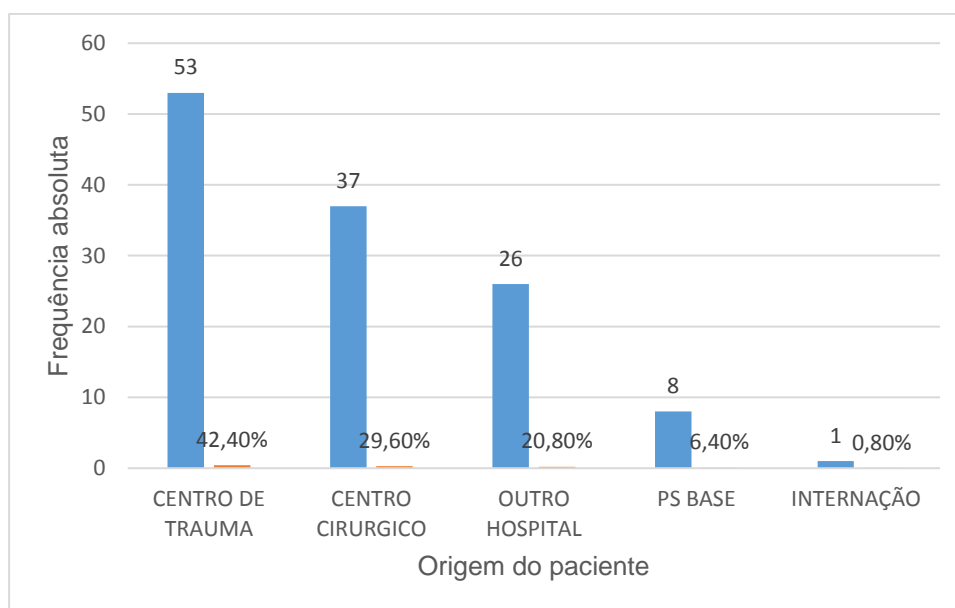
De forma geral, estudos demonstram que o Código de Trânsito Brasileiro (CTB) sob a Lei nº 9.503 / 97, teve papel importante na redução dos acidentes de trânsito desde a sua publicação, mas sua capacidade de transformar a realidade da violência no trânsito se limitada principalmente pela timidez das políticas públicas ao longo do tempo e a quantidade reduzida de ações de fiscalização⁷⁶. O CTB foi atualizado recentemente sob a Lei 14.071/20 ficando estabelecido que crianças com idades entre 7 e 10 anos – ou que tenham menos de 1,45m – devem, obrigatoriamente, ser transportadas no banco traseiro em assento de elevação utilizando o cinto de segurança²⁴.

No Brasil, o efeito do uso de dispositivos de retenção na redução de mortes e mortes de crianças em sinistros de trânsito ainda não foi devidamente explorado, no entanto as pesquisas já realizadas têm indicado a efetividade desses equipamentos. Há uma tendência de queda no número de mortes e, principalmente, no número de internações após a obrigatoriedade dos dispositivos de retenção para crianças de zero a quatro anos no Brasil⁷⁵.

Tamanha importância e gravidade dos ATT que o tema entrou na discussão dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e integra o objetivo 3 - assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos em todas as idades, com o objetivo específico de até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos e reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas⁷⁷.

A respeito do setor de origem do paciente observou-se que a maioria é admitido na UTIP vindo do Centro de Trauma (53= 42,4%) e do Centro Cirúrgico (37 = 29,6%), como apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 5. Distribuição do setor de origem das crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

Identificou-se que é seguido o fluxo correto de atendimento dos pacientes traumatizados, sendo o Centro de Trauma a maior e mais importante porta de entrada desses pacientes no DF.

O Centro de Trauma do HBDF foi inaugurado em 2011, seguindo os padrões internacionais de atendimento ao trauma, com objetivo de oferecer atendimento de referência de forma integral e impactar positivamente os índices de morbimortalidade por traumas. Este setor presta continuidade de cuidado aos usuários que chegam até o hospital através das Unidades de Suporte Móvel às Urgências e do Corpo de Bombeiros, regulados pelas Central de Regulação de Urgências e os que vem por meios próprios representando

a demanda espontânea²⁸. É um centro de referência para todos os demais hospitais da rede por ser uma unidade com atuação de equipe multidisciplinar para atendimento ao paciente politraumatizado grave, ser responsável pela formação e capacitação de recursos humanos com educação continuada para atendimento ao trauma, oferecer exames de tomografia computadorizada e possui leitos em unidade de terapia intensiva (UTI) especializados em trauma e neurocirurgia tanto adultos como pediátricos³².

Vale ressaltar que os Centros de Trauma são estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências com o intuito de melhorar o atendimento aos pacientes vítimas de acidentes e violências com conseqüente redução da morbidade e mortalidade; a universalização e padronização de um modelo de atendimento ao paciente vítima de trauma em todas as suas etapas³¹.

Chama-se atenção ainda ao fato de que pacientes provenientes do centro cirúrgico indicam maior gravidade do quadro clínico pela necessidade de intervenção cirúrgica de emergência. Frequentemente estes pacientes necessitam de internação em unidade de terapia intensiva posteriormente para a continuidade dos cuidados críticos. Por isso um dos requisitos para habilitação de um centro de trauma é possuir retaguarda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos ou pediátricos³².

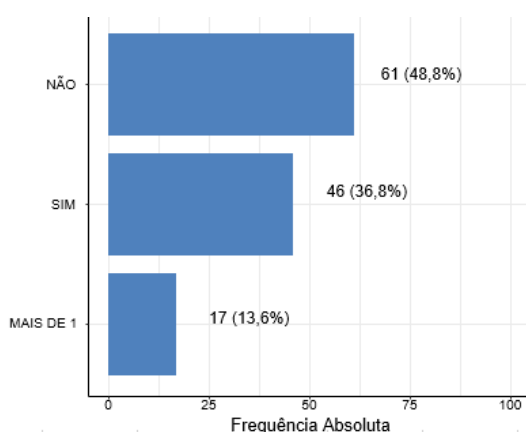
5.3 HISTÓRIA CLÍNICA DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE ACIDENTE

Este tópico aborda e discute os procedimentos cirúrgicos e clínicos a que as crianças foram submetidas bem como os sinais de agravamento e deterioração do quadro clínico identificados.

Na população do presente estudo testemunhou-se a ocorrência de 51,2% (64) de pacientes que necessitaram de procedimentos cirúrgicos (soma dos que tiveram abordagem cirúrgica com os que tiveram mais de uma), durante sua internação após acidente traumático.

A ocorrência de abordagem cirúrgica está relacionada com a gravidade da lesão e o risco iminente de lesão permanente e morte¹⁰.O gráfico 6 apresenta a distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados.

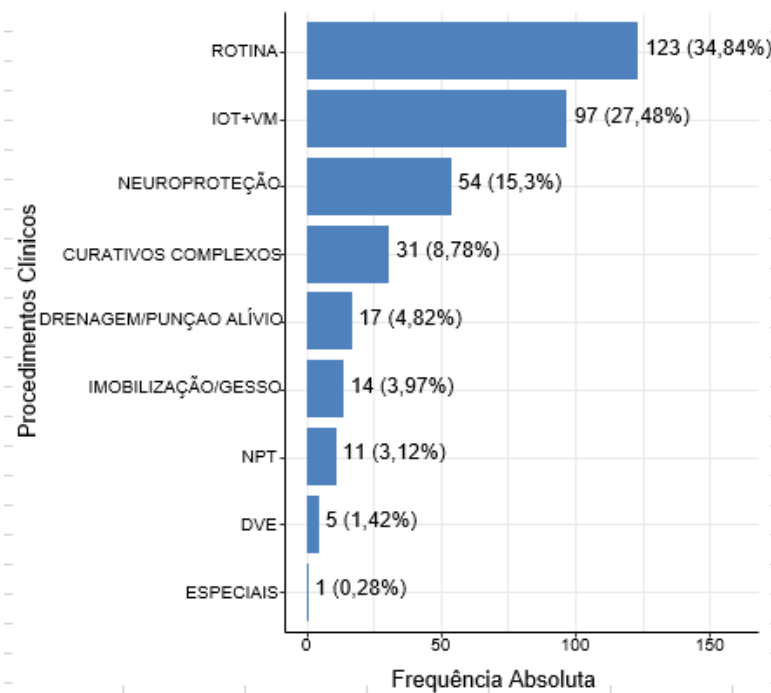
Gráfico 6. Distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados em crianças atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

O gráfico 7 apresenta a distribuição dos procedimentos clínicos realizados.

Gráfico 7. Distribuição dos procedimentos clínicos realizados nas crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

Dentre os procedimentos clínicos de rotina estão os exames de imagem – RX de tomografia computadorizada, que são procedimentos diagnósticos; punção de acesso venoso periférico e central para infusão de medicações; sondagem gástrica, enteral e vesical; trocas de curativos dos dispositivos invasivos; coleta de exames laboratoriais. Estes são os mais frequentes na amostra estudada pois são inerentes à assistência e a realização do tratamento no âmbito da UTIP.

Destaca-se na realização destes procedimentos, a atuação da equipe de enfermagem que presta cuidado em tempo integral à criança e sua família dentro da UTIP, sendo que muitos dos procedimentos citados são atividades privativas do enfermeiro⁷⁸.

A intubação orotraqueal e ventilação mecânica são igualmente frequentes (97 = 27,48%) haja vista TCE grave na grande maioria dos casos investigados. Em pesquisas semelhantes também foi identificada frequência elevada de utilização da ventilação

mecânica⁶⁰. Salienta-se que a ventilação mecânica, na UTIP estudada é de responsabilidade técnica da equipe de fisioterapia.

A necessidade do trabalho da equipe multiprofissional é notória dado a complexidade do cuidado a ser prestado a criança vítima de acidente. Assim sendo, a variedade e complexidade dos procedimentos clínicos e diagnósticos é característica essencial da assistência em UTI^{33, 79}.

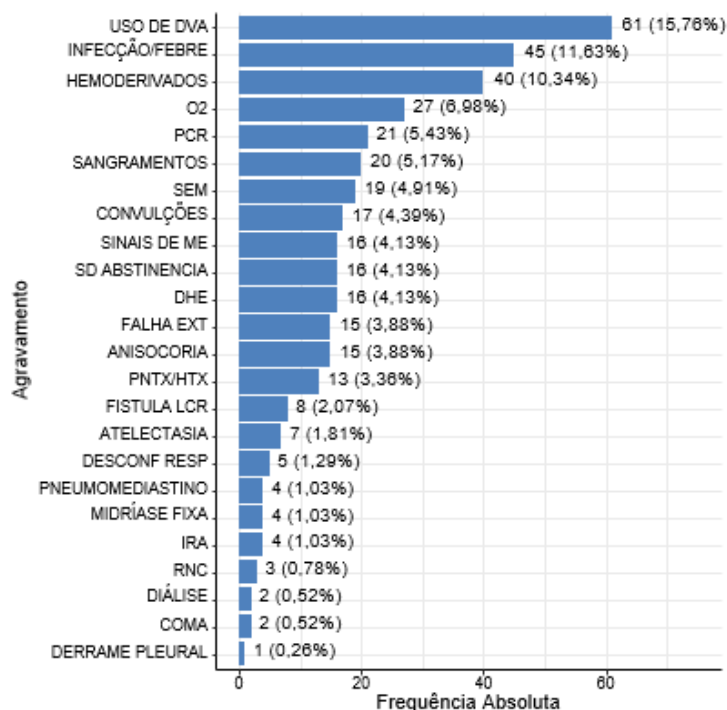
A neuroproteção foi o terceiro cuidado mais frequente (54 = 15,3%). É preciso elucidar que o mecanismo de lesão do TCE é dividido em dois estágios - lesão primária e secundária.

Na lesão primária ocorre o trauma propriamente dito, com lesão tecidual e diminuição do fluxo sanguíneo encefálico e seu metabolismo, nesse estágio não há como realizar uma intervenção, pois está relacionado com a biomecânica do trauma⁸⁰.

Já as lesões secundárias merecem enfoque para sua prevenção, pois a partir do trauma cerebral ocorre o aumento da permeabilidade celular cerebral levando a edema, o que pode acarretar aumento da pressão intracraniana e falhas nas bombas iônicas cerebrais que podem levar a morte celular das regiões afetadas. Logo, quanto mais precocemente se iniciam as medidas de neuroproteção, melhor será o prognóstico do paciente⁸⁰. A essas medidas dá-se o nome de Protocolo de Neuroproteção e é empregado em todas as crianças vítimas de TCE grave na unidade estudada. São medidas que envolvem controle da pressão arterial, temperatura, frequência respiratório e posicionamento do paciente no leito e contam com a atuação da equipe multidisciplinar no intuito de prevenir agravos e melhorar o prognóstico da criança⁸⁰.

O gráfico 8 apresenta a distribuição dos agravamentos identificados.

Gráfico 8. Frequência dos sinais de agravamento do quadro clínico identificados nas crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

Os agravamentos mais frequentes estão relacionados a evolução clínica desfavorável que já é esperada devido ao tipo de lesão grave que os pacientes apresentam, sendo a instabilidade hemodinâmica com necessidade do uso de drogas vasoativas a mais comum (61 = 15,76%). Tanto que apenas 4,9% (19) passaram pela internação na UTIP sem nenhum sinal de deterioração clínica.

Dentre todos os sinais de gravidade destaca-se a evolução do quadro neurológico para a morte encefálica (16 = 4,13%), por ser uma condição extremamente complexa do ponto de vista clínico e cultural. Estudo recente deu conta que dentre os principais motivos de ME estão o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVCH) seguido de Trauma Cranioencefálico (TCE)⁸¹.

A Morte encefálica (ME) é definida como a perda completa e irreversível das funções do córtex e do tronco cerebral, de causa conhecida e constatada de modo indiscutível, caracterizada por coma aperceptivo, com ausência de resposta motora supraespinhal e apneia, definida pela Resolução n° 2.173 do CFM, de 23 de novembro de 2017⁸².

Embora a ME segundo esta definição, seja aceita como morte de uma pessoa como cidadã na maioria dos países, tal conceito ainda não é universal, mesmo em países considerados desenvolvidos, pela observância a princípios morais ou religiosos, próprios da cultura de cada país⁷⁹. Apesar disso, a manutenção do potencial doador deve ser realizada assim que há suspeita de ME com vistas a preservar os órgãos para um possível transplante⁸¹.

5.4 DESFECHO DA ASSISTÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE DA CRIANÇA

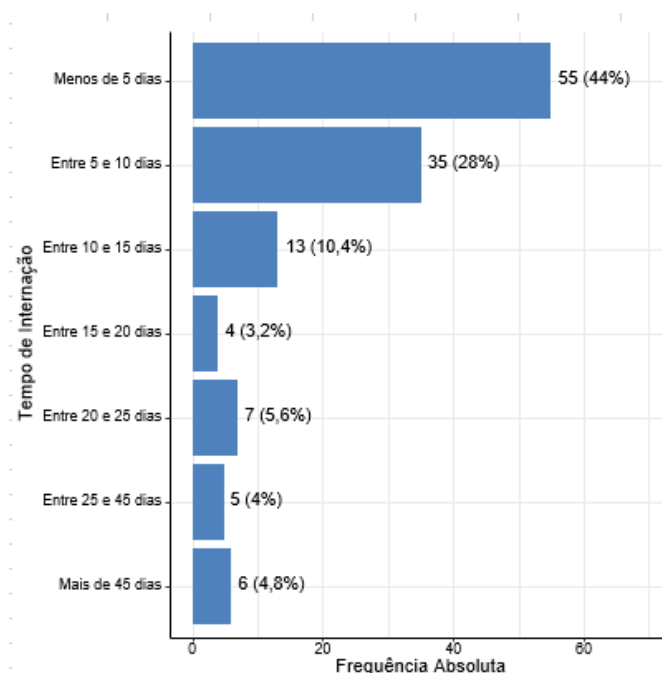
Este tópico aborda e discute o tempo de internação, o destino após a alta da UTIP e a presença de sequelas observadas nas crianças.

No que se refere ao tempo de internação, a maioria das crianças passou menos de 5 dias na UTIP (55 = 44%), seguido de 28% (35) que passaram de 5 a 10 dias. Um percentual de 4,8% (6), tiveram internações muito prolongadas passando mais de 45 dias na UTIP. Este intervalo de tempo de internação de até 10 dias é parecida a estudos com população pediátrica semelhantes^{64, 83}.

A média de tempo de internação de poucos dias pode ser explicada, na amostra estudada, pela gravidade dos pacientes assistidos, que tendem a evoluir para óbito em poucas horas/dias e pela rotatividade dos leitos de UTI, uma vez que após a estabilização clínica os pacientes podem dar seguimento aos tratamentos de saúde em um nível de

complexidade menor como na internação pediátrica. O gráfico seguinte apresenta o tempo de internação

Gráfico 9. Tempo de internação na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

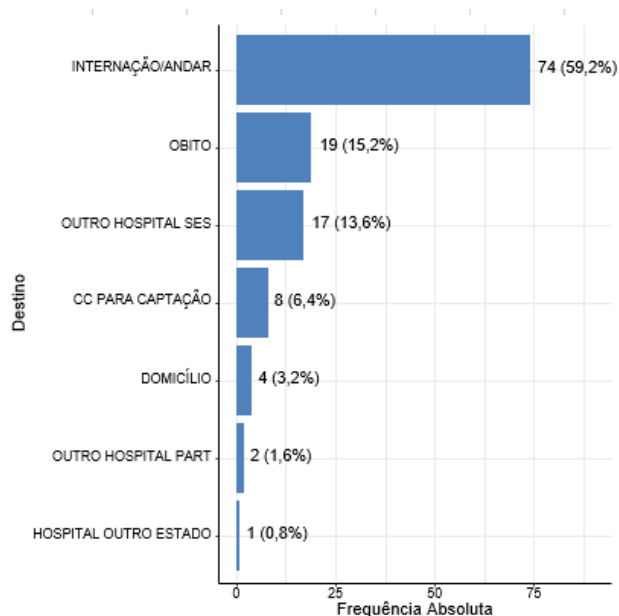
Sobre o destino dos pacientes, temos que a grande maioria 59,2% (74) recebeu alta da UTIP e deu seguimento ao tratamento em unidade de internação pediátrica dentro do Hospital de Base ou outro hospital da rede de saúde. Corroborando com esse dado, estudo recente aponta que a maioria dos pacientes pediátricos evoluiu com alta da unidade de cuidados críticos⁸³.

Do total de crianças estudadas, 15, 2% (19) foram a óbito. Se somarmos os pacientes que foram a óbito com os encaminhados para captação de órgãos, temos que 21,6% (27) das crianças estudadas perderam a vida em virtude de acidentes. Estudo

identificou percentual de óbito parecido com o encontrado na presente pesquisa⁶⁵. Ressalta-se que na pediatria, a lesão por trauma é considerada a principal causa de morte em todo o mundo e, pode trazer inúmeros prejuízos ao desenvolvimento da criança^{1, 4, 5, 14, 28, 84}.

O gráfico 10 apresenta a distribuição do destino das crianças.

Gráfico 10. Distribuição dos locais de destino após alta da UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

O óbito decorrente de traumas apresenta distribuição trimodal, apresentando três picos.

O primeiro pico representa mais da metade de todas as mortes por trauma e constituem as mortes imediatas, que ocorrem nos primeiros minutos até a primeira hora após o evento do trauma, em geral ainda no local do acidente. Em sua maioria não são

evitáveis, pois são decorrentes de grandes lesões de órgãos vitais como lacerações do coração, de grandes vasos, do cérebro, tronco cerebral ou medula espinhal¹⁰.

O segundo pico abrange cerca de 30% das mortes por trauma, ocorrem nas primeiras 04 horas após o trauma e são ditas mortes precoces. São em sua maioria evitáveis mediante diagnóstico precoce e tratamento adequado, pois são secundárias às lesões tratáveis. São decorrentes em geral de causas hemorrágicas, por lesões do sistema respiratório, órgãos abdominais ou sistema nervoso central (hematoma subdural ou extradural), ou de múltiplos traumatismos. O tempo entre a ocorrência do trauma e o diagnóstico e tratamento adequado é primordial para a recuperação do paciente, principalmente na primeira hora, chamada de Golden hour¹⁰.

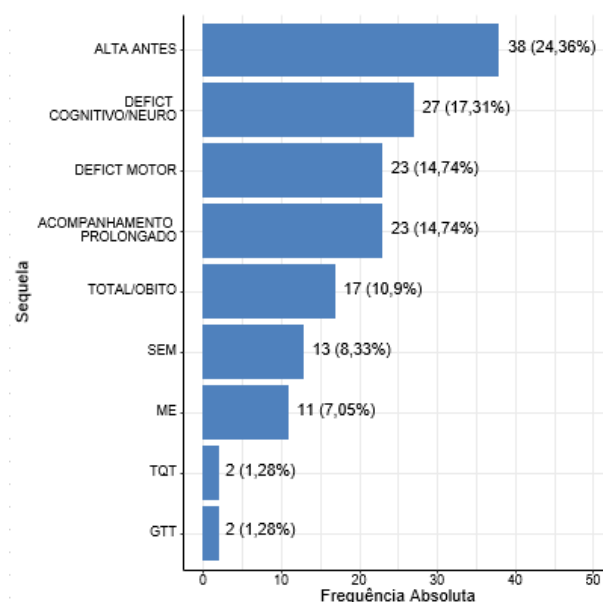
O terceiro pico são as mortes tardias, que ocorrem dias ou até semanas após a ocorrência do evento do trauma. Decorrem em geral em consequência de causas infecciosas e falência de múltiplos órgãos. O diagnóstico precoce e preciso, um tratamento rápido, adequado e efetivo bem como uma assistência integral ao paciente vítima de trauma podem diminuir a taxa de mortalidade, bem como a ocorrência de sequelas ocasionadas pelo trauma¹⁰.

Chama-se atenção para o percentual de 6,4% (8) de pacientes que foram doadores de órgãos após a identificação de morte encefálica.

Atualmente os avanços nas técnicas cirúrgicas e de imunossupressão têm levado os programas de transplante de órgãos e tecidos a níveis expressivos de sucesso no Brasil e no mundo. Contudo, um dos principais fatores limitadores desses programas tem sido a dificuldade de identificar os potenciais doadores. No Brasil, apesar da notificação de ME ser compulsória, de cada oito potenciais doadores de órgãos, apenas um é notificado o que dificulta o processo de doação e transplante⁷⁹.

Como discutido anteriormente os acidentes a que as crianças estão susceptíveis são potencialmente graves com risco real de morte e sequelas definitivas, apresentando uma elevada carga de doença²⁹.O gráfico 11 apresenta a distribuição das sequelas identificadas no presente estudo.

Gráfico 11. Distribuição das sequelas identificadas nas crianças vítimas de acidentes atendidas na UTIP do Hospital de Base/DF, no período de 2009 a 2019



Fonte: IGES/Hospital de Base-DF.

É possível observar que 24,36% (38) das crianças receberam alta da UTIP sem que fossem registradas em prontuário as possíveis sequelas adquiridas das lesões traumáticas sofridas, em decorrência da necessidade de transferência à outros setores. Outras realmente saíram sem nenhum tipo de sequela (13 = 8,33%). Contudo é expressivo o total delas (54 = 34,61%) que apresentaram algum tipo de sequela seja ela neurológica, motora ou que passaram por procedimentos limitantes como traqueostomia e gastrostomia. Destaca-se ainda que 14,74% (23) necessita de acompanhamento

prolongado de saúde sinalizando o grande impacto na vida da criança e da família após o evento traumático.

As pessoas que sobrevivem a um TCE podem ficar com sequelas permanentes incluindo déficits motores, sensoriais, cognitivos, de linguagem, emocionais e/ou comportamentais^{22, 27}. Estudos indicam que cerca de 50 a 75% dos pacientes com TCE apresentam alterações cognitivas e de comportamento. Estas sequelas provocam um grande impacto para o indivíduo, sua família e sociedade^{3, 22, 27, 85}.

Poucos indivíduos após um TCE grave conseguem reassumir suas atividades habituais com independência. Além disso, estudo revela que os efeitos de TCE grave pode prejudicar muito a qualidade de vida do indivíduo⁸⁶.

Pesquisas sobre a questão intelectual em crianças que sofreram TCE relatam índices cognitivos mais baixos nos pacientes com TCE grave quando comparados com pacientes com TCE moderado ou leve. Porém, outro fator importante a ser considerado é a idade na época da lesão. As evidências clínicas demonstram que o TCE em crianças com idade entre 3 e 7 anos provoca maiores sequelas cognitivas quando comparado com TCE em crianças com idade entre 8 e 12 anos⁸⁷.

A literatura aponta que tanto o comprometimento neuropsicológico como a gravidade do déficit variam de acordo com a idade cronológica no momento do trauma, considerando que existe maior vulnerabilidade dos efeitos decorrentes aos danos pós-traumáticos e alterações cognitivas em crianças menores quando comparadas com crianças maiores⁶⁹. Estudos sugerem que embora haja melhora das funções cognitivas após 2 anos do trauma moderado e grave, ainda assim essas funções permanecem prejudicadas⁸⁸.

Autores referem que pacientes com TCE grave têm deficiências na integração social, tendência à depressão, alterações de humor e frequentes sintomas de ansiedade, perda de temperamento, comportamento infantil e baixa tolerância à frustração⁶⁹.

Além das consequências para a vida das crianças, as lesões por trauma na infância representam sofrimentos, culpas e perdas para a família, sendo considerada também um problema de cunho social. Portanto, o trauma na faixa etária pediátrica pode resultar em danos irreversíveis, sejam sociais, físicos ou psicológicos, e podem marcar definitivamente a vida do indivíduo, além da família e da sociedade^{3, 84}.

Frente ao apresentado acima é possível apontar como características da criança vítima de acidente ser menino, com idade entre 5 e 9 anos, acometido por politrauma com traumatismo cranioencefálico grave devido a acidente de trânsito. Passa na maioria dos casos por procedimento cirúrgico, necessita de ventilação mecânica e medidas de neuroproteção, ficando até 10 dias internados na UTIP. Evolui com instabilidade hemodinâmica, evoluindo para óbito em 21,6% dos casos. Sequelas neurológicas estão presentes em 34,61% delas após os acidentes. Fica clara a gravidade das crianças vítimas de acidentes e o grande impacto que estes eventos representam, não só em sua saúde e a qualidade de vida, mas também de sua família como discutido anteriormente.

5.5 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ACIDENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Para refletir sobre as políticas públicas implementadas no Brasil e no Distrito Federal sobre os acidentes com crianças ao longo do período estudado e entender suas respectivas consequências na atenção à saúde da criança foi realizada a análise do *corpus* selecionado para a pesquisa. Desta análise emergiram as seguintes categorias que serão apresentadas e discutidas a seguir em resposta ao terceiro objetivo do estudo:

- **CATEGORIA 1: A prevenção dos acidentes baseada na educação em saúde**
- **CATEGORIA 2: A Atenção Básica como orientadora da assistência integral à criança**
- **CATEGORIA 3: O acidente que é violência**

5.5.1 Categoria 1: A prevenção dos acidentes baseada na educação em saúde

A categoria 1 “**A prevenção dos acidentes baseada na educação em saúde**” aponta que as ações de educação em saúde foram sugeridas em quase todas as políticas estudadas como estratégia de prevenção de acidentes com crianças e referem-se tanto as orientações que devem ser passadas à família a fim de evitar acidentes, como a formação e capacitação dos profissionais de trabalho com o público infantil. Essas ideias se apresentam em trechos como:

“Nesse sentido, deve ser ofertado às crianças e suas famílias ações de educação em saúde em todas as UBS como forma de instrumentalizar a família para o cuidado da criança. (...) Fornecer orientações sobre prevenção de acidentes e bons-tratos”
 – Protocolo de Atenção à Saúde da Criança do DF

“O profissional pode orientar sobre proteção contra acidentes, esclarecendo a respeito de formas seguras de explorar o ambiente e da importância de brincar, estimular a curiosidade e a criatividade” – Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências

“As gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação e formação sobre prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos”. – Marco Legal da Primeira Infância

“Os profissionais da Atenção Básica, por manterem um contato mais próximo com as comunidades nas quais trabalham, especialmente com as crianças e suas famílias, têm oportunidades únicas durante as visitas domiciliares para realizar ações educativas de como evitar e prevenir acidentes” – Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança

“As políticas para a primeira infância serão articuladas com as instituições de formação profissional, visando à adequação dos cursos às características e necessidades das crianças e à formação de profissionais qualificados, para possibilitar a expansão com qualidade dos diversos serviços” – Marco Legal da Primeira Infância

Entende-se por prevenção todo ato que impacta na redução da mortalidade e morbidade dos indivíduos. Assim, identificar fatores de risco implica antecipar doenças e agravos futuros em pessoas ainda saudáveis, o que tem tido prioridade na saúde pública da atualidade⁸⁹.

Ressalta-se que causas de mortes evitáveis ou reduzíveis, são aquelas que podem ser prevenidas, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde. Em crianças menores de cinco anos, os acidentes e violências integram o grupo de causas de

morte evitáveis que são reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde³⁰.

A prevenção pode ser realizada em distintos níveis de cuidados, destacando-se a prevenção primária, que é aquela que impede a ocorrência da doença antes de seu aparecimento e a prevenção secundária, que é a intervenção que detém ou retarda a progressão ou sequelas da doença ou agravo⁸⁹. Destaca-se para o presente estudo que a prevenção primária é sugerida pelas políticas analisadas como ação fundamental na atenção básica e a prevenção secundária é realizada a nível de atenção especializada na UTI pediátrica, campo avaliação da assistência aos acidentes com crianças.

Os acidentes são o resultado de um processo cuja cadeia causal pode ser antecipada, de modo que é fundamental a identificação de fatores de risco a fim de propor ações possíveis e viáveis de prevenção dentro de cada contexto vivenciado pelas crianças^{19,21}. Um exemplo das dimensões da prevenção dos acidentes é apresentado na figura abaixo adaptada do Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança.

Figura 2. Dimensões da prevenção de queda em crianças

Fases	Criança	Agente causador	Ambiente físico	Ambiente socioeconômico
		Aberturas e vãos desprotegidos	Residência	Comunidade
Antes da queda	Orientar a criança para não se pendurar em janelas	Manter as janelas protegidas com redes ou grades	Impedir o acesso da criança à janela	Orientar a família para não instalar móveis junto às janelas e providenciar a instalação de barreiras de acesso a janelas, escadas e sacadas.
Durante a queda ou imediatamente depois	Prestar os primeiros socorros	Diminuir o risco de nova queda pela retirada de móveis de perto das janelas e pela instalação de barreiras	Instalar barreiras de proteção	Ensinar normas de primeiros socorros à comunidade. Elaborar normas que regulamentem a instalação mandatória de barreiras de acesso a aberturas e vãos.
Depois da queda	Providenciar o atendimento necessário	Avaliar a qualidade da instalação do equipamento de proteção	Construir moradias com proteção incluída	Facilitar o acesso ao atendimento pós-queda e o acompanhamento da família envolvida.

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica, nº33

É importante ressaltar que as intervenções e orientações precisam ser coerentes com o contexto de vida das populações a que se destinam, uma vez que a estrutura familiar e suas condições socioeconômicas são cruciais para a presença de fatores de risco ou resiliência no tocante aos acidentes com crianças. Este trecho da PNAB destaca essa percepção:

“São ações da atenção básica realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público” – Política Nacional de Atenção Básica

Educação em saúde pode ser entendida como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que atravessa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar as pessoas para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem em sua qualidade de vida⁹⁰.

É mais que transmitir informações de saúde com base no conhecimento científico. É prática que precisa ser desenvolvida através de um diálogo participativo e com troca de conhecimento, valorizando os saberes, a cultura, os valores e a compreensão prévia dos indivíduos⁹¹. Isso deve ser levado em consideração no exemplo de prevenção de queda apresentado anteriormente, em que as orientações de mudanças no ambiente doméstico devem ser dadas em consonância com as possibilidades e nível de entendimento da família.

É válido ressaltar que quando a educação em saúde deixa de ter um cateter de prescrição de normas e se desvincula da doença como foco de cuidado, ela passa a ser considerada uma ação de promoção da saúde com potencial para ser um importante transformador de estilos de vida⁹⁰. Nesse sentido a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo⁹².

Para ademais, as práticas de educação são inerentes ao trabalho em saúde, fazendo parte do cotidiano dos profissionais da saúde em todos os níveis de atuação. À vista disso a preocupação com a formação profissional e a educação permanente em saúde formalizam a maneira de buscar preencher nas lacunas de conhecimento dos profissionais com ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real⁹¹.

5.5.2 Categoria 2: A Atenção Básica como orientadora da Assistência Integral à Criança

A categoria 2 “**A Atenção Básica como orientadora da assistência integral à criança**” reflete a interdependência dos três níveis de atenção e a importância da atenção básica na assistência à criança. Esse entendimento é evidenciado nos trechos:

“A Linha de Cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes”. – Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências

“O atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do

SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade”. – Política Nacional de Atenção às Urgências

“A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território”. - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

“Tais serviços devem ser vistos como um conjunto contínuo e integrado de ações e equipamentos voltados para a promoção, prevenção e proteção da saúde da criança e de sua família, buscando-se a integralidade da abordagem e do atendimento. Dessa forma, a atenção à saúde da criança na APS representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população”. – Protocolo de Atenção à Saúde da Criança do Distrito Federal

“Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB”. – Política Nacional de Atenção Básica

O SUS adota um sistema público e universal de saúde com vistas a garantir atendimento integral sem nenhuma distinção à população e se organiza em níveis de atenção sendo eles a atenção básica ou atenção primária, atenção em média e alta complexidade.

Na Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a linha de ação prioritária na organização, expansão e qualificação deste nível de atenção, por reorientar o processo de trabalho em saúde e ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde dos indivíduos e coletividades⁹³.

A implementação da ESF e o fortalecimento da AB ao longo dos anos, melhorou os resultados da assistência em saúde com a queda da mortalidade infantil em todas as regiões do país, reduziu desigualdades sociais e regionais, aumentou o acesso aos serviços de saúde, reduziu de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, beneficiando populações mais vulneráveis, sendo reconhecida internacionalmente como política de saúde exitosa⁹⁴.

Isso foi possível pelas inovações adotadas no modelo de financiamento do sistema de saúde, com o incentivo a descentralização e remuneração específica para a Atenção Básica. São exemplos que fazem parte desse processo a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) em seus dois componentes – fixo e variável, o acréscimo ao PAB variável para os municípios que implantassem a ESF e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade (PMAQ), vinculando recursos ao PAB variável associados à avaliação de desempenho das equipes de ESF⁹⁵.

Apesar dos avanços importantes na melhoria da assistência à saúde, o fortalecimento da AB não se deu de maneira hegemônica no país e encontrou entraves frente as fragilidades estruturais nos municípios. Somado a isso as alterações no contexto econômico e político nacionais resultaram na emenda constitucional de 2016 que limitou o crescimento de gastos federais ao reajuste inflacionário por 20 anos⁹⁵.

Nesse cenário de restrição orçamentária, a PANB foi revisada e em 2017 a nova versão da política flexibilizou a composição de equipes de ESF, reduzindo os requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território, o que sem dúvidas representa um empobrecimento na assistência à saúde brasileira.

Somado a isso, mais recentemente, o programa Brasil Previne mudou a forma de financiamento da AB, introduzindo instrumentos de gestão como capitação – baseado no número de pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família e pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos, como critérios para o cálculo de transferências de recursos intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes num município⁹⁶.

As mudanças orçamentárias na AB e suas consequências futuras para a saúde brasileira são um ponto que merecem discussão a parte deste estudo, contudo tendo em vista a possibilidade de enfraquecimento deste nível de atenção no qual a assistência e proteção à saúde da criança está pautada, a preocupação é inevitável. Vale ressaltar que é na Atenção Básica que as ações de educação em saúde para a prevenção de acidentes são realizadas, bem como ações para promoção da saúde infantil, como discutido na categoria anterior.

5.5.3 Categoria 3: O acidente que é violência

A categoria 3 “**O acidente que é violência**” aborda a conexão entre os temas acidentes e violências nos textos das políticas públicas e chama atenção para a importância de diferenciar os acidentes – lesões não intencionais – de violência física e negligência contra a criança. Essa concepção se apresenta nos trechos:

“De acordo com o tipo de instrumento utilizado, intensidade, local do trauma e distribuição da lesão, é possível identificar sinais gerais e específicos dos traumas secundários à violência física”. - Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências

“O atraso na procura de atendimento ao trauma deve ser interpretado como um sinal, no mínimo, de negligência e/ou de tentativa de ocultação da violência”. - Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências

“Atenção para lesões ditas como “acidentais” não compatíveis com a idade ou desenvolvimento psicomotor da criança”. - Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências

“Atenção para as lesões não justificáveis pelo acidente relatado”.
- Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança

“Ficar atento a situações sugestivas de maus-tratos (os casos suspeitos/confirmados deverão ser notificados”. - Protocolo de Atenção à Saúde da Criança do Distrito Federal

“As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica: realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território”. - Política Nacional de Atenção Básica

Destaca-se que foram excluídos 11 pacientes da amostra do estudo por apresentarem traumas por violência/ maus tratos. Na prática clínica, a distinção entre acidente e violência é pautada na investigação minuciosa das lesões apresentadas pelas crianças. Lesões em diferentes estágios de cicatrização, marcas de fraturas antigas ou múltiplas, hemorragia na retina, bem como relato apresentado pela família que não corresponde ou não explica as lesões apresentadas nas crianças são fortes indicativos de violência.

É válido lembrar que a preocupação com a violência com crianças colocou o assunto em discussão na agenda política da saúde ainda na década de 60, quando passou-se a observar e estudar a síndrome do bebê sacudido. Os pediatras, psiquiatras e demais profissionais de saúde e de assistência social já chamavam atenção, àquela época, para os prejuízos ao crescimento e desenvolvimento e à saúde física e mental que a violência proporciona⁶

Os temas acidentes e violências aparecem frequentemente associados nos textos das políticas por terem causas intimamente associadas. Fazem parte delas as condições socioeconômicas da família, a renda, a quantidade de filhos, as condições e local de moradia, e acesso aos serviços de saúde^{14,19}. Integram também o mesmo grupo de doenças na Classificação Internacional de Doenças – CID-10.

No tocante à população pediátrica algumas vezes é difícil identificar a violência. Há uma linha tênue entre lesões provocadas como forma de castigo e a violência física propriamente dita, por exemplo. Assim como aceitar como natural as quedas em crianças, pode conter um traço de negligência.

É especialmente importante proteger a integridade física, psicológica e emocional da criança devido a vulnerabilidade que seu estágio de vida lhe imprime. Os adultos que a cercam, é que são responsáveis por garantir com absoluta prioridade seu direito à vida e à saúde além de colocá-las a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, como afirma o art. 227 da Constituição Federal de 1988 e o ECA^{23,35}.

No sentido da proteção da criança quanto mais cedo se inicia a prevenção da violência, maiores são as chances de proteger os membros da família deste problema. Desde o pré-natal, é possível uma atuação preventiva, através da formação de vínculos afetivos, trabalhando a aceitação de gravidez não planejada ou em decorrência de violência e as expectativas em relação ao bebê com a mãe, o pai e os familiares⁹⁷.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências também enfatiza a prevenção e promoção da saúde como forma de abordagem sobre os acidentes e violências contra crianças com a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis. Especificamente em relação as crianças, a política orienta que deverão ser utilizadas estratégias como Municípios Saudáveis e Escolas Promotoras de

Saúde para a promoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; que buscar-se-á garantir o cumprimento do ECA visando a notificação dos maus-tratos, bem como garantir à assistência e acompanhamento adequados as crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violência doméstica²².

Devido a importância epidemiológica dos acidentes e violências, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) em seu componente Viva Contínuo é realiza a vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou de outras violências interpessoais e autoprovocadas através do registro em ficha específica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)¹². É através do Viva que é possível identificar que há mais notificação de violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo feminino, ao passo que a violência física ocorre mais entre os adolescentes do sexo masculino e a partir disso conseguir promover intervenções de saúde efetivas⁹⁷.

Destaca-se que todas as violências passaram a fazer parte da Lista Nacional das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória desde a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Assim a notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência é obrigatória/compulsória a todos os profissionais de saúde de instituições públicas ou privada.

As políticas públicas estudadas destacam a prevenção por meio da educação em saúde e a Atenção Básica como orientadora do cuidado as crianças no tocante aos acidentes e chamam atenção para a necessidade de diferenciação nos casos de violência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É nítida a agravação das crianças vítimas de acidentes e o grande impacto que estes eventos representam na sociedade, bem como a preocupação com a prevenção dos acidentes na infância presente nas políticas públicas estudadas. Nesse sentido, a educação em saúde é a principal ferramenta indicada para evitar tais circunstâncias.

As ações de prevenção primária indicadas nestas políticas abordam, majoritariamente, o âmbito familiar e doméstico que de fato são o local onde mais ocorrem os acidentes com crianças como apontadas na literatura. Contudo, o perfil da mortalidade em menores de 9 anos vem se modificando com o passar do tempo e, atualmente, os acidentes de trânsito ocupam lugar de destaque e o que se percebe é que as políticas não acompanharam esta evolução no tocante as ações de prevenção sensíveis a atenção básica.

Em que se pese, poder fazer uma comparação com estudo anterior desenvolvido por mim⁹⁸ no Centro de Trauma do Hospital de Base também com crianças vítimas de acidentes, foi possível identificar que no pronto socorro os acidentes mais frequentes são as quedas ocorridas em vias públicas, domicílio e escola, que geram traumas leves sem necessidade de internação, apenas observação clínica por algumas horas.

Ou seja, nas crianças que frequentaram este mesmo hospital, as quedas são muito mais frequentes e potencialmente menos graves, em contrapartida, os acidentes de trânsito são expressivamente mais graves e com elevada morbidade como apresentado no presente trabalho.

Portanto, o que se entende é que os acidentes de trânsito também devam fazer parte dos temas incluídos nas orientações de prevenção a acidentes na infância. Como já discutido, é na atenção básica que, principalmente na infância, as equipes de saúde estão mais próximas das condições vividas pelas famílias e pela comunidade e têm

oportunidades ímpares para realizar ações educativas e informativas, com a chance de representar real mudança no estilo de vida delas.

A educação no trânsito é item obrigatório na formação dos condutores de veículos, mas é de extrema importância destacar que os não condutores também fazem parte e estão presentes no trânsito, de modo que necessitam igualmente de orientações que os protejam. Dessa forma, o uso de dispositivos de retenção para transporte de crianças em veículos, por exemplo, deve ser apresentado e discutido por toda a população.

Não que a educação em saúde, dê conta por si só da prevenção dos acidentes de transporte, visto ser um problema multifatorial que necessita de intervenções de políticas intersetoriais, mas as ações da Atenção Básica, bem como as políticas públicas, devem acompanhar as necessidades de saúde da população levando em consideração as mudanças que a sociedade apresenta ao longo do tempo. Ademais, não se pode perder de vista a proteção das crianças contra violência que tem consequências tão devastadoras quanto os acidentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- 2 Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Diretoria de Saúde e Assistência ao Estudante. Gerência de Saúde do Estudante. Boletim GSE. 2 ed Brasília; 2018.
- 3 Minayo MCS et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018;23(6).
- 4 Costa ACPJ et al. Prevenção de acidentes em crianças e adolescentes na estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ* 2015 nov; 23(5):668-673.
- 5 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 04. Vol 51. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
- 6 Barcelos RS, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJD, Barros FC, França GVA et al. Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(2).
- 7 Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Relatório epidemiológico sobre mortalidade geral Distrito Federal. Brasília; 2016.
- 8 Governo do Distrito Federal. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Agravos e Doenças não transmissíveis. Boletim epidemiológico Acidentes nº. 01. Brasília; 2016.
- 9 Matos KF; Martins CBG. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. *Rev Espaço para a saúde.* 2013; 14(1-2):82-93.
- 10 National Association of Emergency Medical Technicians. Atendimento pré-hospitalar ao politraumatizado. PHTLS. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
- 11 Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e

- Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 13 Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *AdolescSaude*. 2005;2(2):6-7.
 - 14 Costa ACPJ et al. Prevenção de acidentes em crianças e adolescentes na estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ* 2015 nov;23(5):668-673.
 - 15 Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ et al. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. *Ciênc. saúde coletiva* 2016 Dez; 21(12): 3729-3744.
 - 16 Rodrigues CL, Armond JE, Iamarino APM, Santos ACG, Armond RE, Grios C. Análise das notificações de acidentes pediátricos na cidade de São Paulo. *Rev. Aten. Saúde São Caetano do Sul* 2017 jan./mar;15(51):52-56.
 - 17 Martins CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *RevBrasEnferm Brasília* 2013 jul-ago; 66(4): 578-84.
 - 18 Lisboa L, Abreu DMX, Lana AMQ, França EB. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015, 24(4):711-720.
 - 19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde;2012.
 - 20 Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
 - 21 [Malta DC, Prado RR, Saltarelli RMF, Monteiro RA, Souza MFM, Almeida MF](#). Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. [RevBrasEpidemiol](#) 2019 Abr; 22(1).
 - 22 Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 - 23 Brasil. Lei nº 8.069, DE 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências; 1990.
 - 24 CONTRAN. Resolução Nº 819, DE 17 DE MARÇO DE 2021. Dispõe sobre o transporte de crianças com idade inferior a dez anos que não tenham atingido 1,45 m (um metro e quarenta e cincocentímetros) de altura no dispositivo de retenção adequado. 2021

- 25 Calil AM, Sousa RMC, Paranhos WY, Malvestio, MA. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. Atheneu; 2009.
- 26 Gorios C, Souza RM, Gerolla V, Maso B, Rodrigues CL, Armond JE. Acidentes de transporte de crianças e adolescentes em serviço de emergência de hospital de ensino, Zona Sul da cidade de São Paulo. Revbras ortop. 2014;49(4):391–395.
- 27 Fotinele DRS, Silva MF, Oliveira AVS, Bezerra MAR, Rocha SS. Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum 2017; 27(1): 10-18.
- 28 Silva VB. Trauma pediátrico grave: análise da prevalência em hospital terciário do Distrito Federal, período de 2013 a 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Brasília: Universidade de Brasília; 2017.
- 29 ValdirMelo; Roberto Passos Nogueira. O estudo 2010 de carga global da doença: crítica da formação da ponderação dos indicadores. Textoparadiscussão. Brasília, janeiro de 2015.
- 30 Malta DC et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde 2010 abr- jun;19(2):173-176.
- 31 Ministério da Saúde. Portaria nº 1366 de 8 de julho de 2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2013.
- 32 Azevedo Filho FM, Gaspar CC. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de ação regional da rede de atenção às urgências e emergências do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.
- 33 Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva. São Paulo: 2009.
- 34 Araújo JP, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. RevBrasEnferm. 2014 nov-dez;67(6):1000-7.
- 35 Perez JRR, Passone EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. Cadernos de Pesquisa 2010 maio/ago;40(140):649-673.
- 36 Alves EF. Infância e Juventude: Um breve olhar sobre as Políticas Públicas no Brasil. Revista Linhas 2001; 2(1).

- 38 Jorge, MHPM, Laurenti R. Acidentes e violência no Brasil - Apresentação. Rev. Saúde Pública, São Paulo 1997 Aug;31(4-supl):01-04.
- 37 [Justino DCP](#), [Lopes, MS](#), [Santos CDP](#), [Andrade FB](#). Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. Rev. Ciênc. Plur 2019 jun; 5(1):71-88.
- 39 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; 1990.
- 40 Frota MA, Maia JA, Pereira AS, Nobre CS, Vieira LJES. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. Enfermagem em Foco 2010; 1(3):129-132.
- 41 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018 Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro;2019.
- 42 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Políticas de saúde. Metodologia de Formulação. Brasília;1998.
- 43 Lucchese PTR, Aguiar DS, Tatiana W, Luciana DL, Rosana M, Giselle LM. Políticas públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.
- 44 Sakata KN, Egry EY, Narchi NZ. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? RevEscEnferm USP 2014; 48(Esp2):208-215.
- 45 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília:Ministério da Saúde; 2018.
- 46 Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- 47 Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- 48 Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 49 Oliveira MA, Vellarde GC, Sá RAM. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. FEMINA 2015 jun; 43(3).

- 50 Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005,71-104.
- 51 Souza KR, Kerbauy MTM. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. Educação e Filosofia, Uberlândia 2017 jan./abr;31(61):21-44.
- 52 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008
- 53 Cechinel A, Fontana SAP, Della KGP, Pereira AS, Prado SS. Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. Criar Educação, 2016; 5(1)
- 54 Aarts B, Bauer M. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: Bauer M, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
- 55 Câmara, RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas as organizações. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia 2013 Jul – dez; 6 (2):179-191.
- 56 Godoy, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Rev. adm. empresa. 1995, vol.35, n.3, pp.20-29.
- 57 Nunes Everardo Duarte. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ciênc. saúde coletiva 2019; 12(4)
- 58 Nunes Everardo Duarte. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10 (2): 499-501.
- 59 Monteiro, Winnie Lorena Novais. Programa convert e os novos caminhos da atenção primária à saúde no distrito federal. [Dissertação] Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília, Brasília: 2021
- 60 Toledo, Patrícia Pássaro da Silva et al. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 6 [Acessado 17 Setembro 2021] , pp. 2131-2140.
- 61 Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). Conselho Federal de Medicina (CFM). Cartilha sobre Prontuário Eletrônico: a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde [Internet]. 2012
- 62 Costa, Claudio Giulliano Alves da Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software / Claudio Giulliano Alves da Costa. --Campinas, SP: [s.n.], 2001.

- 63 Barreto JJS, Coelho MP, Lacerda LCX, Fiorin BH, Mocelin HJS, Freitas PSS. Registros de Enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. REME – Rev Min Enferm. 2019
- 64 Oliveira, Carlos Ariel Souza de et al. Análise de indicadores assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na cidade de Fortaleza / CE. Cadernos Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 25, n. 1 [Acessado 17 de setembro 2021], pp. 99-105.
- 65 Guerra, Sérgio Diniz and Ferreira, Alexandre Rodrigues. Eventos associados à ocorrência de hipertensão intracraniana em pacientes pediátricos com trauma cranioencefálico grave e monitoramento de pressão intracraniana. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2020, v. 38 [Acessado 17 Setembro 2021], e2019123.
- 66 FELICIANO, D. V.; MATTOX, K. L.; MOORE, E. E. Trauma. 6ª ed. New York: M Graw Hill; 2008. P.25-38.
- 67 MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(4):530-537.
- 68 BATISTA NETO, J.; GOMES, E. G. A. Etiologia do Trauma. In: FREIRE, E. Trauma: a doença dos séculos. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. v. 1, p. 17-46.
- 69 Arruda BP, Akamatsu PYF, Xavier AP, Costa RCV, Oliveira-Alonso GS, Madaleno IMP. Traumatismo crânio encefálico e suas implicações cognitivas e na qualidade de vida. Acta Fisiatr. 2015;22(2):55-59
- 70 LIMA G. M.; BOULHOSA, F. J. S.; de SOUZA, J. A. R.; GONÇALVES, K. L. P.; COSTA, L. R. N.; NICOLAU, M. V.; SILVA, P. K. E.; PICANÇO, P. G.; MACÊDO R. C.; ARAÚJO, R. A. C. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes da unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital referência em trauma na Amazônia. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 13-23, ago./dez. 2016.
- 71 BARROS, Caroliny de Souza e et al. Caracterização dos acidentes de transporte terrestre ocorridos em rodovias federais. Arquivos de Ciências da Saúde, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 35-40, abr. 2018. ISSN 2318-3691.
- 72 World Health Organization. Save LIVES - A roadsafetytechnicalpackage. Geneva: WHO; 2017.
- 73 Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório de status global sobre segurança no trânsito 2018. Genebra: OMS; 2018.

- 74 World Health Organization. ViolenceandInjuryPrevention [homepage na Internet]. Suíça: WHO; 2015
- 75 Oliveira, Júlio César Matos de, Silva, Luiz Honorato da e Almeida, Alexandre Nascimento deA relação entre a legislação brasileira sobre a obrigatoriedade de dispositivos de retenção para crianças de zero a quatro anos ocupantes de veículos e os números de feridos e mortos no trânsito. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, supl 2
- 76 Bacchieri G, Barros AJ. Sinistros de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *RevSaude Publica* 2011; 45 (5): 949-63.
- 77 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, 2015
- 78 Martiniano, E.C.; Nascimento, A.M.V.; Campos, J.R.E.; Campos, J.B.R.; Barros, A.B.; Luz, D.C.R.P.;Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. *Revista Nursing*, 2020; 23 (270): 4861-4
- 79 Hirschheimer MR. Morte encefálica e doação de órgãos e tecidos. *ResidPediatr.* 2016;6(0 Supl.1):29-45 DOI: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2016.v6s1-09>
- 80 Gentile JKA, Himuro HS, Rojas SSO, Veiga VC, Amaya LEC, Carvalho JC. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. *RevBrasClin Med. São Paulo*, v. 9, n. 1, p. 74-82, 2011.
- 81 Diego Henrique de Souza, Liliane Cavalcante da Costa, Taís Pagliuco Barbosa, Camila Luzia Damiana Chieratto, Nilson Mozas Olivares, Janaína Ornelas. Determinação de morte encefálica, captação e doação de órgãos e tecidos em um hospital de ensino. *CuidEnferm.* 2021 jan.-jun.; 15(1):53-60
- 82 Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO Nº 2.173, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2017 Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica, 2017
- 83 Alessandro Santos Ferreira; Camila Conceição Santos, Adriana Barbosa de Lima Fonseca. Trauma pediátrico: Resultados de um estudo prospectivo em um hospital público terciário. *Research, SocietyandDevelopment*, v. 10, n. 6, e24710615683, 2021.
- 84 World Health Organization (WHO). (2018). Global ReferenceListof 100 Core Health Indicators (plushealth-relatedSDGs).

- 85 Mattos P, Saboya E, Araujo C. Post-traumatic brain injury behaviour sequelae: the man who lost this charm. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(2-A):319-23.
- 86 Mendes RMN. Avaliação cognitiva em traumatizados crânio-encefálicos ligeiros [Tese]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2011
- 87 Anderson V, Catroppa C, Morse S, Haritou F, Rosenfeld J. Functional plasticity or vulnerability after early brain injury? *Pediatrics*. 2005;116(6):1374-82.
- 88 Schretlen DJ, Shapiro AM. A quantitative review of the effects of traumatic brain injury on cognitive functioning. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(4):341-9.
- 89 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária, nº 29: Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- 90 Brasil. Ministério da Saúde. Temático promoção da saúde IV. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2009
- 91 Falkenberg, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 03, pp. 847-852.
- 92 Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). 2014
- 93 Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2015
- 94 Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary health care and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS medicine* 2017; 14(5):e1002306
- 95 Massuda, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 24 Agosto 2021] , pp. 1181-1188 *Ciênc. saúde coletiva* 25 (4) 17 Abr 2020 Mar 2020
- 96 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.

- 97 Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. 2010
- 98 Silva JAL; Monteiro SNC; Alcantara, AAS. Paciente pediátrico atendido no centro de trauma de um hospital Terciário. [Trabalho de conclusão de Programa] Residência De Enfermagem em Urgência e Trauma. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília: 2017