



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

EVALDO ALMEIDA DA SILVA

HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA DE REFERÊNCIA EM TRAUMA

SALVADOR
2020

EVALDO ALMEIDA DA SILVA

**HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA DE REFERÊNCIA EM TRAUMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau mestre em Enfermagem e Saúde, na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, linha de pesquisa “Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos”.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nadirlene Pereira Gomes

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Carolina Ortiz Whitaker

SALVADOR
2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Silva, Evaldo Almeida da
Hospitalização de crianças e adolescentes em uma
Unidade de Terapia Intensiva de referência em trauma
/ Evaldo Almeida da Silva. -- Salvador, 2020.
88 f.

Orientadora: Nadirlene Pereira Gomes.
Coorientadora: Maria Carolina Ortiz Whitaker.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em
Enfermagem e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia,
Escola de Enfermagem, 2020.

1. Causas Externas. 2. Crianças. 3. Adolescentes.
4. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. I. Gomes,
Nadirlene Pereira. II. Whitaker, Maria Carolina Ortiz
. III. Título.

EVALDO ALMEIDA DA SILVA

**HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA DE REFERÊNCIA EM TRAUMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestrado em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos”.

Aprovado em 09 de julho de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Nadirlene Pereira Gomes

Professora Doutora da Universidade Federal da Bahia



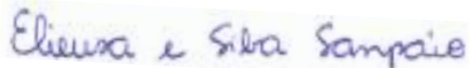
Márcia Maria Carneiro Oliveira

Professora Doutora da Universidade Federal da Bahia



Fransley Lima Santos

Professor Doutor da Universidade Federal da Bahia



Elieusa e Silva Sampaio

Professora Doutora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

A minha Mãe. Mulher guerreira, trabalhadora, professora, que encarou e enfrentou diversas situações que poderiam ter impedido a formação de seus filhos. Contudo, graças a Deus, ela venceu e essa Dissertação pôde existir. Dedico-te, minha maior Mestra.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo dom da vida, por ter me sustentado até aqui, por ter ouvido as minhas súplicas, ter me acalentado em momentos difíceis e por ter me permitido sentir Sua presença.

A minha mãe e ao meu pai (*in memoriam*) pelo investimento em todo o meu processo de formação educacional. Minha mãe que me inspirou, me incentivou e incentiva em tudo que pretendo fazer e seguir, dando os melhores conselhos e orientações. Por sua garra e coragem ao longo da vida que possibilitaram a minha chegada até aqui. Sem você isso não seria possível! Seu empenho e luta pelos seus, e, nossos sonhos oportunizaram esse momento.

A minha irmã, Evane, e as minhas sobrinhas, Ana Raquel e Ana Carolina, por entenderem a ausência em datas comemorativas e em momentos especiais para suas vidas, devido aos trabalhos, por vezes acadêmicos e em outros no exercício profissional. Por todo carinho e aconchego, assim como toda a família, bem mais precioso.

A minha excelentíssima orientadora Nadirlene, ser maravilhoso que me apresentou com mais de dois anos de aproximação. Que foi mais que uma orientadora, foi uma amiga, conselheira. Que chamou a atenção quando deveria chamar (e foram muitas vezes) e que elogiou também, em alguns momentos. Mas que acima de tudo, proporcionou que eu pudesse me deliciar com todos os espaços da vida de um pós graduando, com seus deleites e também com suas responsabilidades. Incentivou-me a aproveitar cada momento, a aprender a construir e a desconstruir, a aceitar, e, a acima de tudo amar cada momento. Ajudou-me a crescer, a amadurecer, mostrando que sim, sou capaz de ser e fazer tudo que eu quiser. **MUITO OBRIGADO!**

A professora Climene, uma pessoa maravilhosa ávida pela educação, a quem sempre vejo como uma pessoa de luz, que nos abrilhanta constantemente com seu conhecimento, suas experiências e seus sermões, altamente construtivos! Ao programa criado por ela, Abdias Nascimento, onde nunca esquecerei, tendo-o como ponto de partida – a preparação para a pós graduação *stricto sensu*. Com ele, os colegas e as tutoras que sempre nos deram apoio, em especial Nildete (Dete), uma doutoranda altamente prestativa e solícita, que muito me ajudou nessa caminhada, sobretudo nas orientações e trocas de mensagens tarde de noite e nas madrugadas, devido as minhas correrias com os plantões, agradeço-te imensamente Detinha.

As minhas amigas Jéssica e Ionara, que sempre estiveram comigo nesse percurso, enfrentando as tempestades e, também, as bonanças, aproveitamos essa parceira que deu e dá

certo. Jéssica passou de “minha estagiária”, no serviço de saúde, para minha tutora na pós graduação, presente maior não poderia ter recebido. Jejel é uma amiga para todos os momentos, confidente, leal, menina/mulher de sorriso fácil e uma meiguice sem precedentes, te amo!

Seguindo com as amizades não posso deixar de agradecer a Clícia, Marília, Filipe e João Pedro. O que seria de nós sem nossos amigos? Nos conhecem profundamente, são nosso porto seguro também, assim como nossa família, afinal, são a família que escolhemos. Quero aqui registrar a importância que vocês têm para mim, com vocês a minha vida é muito mais colorida, os amo muito. Abrindo um “parêntese” para falar das meninas, Clícia, uma mulher guerreira vitoriosa, sempre buscando o melhor pra si e sua família, tem minha total admiração. Marília, minha Lila, ser que fui presenteado desde a época da graduação, a prova real que os “opostos” se atraem, ela toda quietinha, antissocial, lá no canto da sala, já eu, bem... vocês já sabem. E lá se vão mais de 15 anos de amizade, sempre presente em minha vida, apesar da distância, morando em outro estado, estamos sempre conectados, tão conectados que basta nos vermos por meios digitais, que renovamos nossas energias. Te amo, obrigado por toda ajuda e dedicação.

Ao Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida (Laboratório VID@), representado por todos os integrantes que me acolheram de forma extremamente carinhosa, sendo prestativos e me auxiliando nessa jornada. Grupo ao qual assumi responsabilidades e percebi o quão difícil e, ao mesmo tempo, gratificante é participar efetivamente de um Grupo de Pesquisa. Ainda o meu muito obrigado em especial a Andrey Ferreira, Fernanda Estrela, Josinete Lírio, Rosana Mota e Jordana Brock, que de forma única contribuíram para meu êxito.

Ao Grupo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER), juntamente com os professores da Escola de Enfermagem Josielson Costa, Ridalva Felzemburgh, Cláudia Palombo, Elieusa Sampaio e Fransley Lima que com suas ações me ajudaram direta e indiretamente com cuidado e sutileza, tentei aproveitar ao máximo cada um de vocês, e, saibam que foram muito importantes para mim.

As minhas amadas professoras Maria Carolina Ortiz (Carol – minha coorientadora) e Márcia Carneiro, que foram IMPRESCINDÍVEIS para o andamento de toda essa pesquisa, ou seja, foram responsáveis “simplesmente” pela concretização deste sonho, pois o “sonho que se sonha só é apenas sonho, mas quando sonhamos juntos se torna realidade” aqui parafraseando a música Prelúdio de Raul Seixas. MUITO OBRIGADO por terem sonhado junto comigo, por terem me entendido (e mesmo não entendendo estavam comigo), por terem

confiado em mim, por terem tido paciência, por terem me ensinado, por terem deixado essa caminhada mais leve. Sinto orgulho e uma imensa gratidão por esse cruzamento de caminho, por terem se dedicado a algo que inicialmente me inquietava e que depois passou a inquietar vocês também, resultando nesse lindo trabalho, nosso trabalho! Obrigado.

Agradeço também aos amigos e colegas do Hospital Geral do Estado – HGE, em especial a Naiane e a Lécia, chefias parceiras e altamente compreensivas, obrigado por todo apoio que me proporcionaram, sem vocês esse caminho teria sido muito mais difícil. Aos meus colegas de trabalho que me ajudaram nas trocas em cima da hora, atendiam minhas ligações para tirar alguma dúvida pelo sistema, meus agradecimentos. A todo o pessoal do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, sobretudo a Hilbênia e Joe, pessoas fundamentais para todo o processo de realização da pesquisa, sempre dispostos e se doando para nos ajudar, foram extremamente prestativos e cordiais, participaram diretamente na realização deste sonho. Assim como Lucinéa Meneses e Carla Santa Rosa, da Comissão de Ensino e Pesquisa, que deram total apoio para a concretização desse estudo, até mesmo, intermediando auxílio com o pessoal do Setor de Informática do Hospital, aos quais foram prestativos e resolutivos, muito obrigado.

Às minhas pupilas, pesquisadoras, apoiadoras, coletoras, parceiras, Keile Assis, Letícia Maria, Elisângela Santos e Rafaela Barbosa que passaram várias tardes comigo na coleta de dados e no preenchimento das planilhas no *EXCEL*, bem como na discussão dos resultados. Vocês foram ESSENCIAIS nessa jornada, por terem caminhado comigo, meus agradecimentos.

Por fim, mas não menos importante, a Universidade Federal da Bahia por ter Programas de Pós Graduação integrados que permitem o compartilhamento de conhecimento nos mais diversos campos e campus da Universidade, com uma excelente qualidade. A Escola de Enfermagem por manter esse Programa de forma excepcional e que, além de permitir, incentiva seus discentes a participação plural em todos os espaços que a Universidade se faz presente. Obrigado por proporcionar essa vivência enriquecedora aos seus discentes.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que
ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*
Arthur Schopenhauer

RESUMO

SILVA, Evaldo Almeida da. **Hospitalização de Crianças e Adolescentes em uma Unidade de Terapia Intensiva de Referência em Trauma**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2020.

As causas externas se constituem um preocupante problema de saúde pública e uma das principais causas de morbimortalidade, sobretudo para crianças e adolescentes. O DATASUS (2020) trouxe que no Brasil, as causas externas, ocuparam a segunda posição dentre a mortalidade de crianças e adolescentes no ano de 2018. Mais de 220 mil hospitalizações, onde muitas destas necessitaram de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) devido à gravidade das lesões ocasionadas pelo agravo. Esta problemática implica na saúde do país, tanto por serem causas previsíveis e evitáveis, quanto pelo ônus que acarretam seja em gastos hospitalares ou por suas consequências e sequelas. Analisar as características das hospitalizações em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de referência em trauma. Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico das hospitalizações em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de referência em trauma e identificar os fatores associados à hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de referência em trauma. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal. O estudo foi realizado em um Hospital Público, no estado da Bahia. A coleta de dados foi realizada através de consulta em prontuários. Os dados foram organizados e tabulados por meio do programa *Office Excel*, e, posterior análise no Programa Estatístico *Statistic Program for Social Sciences* (SPSS) versão 25. Após, realizou-se a análise descritiva com a finalidade de caracterizar e identificar as causas de internamento da população do estudo. Para análise bivariada foi utilizado o Qui Quadrado (χ^2) de Pearson e/ou Exato de Fisher para investigar diferenças entre proporções ($p < 0,05$). A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos descritos nas resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde. Serão apresentados por meio de dois manuscritos. O primeiro intitulado “Caracterização das Hospitalizações por Causas Externas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica” traz que a maioria das hospitalizações ocorreu por queimaduras (24,3%), quedas (22,3%), acidentes de trânsito (20,4%) e violência (10,5%). O segundo, “Fatores Associados à Hospitalização de Crianças e Adolescentes em uma Unidade de Terapia Intensiva” evidenciou que 68% das crianças e adolescentes foram admitidas vítimas de causas externas. Realizou ainda uma análise bivariada, onde foi associada à procedência de outros municípios ($p < 0,001$), a faixa etária de 1-4 anos ($p = 0,020$), o sexo masculino ($p = 0,032$), o tempo de internação de até sete dias ($p < 0,001$) e a alta como desfecho ($p = 0,035$). No modelo final da análise multivariada, foram significantes: procedência de outros municípios ($p < 0,001$) e tempo de internação de até sete dias ($p < 0,001$). O estudo mostrou que meninos, com idade de um a quatro anos, residentes no interior estão mais propensos à hospitalização por causas externas, embora com desfecho positivo relativo à alta hospitalar e ao tempo de internamento inferior a sete dias. Também que as queimaduras, as quedas, os acidentes de trânsito e a violência constituem os principais tipos de agravos que levam crianças e adolescentes a precisarem de um cuidado intensivo em unidade de terapia intensiva, evidenciando a prevalência de causas externas em uma amostra dessa população no estado da Bahia.

Palavras Chave: Causas Externas. Crianças. Adolescentes. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

ABSTRACT

SILVA, Evaldo Almeida da. **Hospitalization of Children and Adolescents in an Intensive Care Unit Specialized in Trauma.** 2020. Dissertation (Master in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2020.

External causes are a worrying public health problem and one of the main causes of morbidity and mortality, especially for children and adolescents. The DATASUS (2020) brought that in Brazil, external causes, occupied the second position among the mortality of children and adolescents in the year 2018. More than 220 thousand hospitalizations, where many of these required ICU beds (Intensive Care Unit) due to the severity of the injuries caused by the injury. This problem implies the health of the country, both because they are predictable and preventable causes, as well as because of the burden that they entail, either in hospital expenses or because of their consequences and sequels. To analyze the characteristics of hospitalizations in a Pediatric Intensive Care Unit of reference in trauma. To characterize the clinical-epidemiological profile of hospitalizations in a reference Pediatric Intensive Care Unit in trauma and to identify the factors associated with hospitalization in a reference Pediatric Intensive Care Unit in trauma. This is a cross-sectional survey. The study was carried out in a public hospital in the state of Bahia. Data collection was carried out by consulting medical records. The data were organized and tabulated using the Office Excel program, and subsequently analyzed using the Statistic Program for Social Sciences (SPSS) version 25. Afterwards, a descriptive analysis was performed in order to characterize and identify the causes of hospitalization study population. For bivariate analysis, Pearson's Chi Square (2) and / or Fisher's Exact Test were used to investigate differences between proportions ($p < 0.05$). The research respected all the ethical precepts described in resolutions 466/12, 510/16 and 580/18 of the National Health Council. They will be presented through two manuscripts. The first entitled "Characterization of Hospitalizations for External Causes in a Pediatric Intensive Care Unit" shows that most hospitalizations occurred due to burns (24.3%), falls (22.3%), traffic accidents (20.4%) and violence (10.5%). The second, "Factors Associated with the Hospitalization of Children and Adolescents in an Intensive Care Unit" showed that 68% of children and adolescents were admitted as victims of external causes. It also performed a bivariate analysis, where it was associated with the origin of other municipalities ($p < 0.001$), the age group of 1-4 years ($p = 0.020$), the male gender ($p = 0.032$), the length of stay of up to seven days ($p < 0.001$) and discharge as an outcome ($p = 0.035$). In the final model of the multivariate analysis, the following were significant: origin from other municipalities ($p < 0.001$) and hospital stay of up to seven days ($p < 0.001$). The study showed that boys, aged one to four years, living in the countryside are more likely to be hospitalized for external causes, although with a positive outcome regarding hospital discharge and length of stay less than seven days. Also that burns, falls, traffic accidents and violence are the main types of injuries that lead children and adolescents to need intensive care in an intensive care unit, showing the prevalence of external causes in a sample of this population in the State of Bahia.

Keywords: External Causes. Children. Teens. Pediatric Intensive Care Unit.

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1: “**Caracterização das Hospitalizações por Causas Externas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**”

Tabela 1 Distribuição de pacientes admitidos em uma UTIP por causas externas, de um Hospital Público de referência em trauma, quanto à faixa etária e sexo, nos anos de 2018 e 2019 (n=305), em Salvador, Bahia, Brasil, 2020. 36

MANUSCRITO 2: “**Fatores Associados à Hospitalização de Crianças e Adolescentes em uma Unidade de Terapia Intensiva**”

Tabela 1 – Distribuição de pacientes admitidos em uma UTI P, de um Hospital Público de referência do trauma, quanto à faixa etária, sexo e desfecho, nos anos de 2018 e 2019, em Salvador, Bahia, Brasil, 2020. 54

Tabela 2 – Características clínicas identificadas nos pacientes admitidos em uma UTI P, de um Hospital Público de referência do trauma, nos anos de 2018 e 2019, em Salvador, Bahia, Brasil, 2020. – 55

Tabela 3 – Distribuição de pacientes admitidos em uma UTIP, de um Hospital Público de referência do trauma, quanto à procedência e aos dias de internação, nos anos de 2018 e 2019, em Salvador, Bahia, Brasil, 2020. 57

Tabela 4 – Análise multivariada dos fatores associados aos internamentos por causas externas, de um Hospital Público de referência do trauma, nos anos de 2018 e 2019, em Salvador, Bahia, Brasil, 2020. 57

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRINQ	Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos
ADM	Admissão
APS	Atenção Primária à Saúde
AVP	Acesso Venoso Periférico
BA	Bahia
BPM	Batimentos Por Minuto
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CVC	Cateter Venoso Central
CE	Causas Externas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHBAH	Hospital Acadêmico Chris Hani Baragwanath
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FC	Frequência Cardíaca
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (Escala de Dor)
FR	Frequência Respiratória
HGT	Hemoglicoteste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPM	Inspirações Por Minuto
MS	Ministério da Saúde
MG/DL	Miligramas Por Decilitro
MMHG	Miligramas de Mercúrio
NAEMT	National Association of Emergency Medical Technicians
NP	Não Preenchido
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PAM	Pressão Arterial Média
PED	Pediátrica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
PSE	Programa Saúde na Escola
RASS	Escala de Agitação e Sedação de Richmond
SAME	Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
SAO2	Saturação de Oxigênio
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SNE	Sonda Nasoenteral
SNG	Sonda Nasogástrica
SOE	Sonda Oroenteral
SOG	Sonda Orogástrica
SPSS	Statistic Program for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
SVF	Sonda Vesical de Folley
T	Temperatura em graus celcius
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TQT	Traqueostomia
TOT	Tubo Orotraqueal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
WHO	World Health Organization
X2	Teste Qui-Quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 CAUSAS EXTERNAS NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	21
2.2 O CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	28
3 MÉTODO	32
3.1 DESENHO DE ESTUDO	32
3.2 LOCAL DE ESTUDO	32
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	32
3.4 MATERIAIS E MÉTODOS	32
3.4.1 Protocolo de operacionalização do estudo	33
3.5 ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	33
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
MANUSCRITO 1: “Caracterização das Hospitalizações por Causas Externas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica”	35
MANUSCRITO 2: “Fatores Associados à Hospitalização de Crianças e Adolescentes em uma Unidade de Terapia Intensiva”	50
5 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE – Instrumento de Pesquisa	77
ANEXO A – Parecer consubstanciado (Escola de Enfermagem da UFBA)	79
ANEXO B – Parecer consubstanciado (SESAB)	83

1 INTRODUÇÃO

As Causas Externas de Morbidade e Mortalidade constituem o Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e, são umas das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2019). Classificadas como lesões não intencionais (acidentes) e intencionais (violência), estes agravos são responsáveis por um grande número de atendimentos de urgência e emergência. Estudos internacionais evidenciam que estas causas, tidas como evitáveis, estão associadas a uma alta taxa de mortalidade quando acometem, sobretudo, crianças e adolescentes, devido à alta vulnerabilidade dessa população (BABL *et al.*, 2018; MORRONGIELLO, 2018; BALLESTEROS *et al.*, 2018; ZARE, 2019).

Dados da Organização Mundial de Saúde (2018) trazem que a cada cinco segundos uma criança ou adolescente menor que 15 anos morreu no mundo, totalizando 6,3 milhões de vítimas no final do ano de 2017, onde as causas evitáveis foram as principais responsáveis por estes óbitos. Corroborando com esta estatística, a Organização não Governamental *SAFE KIDS WORLDWIDE* (2015) trouxe que nos Estados Unidos, uma em cada 10 crianças e adolescentes (zero a 19 anos) foram atendidas em emergências devido às causas evitáveis, apresentando uma taxa de 9,3 óbitos para cada 100.000 destas vítimas no ano de 2013.

Estudo realizado com dados de mortalidade de crianças e adolescentes, de 2005 a 2011, do Brasil, México, China e Índia também evidenciou que as causas externas foram as principais responsáveis por estas mortes (FADEL *et al.*, 2019). Dados do DATASUS (2020) ainda trazem que no Brasil estas causas foram responsáveis pelas mortes de 27,8% de crianças e adolescentes brasileiros no ano de 2018. Os dados são ainda mais impressionantes ao considerar as crianças maiores de um ano de idade e os adolescentes, onde 55,5% dos óbitos foram consequências destes agravos no referido ano.

Com relação à morbidade, no ano de 2019, as causas externas foram responsáveis por quase 220 mil internações de crianças e adolescentes no Brasil, gerando um custo de mais 190 milhões aos cofres públicos (DATASUS, 2020). Do total das hospitalizações quase 30% foram somente na região do Nordeste, onde a Bahia assume o terceiro lugar em números de hospitalizações dentre todos os estados brasileiros e o Distrito Federal. Contudo, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (2020) traz que, ao se observar os gastos com as hospitalizações por estes agravos em 2019, a Bahia ficou aquém em relação a outros estados (quinto lugar), sugerindo uma exiguidade ao tratar de investimentos neste setor.

Estes achados evidenciam a provável desassistência a esta população infantojuvenil. As causas externas, além de serem responsáveis pela maioria das mortes de crianças e adolescentes no Brasil e no mundo, também se destacam pelo alto índice de sequelas imputadas a esta população (LIMA et al., 2016). Visando minimizar estes óbitos e sequelas, faz-se necessário um atendimento que ofereça suporte para o tratamento adequado as necessidades desse paciente. A gravidade das lesões ocasionadas pelo trauma, quando não o óbito, exige ser tratada em uma unidade especializada que possa oferecer um suporte favorável com o intuito de minimizar o risco de morte, sendo estas as Unidades de Terapia Intensiva (LIMA et al., 2016; MENDONÇA et al., 2019).

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) atende a crianças e adolescentes, as quais se encontram em estado crítico, prestando um serviço especializado contínuo e com suporte tecnológico avançado (MENDONÇA et al., 2019; SOARES; SILVA; LOURO, 2020). Ao se tratar de unidades especializadas em trauma, um estudo realizado na Austrália traz que os índices de morbimortalidade mostram-se mais favoráveis quando, as crianças e os adolescentes acometidos por lesões graves, são tratados em serviços direcionados ao tratamento destas causas (COULTHARD et al., 2019).

Sabendo disso, faz-se necessário conhecer quais são os agravos mais prevalentes que levam a internações de crianças e adolescentes por causas externas. Para que assim medidas de prevenção sejam revistas e/ou implementadas com o objetivo de garantir a atenção integral à saúde desta população, justificando assim a realização deste estudo.

Diante esse cenário, e, considerando a necessidade de intervenção nesta problemática, questiona-se nessa dissertação sobre a Hospitalização de Crianças e Adolescentes em uma Unidade de Terapia Intensiva de Referência em Trauma. Assim, tem-se como objetivo geral: analisar as características da hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de referência em trauma, e como objetivos específicos caracterizar o perfil clínico-epidemiológico das hospitalizações em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de referência em trauma e identificar os fatores associados à hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de referência em trauma.

As respostas destes objetivos podem subsidiar planejamento de ações específicas, para prevenção de causas externas, aos quais podem ser realizados através do Programa Saúde na Escola (PSE) e da rede de atenção básica, a qual também conta com o planejamento familiar, com a orientação dos pais, até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, permitindo assim, identificar os riscos que expõem o público infanto-juvenil, mostrando a relevância desta pesquisa. A lacuna de estudos específicos sobre Unidades de Terapia

Intensiva Pediátrica, sobretudo as de referência em trauma, serviu com estímulo e inquietação para a realização desta investigação. Para além, os resultados deste estudo revelam a necessidade de repensar sobre as políticas públicas destinadas a prevenção de agravos por causas externas. É necessário estabelecer estratégias específicas para esta faixa etária vulnerável, através de ações de promoção e prevenção voltadas, sobretudo, para os acidentes domésticos e o fortalecimento da parentalidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CAUSAS EXTERNAS NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As causas externas são classificadas como eventos que podem ocasionar danos à saúde do indivíduo, podendo ocorrer de forma não intencional (acidente) ou intencional (violência). Pertencentes ao Capítulo XX da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as causas externas, estão associadas às consequências que ocasionam agravos à saúde (morbidade) e morte (mortalidade) (BRASIL, 2002). Estas consequências são representadas pelo capítulo XIX da CID-10 (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) relacionadas aos motivos das internações/hospitalizações ocasionadas pelas causas externas. Para compreender a morbidade ocasionada por causas externas iremos nos apoiar na Classificação Internacional de Doenças, que historicamente teve seu início nos séculos XVI e XIX, com reconhecimento e adesão pela OMS em 1940 (WHO, 2018), tendo os acidentes como eventos passíveis de serem evitados (previsíveis e controláveis), e, por violências as causas que ocorrem de forma intencional. Somado a essa descrição o Ministério da Saúde Brasileiro (2017) exemplifica as quedas, o acidente de trânsito, o afogamento, as queimaduras como formas de acidentes. Para as violências destaca às que ocorrem de formas psicológica e sexual, além das agressões, dos maus tratos, negligência/abandono, entre outras.

No Brasil existe desde 1991 o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), onde todos os dados sobre a saúde da população são armazenados em sistemas aos quais auxiliam no desenvolvimento e fortalecimento do SUS (Sistema Único de Saúde), pois servem como base para nortear na implantação de políticas públicas de saúde (DATASUS, 2019; PICCOLO, 2018). O sistema ao qual contém os dados de internações hospitalares custeadas pelo SUS é o Sistema de Informações Hospitalares – SIH, sendo este mantido pelas informações contidas na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, documento que fornece todas as informações da hospitalização do paciente na unidade de saúde (DATASUS, 2019; ANS, 2019).

Vale destacar que, de acordo com a regulamentação do SIH/SUS, utiliza-se para a morbidade (internação/hospitalização) o tipo de traumatismo, sendo este, classificado como o diagnóstico primário, representado pelo capítulo XIX da CID-10. Já a origem da causa externa, ou seja, o que provocou o traumatismo é denominado com diagnóstico secundário, representado pelo capítulo XX da CID-10. Sendo assim, para a coleta de dados no

DATASUS, tem-se o capítulo XIX da CID-10, ao qual trata da morbidade relacionada às causas externas, e, o capítulo XX para a mortalidade proveniente destas causas.

Quadro 1 – CID-10: Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98).

CÓDIGO CID-10	
S00 – S09	Traumatismos da cabeça
S10 – S19	Traumatismos do pescoço
S20 – S29	Traumatismos do tórax
S30 – S39	Traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve
S40 – S49	Traumatismos do ombro e do braço
S50 – S59	Traumatismos do cotovelo e do antebraço
S60 – S69	Traumatismos do punho e da mão
S70 – S79	Traumatismos do quadril e da coxa
S80 – S89	Traumatismos do joelho e da perna
S90 – S99	Traumatismos do tornozelo e do pé
T00 – T07	Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo
T08 – T14	Traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo
T15 – T19	Efeito da penetração de corpo estranho através de orifício natural
T20 – T32	Queimaduras e corrosões
T33 – T35	Geladuras [<i>frostbite</i>]
T36 – T50	Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas
T51 – T65	Efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não-medicinal
T66 – T78	Outros efeitos de causas externas e os não especificados
T79	Algumas complicações precoces de traumatismos
T80 – T88	Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte
T90 – T98	Seqüelas de traumatismos, de intoxicações e de outras conseqüências das causas externas

Fonte: BRASIL, 2008

Quadro 2 – CID-10: Capítulo XX – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V01-Y98).

CÓDIGO CID-10	
V01 – V99	Acidentes de transporte
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
W85 – W99	Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente
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
X30 – X39	Exposição às forças da natureza
X40 – X49	Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a substâncias nocivas
X50 – X57	Excesso de esforços, viagens e privações
X58 – X59	Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados
X60 – X84	Lesões autoprovocadas intencionalmente
X85 – Y09	Agressões
Y10 – Y34	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada
Y35 – Y36	Intervenções legais e operações de guerra
Y40 – Y84	Complicações de assistência médica e cirúrgica
Y85 – Y89	Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade
Y90 – Y98	Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte

Fonte: BRASIL, 2008

As causas externas além de constituírem um preocupante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, também são responsáveis pelos gastos elevados com as internações. Pesquisas apontam que as principais causas de internações de crianças maiores de um ano são as causas externas, que envolvem acidentes e violências (ALVES *et al.*, 2014; PEDREZA e

ARAUJO, 2017; SALES *et al.*, 2017). Somente na rede pública, em média, 113 mil crianças são hospitalizadas devido aos traumas (CRIANÇA SEGURA, 2016).

Dados do DATASUS (2020) evidenciam que dentre todos os motivos de internações no Brasil, as consequências provenientes das causas externas, só são superadas pelas hospitalizações por gravidez, parto e puerpério. Sendo assim, dentre todos os tipos de doenças e agravos ocorridos no ano de 2019, o primeiro lugar em números de hospitalizações no país, estavam relacionadas às causas externas, posição mantida no primeiro quadrimestre de 2020.

Essa mesma fonte ainda traz que, das 1.239.765 internações advindas deste agravo, 17,6% foram de crianças e adolescentes, demonstrando a magnitude deste problema nesta população. Em relação à distribuição regional destes agravos no país, constata-se que a região nordestina encontra-se em segundo lugar frente a estas internações, ficando atrás apenas do sudeste. Observa-se também, que a Bahia, além de ser líder em número de hospitalizações por causas externas de crianças e adolescentes no nordeste, assume a terceira posição dentre todos os estados brasileiros por estes internamentos.

O Sistema de Informações Hospitalares – SIH (2020) mostra que as internações por causas externas custaram aos cofres públicos mais de 1,5 bilhão de reais em 2019, onde destes, mais de 190 milhões foram para custear as internações de crianças e adolescentes em todo o país. Estes valores são muito elevados, tendo em vista que estas causas são totalmente previsíveis e evitáveis. O Nordeste é a segunda região do país que mais gasta com as internações por este agravo, onde a Bahia é líder nestes gastos dentre os estados do Nordeste. Ainda em relação aos custos totais com as hospitalizações por causas externas, observa-se que a capital baiana além de ocupar a sétima colocação dentre todas as capitais estaduais, inclusive a do Distrito Federal, encontra-se em terceiro lugar entre as capitais da região nordestina que mais gasta com as internações de crianças e adolescentes, segundo dados do Departamento de Informática do SUS (2020). Estes dados evidenciam um contra censo em relação ao número de internações de crianças e adolescentes (quarto lugar do país) com os gastos com estas internações (sétimo lugar do país) na capital baiana.

Em geral, os elevados gastos devido a estas causas e o alto número de hospitalizações, refletem não somente a quantidade de leitos ocupados nas unidades de saúde, mas também a grande quantidade de crianças e adolescentes que se encontram longe de seu convívio social. Observa-se que as hospitalizações por causas externas além de onerar o Sistema Único de Saúde (SUS), também trazem prejuízos de ordem física, emocional e social para as crianças e aos adolescentes internados, bem como para as suas famílias (OLIVEIRA *et al.*, 2018). O internamento provoca mudanças na rotina diária desses usuários, como o afastamento dos

familiares, amigos e a perda de controle sobre suas necessidades corporais (FARIAS *et al.*, 2017).

A hospitalização traz consigo grandes desafios a serem vencidos por este público que se encontra em um momento de pleno desenvolvimento, em uma fase de descobertas. O confinamento em uma unidade de saúde, o deficitário convívio social e familiar, a não realização de atividades escolares (aos que se encontram nesse período), somados a perda, mesmo que por vezes parcialmente, da autonomia sobre o seu corpo, podem acarretar em frustrações e no comprometimento da recuperação destas crianças e adolescentes internadas (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Para minimizar partes destas consequências, faz-se necessário a disponibilização de atividades educativas, e, também de lazer, desenvolvidas de forma a suprir a demanda de cada paciente. Com isto, observa-se a vital importância de se cumprir na íntegra o que traz a Resolução 41, de 13 de outubro de 1995, a respeito dos “Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”, criado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e considerado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, onde trata de todos os direitos deste público que se encontra hospitalizado (CONANDA, 1995).

As causas externas geram custos diretos e indiretos. Entende-se por custos diretos os já mencionados anteriormente, onde Andrade e Jorge (2017) referem que são gerados a partir da hospitalização do paciente e de todas as despesas relacionados à melhora de seu quadro clínico. Já os custos indiretos são aqueles atribuídos a ausência dos pais e/ou responsáveis, ou até mesmo do adolescente, em exercício de atividade remunerada, onde seu afastamento gera perda de renda para a família e diminuição na produtividade do país como consequência.

A hospitalização além de ser um momento de muita dificuldade para a vítima, sendo ela uma criança ou um adolescente, também tende a ser um processo traumático para toda a família. Por ocorrer de forma imprevista, os sujeitos envolvidos (paciente e família) são obrigados a se adaptarem a essa mudança de realidade, onde o ente internado necessita de uma maior demanda de cuidados, alterando a rotina de toda a família (OLIVEIRA, 2018). Além destas mudanças, existem as adaptações que estes sofrem para que se adequem ao ambiente da instituição de saúde, onde as rotinas são voltadas para a uniformidade do trabalho do estabelecimento, as quais muitas vezes se sobressaem ao propósito da necessidade familiar (JOAQUIM; BARBANO; BOMBARDA, 2017; ROCHA; ROCHA, 2018). Estes mesmos estudos trazem que outras questões a serem tratadas são concernentes aos sentimentos de medo, da ansiedade, a insegurança, aos quais pairam sobre todos os membros da família. As incertezas sobre a evolução do estado do ente internado e de seu prognóstico, assim como o

sofrimento durante a realização de procedimentos e de condutas adotados pela equipe de saúde.

Para além, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) divulgou que os acidentes (causas externas) tem sido a oitava causa de morte em todo o mundo e que no ano de 2016, as lesões foram responsáveis por mais de 4,9 milhões de mortes no mundo. Nos Estado Unidos da América (EUA), de acordo com o *The New England Journal of Medicine* (2018), dentre o número total de óbitos, 20.360 foram de crianças e adolescentes, o que representaram menos de 2% de todas as mortes da população norte americana em 2016. Contudo, 12.336 dessas mortes tiveram como causas as lesões (causas externas), sendo assim responsáveis por mais de 60% dos óbitos destas crianças e adolescentes. Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no Brasil, no mesmo ano, houve 72.524 óbitos de crianças e adolescentes, representando assim mais de 5,5% de todas as mortes da população brasileira (DATASUS, 2019). Em números reais, a população brasileira perdeu 3,5 vezes mais crianças e adolescentes do que os Estados Unidos da América (EUA). Estes números são ainda mais alarmantes ao compararmos com as causas externas, pois esta foi responsável por 21.573 mortes de crianças e adolescentes no Brasil em 2016, número superior a todas as mortes contabilizadas desse mesmo público nos EUA. Entretanto, apesar das causas externas serem responsáveis por mais mortes, em números absolutos, no Brasil do que nos EUA, este agravo representa aproximadamente 30% dos óbitos das crianças e adolescentes brasileiras. Esses números se justificam devido à alta taxa de mortalidade infantil por afecções perinatais, as quais foram responsáveis por 20.907 mortes em menores de um ano de idade no Brasil em 2016, tendo assim uma representatividade pareável com a das causas externas (DATASUS, 2019).

Observou-se que no ano de 2017 no Brasil, o Capítulo XX da CID-10 ocupou o primeiro lugar nas causas de mortes de crianças e adolescentes (zero a 19 anos). Dados mais recentes do SIM (2020) evidenciaram que houve uma alta crescente, no número de óbitos de crianças menores de um ano de idade, por Afecções originadas no período do pré-natal, elevando assim, esta categoria para a principal causa de óbitos em crianças e adolescente no ano de 2018. Contudo, em crianças maiores de um ano de idade e em adolescentes, as causas externas representaram mais de 55% dos óbitos no referido ano.

Segundo o Observatório da Criança e do Adolescente (2019) a taxa de óbito desse público no Brasil foi de 31,5 por 100 mil habitantes em 2017. Essa mesma fonte traz que o Nordeste esteve, neste mesmo ano, com uma taxa de óbito de 40,4 por 100 mil habitantes, muito acima da média brasileira e tendo a taxa mais elevada dentre todas as cinco regiões do

país. Dados do DATASUS atuais (2020) também corroboram com estes achados, e, evidenciam que a região nordestina lidera as mortes em números absolutos no país, sendo responsável por mais de 37% dos óbitos de crianças e adolescentes por causas externas.

Estes números revelam a extrema necessidade que se intensifique a efetivação de políticas públicas de saúde, ou até mesmo a implantação de novas estratégias, visando, com urgência, minimizar esse número de mortes por causas preveníveis e evitáveis. O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2020) revela que o pior cenário desta situação no país é encontrado na Bahia, onde assume quase 11% do total de mortes de crianças e adolescentes, se aproximando da taxa de óbitos de toda a região Sul e ultrapassando a de toda a região do Centro Oeste com estes números. A Bahia assume o *ranking* dessas mortes nessa população, ficando a frente de estados como de São Paulo e Rio de Janeiro.

Esse elevado número de mortes, evidenciados através dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, mostram que existem lacunas que necessitam ser reparadas, através de intervenções imediatas, para que vidas deixem de ser ceifadas. A morte, em sua grande maioria, sempre traz sentimentos de tristeza, angústia e sofrimento, mesmo quando se reconhece a morte como um ciclo natural da vida, contudo, existe um abalo emocional muito maior, dos profissionais e, principalmente da família, frente à perda de uma criança e/ou adolescente, pois não se encontram preparados para a morte de uma pessoa jovem (ROCHA; ROCHA, 2018; SANTOS; RODRIGUES; MARTINS, 2018). Estes mesmos autores, trazem que tais sentimentos são despertados pela sociedade em geral, por entenderem que no momento da morte, seja de uma criança ou de um adolescente, ocorra o rompimento de um ciclo vital.

Além dos danos imensuráveis que estes óbitos infligem à família e a sociedade, existem os prejuízos mensuráveis, sendo aqueles causados pelo custeio do atendimento hospitalar, exames, recuperação e reabilitação do paciente, como também os dias não trabalhados e de afastamento durante todo o percurso terapêutico (SILVA; BIDARRA, 2017; CABRAL; KRANZ; ROSA, 2017). Outros danos provenientes das causas externas, dizem respeito à diminuição da expectativa de vida devido aos óbitos e aos que tem sua vida comprometida por sequelas, podendo estas ser temporária ou definitiva (CAMPOS *et al.*, 2015). Observa-se assim, a extrema necessidade de medidas resolutivas que proporcionem a mudança neste cenário, visando à melhoria na qualidade de vida da população e redução de custos com hospitalizações, otimizando recursos, para que estes sejam utilizados na prevenção deste agravo. Considerando que os indicadores de morbimortalidade por causas externas estão diretamente relacionados a fatores sociais e ambientais, nota-se então, a necessidade de

conhecer as dimensões históricas e sociais da concepção da infância e da adolescência para esse estudo.

2.2 O CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), efetivado por meio da Lei de número 8.069 de 1990, vem apoiado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que traz “com absoluta prioridade” os direitos das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 1998). Assim, a partir do ECA este público, até então negligenciado pelo poder público, se torna uma prioridade para o Estado, a nova legislação visa proteger e fornecer subsídios para que sejam oferecidas condições para o crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, os tornando, enfim, sujeitos de direito (MARCÍLIO, 2011; PASSETTI, p. 364, 2010). As mudanças começam a ocorrer de forma mais significativa para este público, é exigido do Estado uma atuação frente às demandas sociais que visem proteger e garantir os direitos das crianças e adolescentes. A flexibilização de pagamentos de tributos, até mesmo a sua isenção, sobre empresas e organizações não governamentais que beneficiem o público infanto-juvenil, levam ao aumento de serviços que garantem os direitos dessa população, diminuindo assim as demandas do Estado, que assume um papel de supervisão das ações ofertadas por estas instituições (PASSETTI, p. 368, 2010). Para além, este Estatuto criou os Conselhos Tutelares, sendo estes vitais para a proteção e a garantia dos direitos desse grupo populacional, possuindo como primordial missão a articulação para a criação e implementação de políticas públicas que supram as demandas, individuais e coletivas, das crianças e adolescentes em todo território nacional (OLIVEIRA, 2017; CARNEIRO *et al.*, 2018).

O ECA trouxe também a diferença e a classificação entre crianças e adolescentes. Observa-se que a infância constitui-se de uma construção histórica e cultural, estendendo-se desde o momento do nascimento até a entrada na adolescência. A idade com que a infância se encerra é ainda subjetiva, dependendo do desenvolvimento de cada indivíduo e do meio social em que está inserido (ARIÈS, 1978; SENNA; DESSEN, 2012). Pensando na proteção da criança e em políticas públicas voltadas para salvaguardar essa população, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu que infância é a primeira década de vida, mesmo período estipulado pelo Ministério da Saúde Brasileiro. Difere-se desses limites de idade o Estatuto da Criança e Adolescente, que estende o limite de idade da criança até os doze anos incompletos (BRASIL, 1990) e a Organização das Nações Unidas, que através da Convenção sobre os

Direitos da Criança, de 1989 definiu como crianças todos os indivíduos menores de 18 anos de idade (ONU, 2008), ressalta-se que essa convenção não diferencia criança de adolescente.

Ancorado em diferentes legislações e recomendações difundidas internacionalmente, a maioria dos países acatou o compromisso de responsabilizar-se pelo desenvolvimento seguro das crianças. Isso porque, em razão de sua imaturidade física e mental, as crianças necessitam de cuidados especiais, incluindo proteção de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. (ONU, 2008). Tais medidas contribuem para que desenvolvam habilidades específicas relacionadas a aspectos físicos, como crescimento e desenvolvimento de motricidade e destreza; e psicossociais, a exemplo do fortalecimento de vínculos, interações sociais, sentimento de confiança, controle das emoções, entendimento de limites e regras da sociedade em que vive (FREITAS, 1997) favorecendo uma infância segura e um desenvolvimento saudável.

As crianças e adolescentes seguem enfrentando desafios diários na esperança em que todos os seus direitos sejam providos e respeitados. Inúmeras críticas são feitas quando se trata desta garantia que deveria ser providenciada pelo Estado, principalmente no que tange a gestão das políticas públicas, onde em muitos casos não se cumpri a “prioridade absoluta” trazida pela Constituição e pelo ECA. (BARBIANI, 2016). Os investimentos na prevenção e na promoção da assistência, oferecida a esta comunidade vulnerável, são sumários para que estes não tenham seus direitos violados (CARNEIRO *et al.*, 2018). Por todo o mundo ações são dispensadas visando o controle de danos causados às crianças e aos adolescentes.

Mesmo em dias atuais, do século XXI, muitas mazelas antes controladas, e até mesmo erradicadas, voltam a ceifar as vidas deste público. Com o aparecimento de novas doenças e a mudança do perfil social e, conseqüentemente, epidemiológico da população brasileira, fez-se necessária a criação de novas ações e estratégias que viessem de encontro à nova realidade do país. Assim são criadas no ano de 2010 as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde e, mais tarde, em 2015 é publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), ambas visando à melhoria da qualidade de vida dessas populações e, com isso, um melhor crescimento e desenvolvimento do país (BRASIL, 2010, 2015).

Como panorama atual, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019) revelam que dos mais de 208 milhões de brasileiros no ano de 2018, mais de 65 milhões são de crianças e adolescentes, ou seja, 31,2% da população. O Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (2019) revelou ainda que mais da metade de todas as crianças e adolescentes brasileiras eram afrodescendentes em 2016, o que leva ao aumento de

suas condições de vulnerabilidade, assim como da violação de seus direitos e, conseqüentemente, a estarem mais susceptíveis a sofrerem danos biopsissociais, corroboram assim Barbiani (2016) e Carneiro *et al.* (2018).

A Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos, conhecida como Fundação Abrinq (Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos) pelos Direitos da Criança e do adolescente, ou simplesmente Fundação Abrinq, divulgou o Cenário da Infância e Adolescência no Brasil (2018) mostrando que a região nordeste encontra-se em segundo lugar, das cinco regiões do país, em números absolutos e na porcentagem de crianças e adolescentes em relação a toda população brasileira. Contudo, revela ainda que a região assume o primeiro lugar ao se tratar da pobreza no Brasil, o maior número de pobres e de extremamente pobres encontram-se no nordeste, assim como em relação ao trabalho infantil, em números absolutos lidera o *ranking* no país, foram 848.546 ocupações por crianças e adolescentes de cinco a 17 anos de idade no ano de 2016. No concernente a violência dos 10.676 homicídios da população entre zero e 19 anos, 4.614 ocorreram no nordeste, ou seja, somente esta região foi responsável por mais de 43% destas mortes. Segundo a UNICEF (2019) o Brasil é o país que mais concentra números absolutos de óbitos de adolescentes no mundo, superando estas mortes de países como o Iraque e a Síria que vivem em situação de guerra.

Ainda neste contexto, a Fundação Abrinq (2018) trouxe que a negligência foi a principal causa de violação dos direitos das crianças e dos adolescentes denunciada através do Disque 100 (canal criado pelo Ministério dos Direitos Humanos, para denúncias através deste número de telefone), assim como outras formas de violência também. Malta *et al.* (2016) mostra que a violência apresenta-se de diversas maneiras, física, sexual, a própria negligência, entre outras. Estas formas de violências são categorizadas junto a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como causas externas, as quais ainda inserem-se os acidentes. As causas externas (acidentes e violências) podem causar danos irreparáveis às crianças e adolescentes e comprometer a vida de seus familiares e da sociedade em geral, assim como em todo o mundo são consideradas um grande problema de saúde pública, responsáveis pela maioria das mortes de toda população mundial, como também da comunidade infanto-juvenil (MALTA *et al.*, 2016).

Dentre os principais motivos de hospitalização, de crianças e adolescentes em UTI, se destacam as doenças respiratórias e as causas externas. Estes agravos se sobressaem por ocasionarem um grande comprometimento no quadro clínico destes pacientes, que se não tratados com o suporte necessário, podem evoluir com sequelas permanentes e ao óbito

devido ao grande potencial de letalidade, assim evidenciados por estudos nacionais e internacionais (BENETTI *et al.*, 2020; MUNIZ; DIAS, 2019; COULTHARD *et al.*, 2019; MENDONÇA *et al.*, 2019; IBIEBELE *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2016).

As crianças devido a sua vulnerabilidade são potenciais vítimas das causas externas. A infância é o período que também abrange a fase de crescimento e desenvolvimento. Nessa faixa etária, observa-se como uma das principais características a curiosidade, que, atrelada a imaturidade do sistema motor, oportunizam a ocorrência de acidentes (TOLFO *et al.*, 2018). A violência, também inserida nas causas externas, é classificada como maus tratos para a Organização Mundial de Saúde (OMS). Metade das crianças de todo o mundo sofreram maus tratos no ano de 2017, sendo eles físicos e/ou emocionais, o abuso sexual, além das variadas formas de negligência e de exploração, comprometendo assim, a saúde desta população (WHO, 2017).

As crianças são dependentes das mais variadas formas de cuidados que devem ser dispensados pelos adultos. Sendo dever da família, da comunidade, da sociedade e, inclusive, do Poder Público assegurar estes direitos como traz o ECA (1990). Observa-se que o não cumprimento da legislação a esta parcela da população, atrelada a sua vulnerabilidade, as tornam mais susceptíveis a sofrerem vários tipos de traumas (MOREIRA *et al.*, 2017). A sua imaturidade impede de distinguir potenciais riscos, assim como o baixo desenvolvimento neuro-motor e sua curiosidade para a descoberta do novo, contribuindo para a ocorrência destes agravos.

Diante do exposto, nota-se a real necessidade da realização de ações que visem contribuir, de forma eficiente, no combate aos agravos que são totalmente preveníveis e evitáveis. Todos os setores da sociedade devem estar engajados nessas ações de proteção às crianças e adolescentes, sendo estes as escolas, a sociedade civil, os familiares e o governo (MALTA, 2016). Assim, é de suma importância que seja garantido o que traz a Constituição de 1988 e o ECA, tratar as crianças e adolescente como “prioridade absoluta”, é preciso que se concretize os direitos desses cidadãos brasileiros (CUNHA; OLIVEIRA, 2016), que por vezes são deixados a margem da sociedade e que em sua maioria são atendidos de forma insuficiente por políticas públicas criadas para sanar os direitos que lhe são imputados.

3 MÉTODO

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal retrospectivo, também denominada como pontual, corte, seccional ou de prevalência. A abordagem quantitativa é caracterizada pelo rigor na produção do conhecimento científico e possibilita a utilização de conceitos de outras ciências sociais por meio da integração de variáveis diversas (GABARDO e MORETTINI, 2013). Dentre os tipos de pesquisas quantitativas, destacamos os estudos transversais como útil para reconhecer e expor as distintas variáveis e suas associações. Esse tipo de estudo possibilita o primeiro momento de análise de uma associação, identificando dentro de uma população os desfechos existentes, elencando fatores que podem ou não estar associados a estes em diferentes graus de associação (ARAGÃO, 2011). Assim, por meio dessa metodologia é possível, conhecer o perfil e as causas da hospitalização de crianças e adolescentes em uma Unidade de Terapia Intensiva de referência em trauma.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público que atende pacientes de média e alta complexidade, sendo este a maior unidade hospitalar do estado da Bahia de referência em trauma. Tal serviço acolhe pacientes regulados de outras unidades de saúde do município e de todo o estado da Bahia, além dos atendimentos de urgências e emergências provenientes das demandas espontâneas, incluindo demandas clínicas. Fundado em 1990 e localizado na capital baiana, seu quadro profissional é formado por equipe multiprofissional da área de saúde e de apoio técnico (serviços gerais e de manutenção, por exemplo), possuindo servidores estatutários e terceirizados. Dispõe hoje de 319 (trezentos e dezenove) leitos, possuindo um complexo pediátrico que conta com emergência, enfermaria, Centro de Tratamento de Queimados, além da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), essa inaugurada em outubro de 2016, dispondo de 08 (oito) leitos (BAHIA, 2019).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para esse estudo foram utilizados os prontuários de crianças e adolescentes internados na UTIP nos anos de 2018 e 2019, disponíveis no SAME (Serviço de Arquivamento Médico e

Estatístico), sendo este o critério de inclusão, tratando-se de uma amostra por conveniência. Quanto à classificação de idades para este público, será adotada a definida pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), onde trazem que crianças são os indivíduos de zero a nove anos e os adolescentes àqueles que se encontram entre 10 e 19 anos de idade (BRASIL, 2018; OMS, 2017).

3.4 MATERIAIS E MÉTODOS

A coleta de dados deu-se através dos prontuários, utilizando um formulário construído, ao qual teve como referência as informações previamente retiradas dos impressos da unidade hospitalar. As variáveis analisadas foram: sociodemográficas (idade, sexo, e procedência) e clínicas (diagnóstico, dados vitais, nível de saturação de oxigênio (SaO₂), uso de dispositivo respiratório, Escala de *Glasgow* ou Escala de Agitação e Sedação de *Richmond* (RASS), todas estas variáveis no momento da admissão na unidade, além do quantitativo de dias de internamento na UTIP e o desfecho).

3.4.1 Protocolo de operacionalização do estudo

Após aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) iniciou-se a coleta de dados com análise dos prontuários, preenchendo a planilha de Excel com os dados da pesquisa. Os formulários contêm as iniciais do paciente e o número do prontuário para que se possam resgatar as informações no prontuário eletrônico.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram organizados e tabulados por meio do programa *Office Excel*, e após, foram transportados para o Programa Estatístico *Statistic Program for Social Sciences* (SPSS) versão 25, *software* utilizado para a análise estatística. No momento seguinte deu-se a análise descritiva com a finalidade de caracterizar e identificar as causas de hospitalização da população do estudo, sendo estes apresentados em formato de tabelas. Foram calculadas as frequências e percentuais para as variáveis categóricas e, para o teste de normalidade, foi utilizado Kolmogorov-Smirnov. Realizou-se a análise bivariada por meio do Teste Qui-Quadrado (χ^2) de Pearson e/ou Exato de Fisher, para avaliar possíveis associações entre os motivos das hospitalizações na UTIP com as características clínicas e sociodemográficas.

Para análise bivariada utilizou-se o Qui-Quadrado (χ^2) para investigar diferenças entre proporções ($p < 0,05$). As associações multivariadas foram testadas usando modelos de regressão logística, com critérios de *Stepwise* de seleção de variáveis, conforme o nível de significância estatística de $p \leq 0,05$.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 15413519.9.0000.5531) e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB (CAAE: 15413519.9.3002.0052). A submissão fez-se necessária, pois toda pesquisa envolvendo seres humanos individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, deverá ser submetida à apreciação de um CEP (BRASIL, 2012).

Por se tratar de um estudo documental com dados retrospectivos de prontuário já arquivados de pacientes que tiveram alta hospitalar, foi solicitado aos CEPs dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Essa decisão ancora-se na Resolução n.466/2012, a qual refere que “nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a sua dispensa deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento” (BRASIL, 2012).

Com vista a minimizar os riscos relacionados à confidencialidade e ao sigilo das informações coletadas nos prontuários, os pesquisadores garantiram o absoluto e restrito sigilo sobre a identidade dos participantes durante e após o término da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dessa investigação científica serão apresentados nessa Dissertação, por meio de dois manuscritos, estruturados conforme as normas ditadas pelas revistas científicas escolhidas para a submissão.

As temáticas abordadas nos manuscritos propõem-se, a contemplar os objetivos propostos nessa pesquisa científica.

O primeiro manuscrito, intitulado “Caracterização das Hospitalizações por Causas Externas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica”. traz de forma mais específica à hospitalização das crianças e dos adolescentes, vítimas das variadas consequências advindas do trauma físico, tendo em vista, caracterizar os motivos destas hospitalizações.

Já o segundo manuscrito, “Fatores Associados à Hospitalização de Crianças e Adolescentes em uma Unidade de Terapia Intensiva”, teve como objetivo descrever os fatores associados a essa hospitalização, evidenciando os motivos destes internamentos, bem como, as causas associadas.

Por meio destes dois manuscritos, acredita-se poder contribuir com a comunidade científica, que tem como objeto de estudo a hospitalização de crianças e adolescentes, com informações e dados originais de um estudo realizado em uma UTIP de referência em trauma. Para além, como finalidade primordial deste estudo, têm-se a convicção que os resultados apresentados nesta dissertação, poderão contribuir para a prevenção destes traumas (acidentes e violências) nesta população vulnerável.

Tendo os objetivos desta Dissertação contemplados por meio destes manuscritos, ao qual se propôs quanto ao objetivo geral o de analisar as características destas hospitalizações e aos objetivos específicos os de identificar os fatores associados e de caracterizar os motivos destas hospitalizações por causas externas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, têm-se que a discussão desta pesquisa encontra-se presente nos dois manuscritos.

MANUSCRITO 1: “Caracterização das Hospitalizações por Causas Externas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica”.

Manuscrito a ser submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, encontra-se nas normas da referida revista em conformidade com as “Instruções para colaboradores”, disponível no link <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/uploads/arquivos/Instrucoes->

para-colaboradores-2019.pdf>. Este periódico é classificada com Qualis A3 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CARACTERIZAÇÃO DAS HOSPITALIZAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

CHARACTERIZATION OF HOSPITALIZATIONS FOR EXTERNAL CAUSES IN A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

RESUMO: O estudo objetiva descrever os motivos de hospitalizações por causas externas em uma Unidade Terapia Intensiva Pediátrica. Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, desenvolvida em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público de referência em trauma na cidade de Salvador, Bahia. A coleta de dados efetuou-se por meio da consulta dos prontuários, norteadas por um formulário de elaboração própria com informações de crianças e adolescentes hospitalizadas no ano de 2018 e 2019. Foram avaliadas 305 internações de infantojuvenis, que necessitaram de cuidados intensivos por causas externas. A maioria das hospitalizações ocorreu por queimaduras (24,3%), quedas (22,3%), acidentes de trânsito (20,4%) e violências (10,5%). Conclui-se que, independentemente de sua classificação, as causas externas persistem acometendo crianças e adolescentes, sendo urgente a implementação de ações preventivas, que devem ser intensificadas em tempos de pandemia.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Causas Externas. Crianças. Hospitalização. Enfermagem.

ABSTRACT: The study aims to describe the reasons for hospitalizations for external causes in a Pediatric Intensive Care Unit. This is a descriptive, retrospective research, developed in a Pediatric Intensive Care Unit of a public trauma reference hospital in the city of Salvador, Bahia. Data collection was carried out through the consultation of medical records, guided by a form of own elaboration with information from children and adolescents hospitalized in the year 2018 and 2019. 305 hospitalizations of children and adolescents who required intensive care due to external causes were evaluated. Most hospitalizations occurred due to burns (24.3%), falls (22.3%), traffic accidents (20.4%) and violence (10.5%). It is concluded that, regardless of their classification, external causes persist, affecting children and adolescents, and it is urgent to implement preventive actions, which must be intensified in times of pandemic.

Keywords: Pediatric Intensive Care Units. Accidental Injury. Children. Hospitalization. Nursing.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as causas externas apresentam-se como um dos principais motivos que contribuem para o elevado índice de morbimortalidade infantil. Essa preocupante realidade está atrelada a constante violação da garantia de direitos das crianças e adolescentes, que deveriam ser assegurados pela sociedade conforme é preconizado pela lei. Diante dessa situação, urgem estratégias de prevenção e enfrentamento desse agravo.

A mortalidade infantojuvenil por causas externas tem sido um problema de saúde pública no cenário mundial e nacional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2018, foram a óbito cerca de 6,2 milhões de crianças e adolescentes menores de 15 anos, sendo que mais 1,2 milhão mortes ocorreram por causas evitáveis. Ainda que nos últimos anos tenha havido redução nos números de mortalidade infantil no Brasil, as causas externas, onde se inserem as consequências da violência, representam o segundo motivo de mortalidade em crianças e adolescentes¹. Os indicadores de mortalidade para a população infantojuvenil revelam as perdas de vidas precoces, todas as vítimas por causas evitáveis, onde se insere as violências.

As causas externas, quando não evoluem para óbito, podem provocar lesões que necessitem de tratamentos em serviços hospitalares, aumentando os índices de morbidade, nos casos mais graves com internações em Unidades de Terapia Intensiva. Estudo norte americano com objetivo de compreender a epidemiologia desses agravos identificou que aproximadamente 250.000 jovens entre 10 a 19 anos precisaram de atendimentos em serviços de urgência para tratamento por lesões decorrentes de causas externas². Nos hospitais deste mesmo país, ocorreram 7,7 milhões de internamentos por lesões em crianças e adolescentes³. Uma pesquisa realizada na África, que avaliou durante o período de 11 anos os fatores preditores de hospitalização por queimaduras em crianças e adolescentes (0-16 anos), revelou extensas lesões corporais e situações de gravidade com evolução para paradas cardiorrespiratórias⁴. No Brasil, as hospitalizações por causas externas em crianças e adolescentes durante os anos de 2017, 2018 e 2019 ocuparam o 5º lugar como motivos de hospitalização para essas faixas-etárias⁵.

Os dados de morbimortalidade refletem a violação de direitos e indicam os impactos negativos deixados pelos agravos por causas externas, que repercutem em prejuízos de ordem

social e financeira. Considerando que vidas perdidas precocemente impactam no cenário econômico de todos os países e diante a necessidade de intervir neste contexto, no ano de 2018, a OMS lançou o *World Health Statistics* e o resultado desse relatório levou à criação da meta 3.6 dos Objetivos do Milênio Sustentável a qual indica que os países devem reduzir até o ano de 2030 a mortalidade e as lesões provocadas por causas externas⁶. No Brasil, um exemplo desse compromisso para com o público infante-juvenil remete ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que assegura a proteção física, emocional e social e a punição mediante ação ou omissão que viole estes direitos fundamentais⁷. No entanto, os números de crianças e adolescentes que sofrem causas externas, sejam elas acidentais ou provocadas, levam a reflexão acerca da interface destes eventos com a negligência e a violência, condutas também condenadas pelo ECA.

Considerando que as crianças e adolescentes estão morrendo ou ficando com sequelas por questões relacionadas a acidentes e violências, é necessário que medidas de prevenção sejam revistas e ou implementadas com o objetivo de garantir à atenção integral a saúde de crianças e de adolescentes. Todavia, a fim de planejar medidas preventivas e protetoras, é preciso conhecer quais são os agravos mais prevalentes que levam a internações desse público. Nessa perspectiva, o estudo adota como objetivo descrever os motivos de hospitalizações por causas externas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital público de referência em trauma na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. A coleta de dados foi realizada durante os meses de novembro de 2019 a março 2020.

Compuseram a amostra deste estudo crianças e adolescentes hospitalizadas no ano de 2018 e 2019, vítimas de causas externas, sendo este o critério de inclusão. Foram excluídos os prontuários de crianças e adolescentes com outro tipo de diagnóstico.

A coleta de dados efetuou-se por meio da consulta dos prontuários, norteadas por um formulário de elaboração própria. As variáveis analisadas foram: sociodemográficas (idade, sexo) e clínicas (motivo da internação: causas externas). Realizada por uma equipe previamente treinada, os dados foram coletados, posteriormente revisados pelo pesquisador principal, sendo as inconsistências verificadas e corrigidas por pares.

Os dados coletados foram processados pelo Programa Estatístico *Statistic Program for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, com a finalidade de identificar os tipos de causas externas que acometeram a amostra e caracterizá-las quanto ao sexo e a idade, sendo estes apresentados em formato de tabelas.

O estudo foi conduzido de acordo com as recomendações da Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CAAE: 15413519.9.0000.5531) e pelo CEP da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, por meio da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Neto (CAAE: 15413519.9.3002.0052) que dispensou a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando que a fonte de dados retrospectivo em prontuários e o anonimato foi assegurado.

RESULTADOS

Entre os anos de 2018 e 2019, foram avaliados 443 prontuários, dos quais 305 eram de crianças e adolescentes que necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva devido às causas externas. A maioria das hospitalizações por este agravo deu-se por queimaduras (24,3%), quedas (22,3%), acidentes de trânsito (20,4%) e as violências (10,5%). Dentre outros tipos de causas externas foram encontrados: broncoaspiração (7,2), intoxicação exógena (3,6%), afogamento (3,0%), mergulho em águas rasas (1,3%), além de outros traumas não classificados (7,5%).

As principais causas externas encontradas nessa amostra foram destacadas em relação à faixa etária e sexo (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de pacientes admitidos em uma UTIP por causas externas, de um Hospital Público de referência em trauma, quanto à faixa etária e sexo, nos anos de 2018 e 2019 (n=305), em Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Faixa etária anos – n (%)	Queimaduras N=74	Queda N=68	Ac. Transporte N=62	Violência N=32	Outras CE* N=69
< 1	7 (9,5)	11 (16,2)	1 (1,6)	4 (12,5)	5 (7,3)
1-4	45 (60,8)	25 (36,8)	16 (25,8)	3 (9,4)	33 (47,9)
5-9	12 (16,2)	17 (25)	18 (29)	5 (15,6)	13 (18,8)

Sexo-n(%)					
Masculino	41 (55,4)	46 (67,6)	47 (75,8)	26 (81,3)	41 (59,4)
Feminino	33 (44,6)	22 (32,4)	15 (24,2)	6 (18,8)	28 (40,6)

*CE: Causas Externas

DISCUSSÃO

O estudo revelou que queimadura (24,3%), queda (22,3%), acidente de transporte (20,4%) e violência (10,5%) constituem os principais motivos de hospitalizações por causas externas na UTIP estudada. Embora em ordem diferente, porém com percentuais semelhantes, exceto para as queimaduras, pesquisa realizada no Rio Grande do Sul evidenciou serem estas as principais causas de internações hospitalares por causas externas: quedas (29%), acidentes de transporte (19%), as agressões (9%) e as queimaduras (8%)⁸. A diferença de percentual referente a queimadura, pode estar diretamente atrelada ao fato do lócus da pesquisa ser referência em trauma e dispor de um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) pediátrico.

Estudo realizado em Campinas, São Paulo, ao qual foram observadas as características de crianças e adolescentes atendidas nos serviços sentinelas de urgência da cidade, mostrou que os acidentes mais recorrentes foram quedas, acidentes de transporte e queimaduras⁹, sugerindo a ocorrência de diferenças, no que tange a classificação ordinal destas causas, segundo localizações geográficas e ou regionais. O acidente de transporte, a queda e a queimadura, respectivamente, também foram evidenciados enquanto motivos mais prevalentes de hospitalizações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPs) em pesquisa realizada durante sete anos na Austrália, com 542 casos de trauma pediátrico entre a faixa etária de zero a quinze anos. Destes pacientes, quase metade (41,7%) estava gravemente ferida, sendo necessária em alguns casos intervenção cirúrgica, o que sinaliza para os riscos que esses agravos podem ocasionar na vida dessas crianças¹⁰. Apesar das diferenças na ordem relativas aos motivos que levaram a hospitalização, todas as pesquisas evidenciaram altos indicadores de internamentos por causas externas, evidenciando o impacto significativo, causado por estes agravos, a vida desta população.

Alerta-se ainda para a faixa etária entre 1 e 4 anos, responsável por mais de 60% das hospitalizações. Nessa faixa etária, as crianças estão apresentando maior independência motora, não mais aceitando ficar somente nos braços, conduta que presume maior proteção atestada pelas menores taxas de quedas e queimaduras antes de completar 1 ano. Deste modo,

a partir dessa idade, as crianças passam mais tempo ativas, porém ainda não apresentam coordenação motora plenamente amadurecida, realidade que as tornam mais vulneráveis aos acidentes, como as quedas¹¹⁻¹².

Outra característica própria do desenvolvimento das crianças, e que potencializa os riscos de acidentes, diz respeito à curiosidade, visto estas que tendem a explorar os diferentes espaços físicos, inclusive da própria casa, ficando assim mais propícias a acidentes de uma forma geral. Corroborando, estudo realizado no Hospital Geral de Maceió, Alagoas, aborda acerca da tendência das crianças em puxarem para si mesmas objetos que lhe chamam atenção, incluindo painéis e demais utensílios, o que pode provocar acidentes. Dentre as lesões nos pacientes pediátricos, a queimadura de 2º grau foi a mais predominante, sendo o tórax a região mais afetada, evidenciando dessa forma a gravidade que o ambiente doméstico, especialmente a cozinha, pode causar por ser um local onde ocorre o constante manuseio do fogo e preparo de comidas quentes¹³.

A pouca habilidade motora e a curiosidade, alinhadas a pouca ou nenhuma capacidade para prever e evitar situações de perigo, acabam por predispor ao risco de acidentes. A realização de tarefas de acordo com sua fase de desenvolvimento influencia em seu processo de autonomia motora, fundamental na percepção de proteção e o senso do que é perigo. Com o amadurecimento motor e cognitivo, à medida que as crianças vão crescendo e se desenvolvendo, nota-se uma redução nas taxas de queimaduras e quedas.

Na contramão dessa tendência, se evidencia que os casos de acidentes de trânsito motivaram as hospitalizações em crianças maiores de 5 anos de idade. Isso pode estar relacionado ao fato de que crianças acima de cinco anos apresentam um maior controle motor para realizar algumas ações. Ratificando esse achado, estudo desenvolvido no Hospital Acadêmico Chris Hani Baragwanath (CHBAH), na África, aponta que as crianças na faixa etária entre 5 e 9 anos são as principais vítimas de acidentes de trânsito, sendo essa realidade atrelada ao início de uma maior independência. No continente africano, o fato de que muitas crianças durante essa idade estão começando a ir sozinhas para escola e outros lugares, aliado a falta de atenção no trânsito se constituem enquanto fatores de risco. Ciente dessa situação, em KwaZulu-Natal, cidade africana, foram implementadas medidas que proporcionaram um trânsito mais tranquilo nas áreas próximas das escolas, o que conseqüentemente diminuiu o índice de acidentes com crianças em 23%¹⁴.

Destaca-se que as diferenças encontradas nos diversos cenários mundiais podem estar relacionadas aos fatores sociais de cada local. Países desenvolvidos apresentam maior incidência por acidentes de trânsito, enquanto neste estudo encontramos a prevalência de

queimaduras. Essa diferença revela que crianças estão em ambientes suscetíveis a queimaduras, como o domicílio, enquanto nos países desenvolvidos as crianças passam a maior parte do tempo nas escolas. O UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) traz que as crianças nesses países possuem um maior acesso a educação que em países subdesenvolvidos, sobretudo nas séries iniciais dedicadas ao período da primeira infância¹⁵. Infere-se que investimentos em educação, com o oferecimento de escolas públicas em tempo integral, podem favorecer para a minimização dos indicadores de acidentes domésticos e minimizar os gastos públicos com saúde que podem ser revertidos para a educação.

Percebe-se ainda que, exceto os acidentes de trânsito, as causas de internamentos por causas externas, como queimaduras, quedas, broncoaspiração, intoxicação exógena, choque elétrico, entre outros, ocorrem hegemonicamente no cenário domiciliar, com prevalência para o sexo masculino. Diversos estudos corroboram tais evidências, quando trazem que o domicílio é o lugar onde ocorre a maioria dos acidentes infantis, sendo este, um ambiente de grande risco para as crianças, com destaque para os meninos, uma vez que devido a construção de gênero eles são incentivados, desde pequenos, a realizarem atividades consideradas radicais e perigosas^{16,8-9}. Ainda que com uma maior prevalência em meninos, o presente estudo mostra que ambos os sexos estão vulneráveis a acidentes dentro de casa. Tal contexto de acidentes recorrentes pode ser justificado pelo fato dessas crianças e adolescentes permanecerem a maior parte do tempo em suas residências, onde acontece à maioria dos acidentes.

Assim, independentemente do tipo de causas externas de internamento em crianças e adolescentes, merece destaque a preocupação com situações de violência, onde se insere a negligência, principalmente quando consideramos que mais de 70% dos casos vitimaram crianças menores de cinco anos de idade. A este respeito, estudo realizado em um Hospital de Trauma na Dinamarca, durante 10 anos, evidenciou que os principais responsáveis pelas hospitalizações foram os acidentes e a violência¹⁶, que se expressa não somente pela ação, como também omissão. Diante disso, é importante pontuar que a negligência representa uma das principais causas de violência infligida ao público infantojuvenil, responsável pela maioria das hospitalizações pediátricas por causas externas, causadas, dentre outros aspectos, pela omissão de cuidados dos pais e/ou responsáveis¹⁷. Isso faz-se refletir que, embora seja apresentada em quarto lugar nos achados dessa pesquisa, a violência pode estar mascarada nas demais causas externas elencadas.

Segundo dados da Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), por ano aproximadamente um bilhão de crianças no mundo são vítimas de violência¹⁸, realidade que

sinaliza para a constante violação de direitos desses menores. Esses valores tornam-se ainda mais preocupante considerando que a subnotificação de casos de violência é uma realidade, seja eles por meio das agressões físicas, psicológicas e/ou sexuais. No Brasil, esse fato é representado por 233 casos de agressões diárias notificadas do público infantojuvenil que tem vivenciado essa situação, sendo esta causa responsável por 13,5% dos internamentos¹⁹.

Diante a vulnerabilidade de experienciar acidentes/violências no espaço doméstico, urge uma atenção especial às crianças, sobretudo no contexto atual de pandemia pela Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), devido o distanciamento social que resulta no confinamento das crianças no espaço doméstico. Soma-se o cenário comum de mães e pais acumulando tarefas domésticas e laborais, além de precisarem acompanhar as atividades escolares dos filhos, confinados meses em casa, sem lazer ou atividades em grupo²⁰. Toda essa situação é propícia, não só para a ocorrência de acidentes, como também para violência, principalmente quando associada à redução de carga horária ou mesmo perda do trabalho, que geram impactos sociais e econômicos nas vidas das famílias, situação que predispõe a violência. Assim, no período em que o distanciamento social revela-se enquanto medida efetiva para o controle da transmissão do vírus, a atenção para os acidentes e a violência no âmbito doméstico deve ser redobrada.

Um alerta foi observado por meio de um estudo realizado em uma emergência pediátrica na Padova na Itália, o qual identificou que os internamentos por acidentes domésticos em crianças maiores de 1 ano, durante a pandemia pela COVID-19 (Doença do Coronavírus 2019), aumentaram significativamente quando comparados com o mesmo período do ano anterior²¹. Diante desse contexto, a Academia Nacional de Medicina (2020) recomenda que os pais mantenham supervisão constante sobre as crianças, que nunca as deixem sem a supervisão de um adulto, sobretudo quando estiverem realizando trabalho remoto. Nesse cenário doméstico é de responsabilidade dos pais e/ou responsáveis reconhecer os riscos desses acidentes e agir de forma preventiva.

No contexto preventivo para os acidentes e as violências, os profissionais da saúde e educação são de extrema importância no que tange ao processo de orientação aos familiares e/ou responsáveis, atuando de maneira incisiva quanto à necessidade do cuidado, da vigilância e da proteção para as crianças. Também para alertá-los sobre a sua responsabilidade na esfera civil e criminal na ocorrência desses eventos, uma vez que judicialmente a prática de maus tratos e violência contra criança se constitui como um elemento preditor para a perda da guarda do menor²².

Entendendo a importância da harmonia familiar e da necessidade das crianças de serem protegidas por pais e mães²³, os profissionais precisam estar comprometidos com ações preventivas a fim de evitar tais danos às crianças/adolescentes e conseqüentemente esse desgaste na relação familiar. Diante o exposto, as ações de caráter preventivo podem ser articuladas a partir do Programa Saúde na Escola (PSE), iniciado desde 2007 pelo Governo Federal, que atua de maneira intersetorial contemplando as áreas das redes públicas de saúde e educação, com intuito de proporcionar e estimular o desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos no âmbito da cidadania e qualificação das políticas públicas brasileiras. Diante a importância do olhar crítico também parte das(os) educadoras(es) para identificar precocemente os casos de vulnerabilidade desse público infante-juvenil, já que interagem significativamente com este, acredita-se que o PSE possibilitará a implementação de medidas socioeducativas, a exemplo, da prevenção de violências e acidentes.

Ainda no que tange a ações de prevenção desses agravos, é importante ressaltar que elas devem ocorrer nos diversos âmbitos do cuidado, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) um dos principais meios para a condução dessas ações preventivas, inclusive a partir de consultas das diversas especialidades do cuidado da população infantojuvenil. Esse espaço tem recebido destaque para a atuação das enfermeiras, não apenas pelo caráter educativo da formação, mas também por ocuparem cargos de gestão nos diversos espaços da Atenção Primária à Saúde. Nesse cenário, as profissionais, a partir da aderência ou não ao PSE, podem investigar as relações familiares para avaliação do grau de segurança e proteção das crianças e conseqüentemente mensuração do risco de acidentes por causas externas ou mesmo de negligências e/ou violências, sobretudo em tempos de distanciamento social quando suas redes de apoio social encontram-se limitadas, devido afastamento de pessoas confiáveis, como professoras, colegas e familiares.

Inferese que a mudança de conduta no cuidado ao público infante-juvenil requer ainda uma pactuação entre os espaços de atendimento e de formação profissional, a fim de contribuir para atuação em serviço de forma comprometida com a vida humana, principalmente quando se trata de seres com escassos recursos de defesa. Nesse sentido, experiência exitosa utilizada na investigação da violência defende o seguinte fluxo: identificar os casos, notificar, acolher, encaminhar a outros setores, orientações às famílias em situação de violência e atendimento/tratamento para as vítimas²⁴.

Nesse ínterim, é preciso uma discussão acerca do preparo profissional para investigação destas causas. A dificuldade ou ausência da investigação detalhada pelos profissionais de saúde sobre os motivos que ocasionaram os agravos pode estar relacionado a

falta de capacitação para atuar diante dessas circunstâncias, conforme assinala estudo realizado na Turquia, no qual apenas 1% dos 1012 profissionais de saúde notificam e denunciam casos de violência. Os entrevistados afirmaram que a falta de capacitação sobre como agir diante dessa situação e o receio do que pode ocorrer com a criança mediante a denúncia são os principais motivos de evitarem realizar a notificação mesmo identificando os casos de violência e abuso infantil²⁵.

É preciso considerar que notificar ou não notificar consiste, entretanto, em uma pequena parcela diante a problemática em torno da não percepção das implicações da negligência profissional ao não investigar situações de violência e corresponsabilizar por futuros danos, ou até mesmo a morte de indivíduos que não tem como se defender e que chegam às unidades de saúde, espaço de poder para intervenção. Por isso, os processos educacionais, seja na graduação, pós-graduação ou em educação em serviço, são essenciais para a formação dessa consciência e atitude de prevenção de agravos às crianças, que não se limita ao cuidado técnico-assistencial onde são avaliados prioritariamente os aspectos físicos e biológicos, mas deve transcender para o interesse de investigar a situação que levou à hospitalização, através da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de negligências e violências e/ou a mobilização imediata das gestoras para implementação de políticas e protocolos para tal fim.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. Assim, no sentido de garantir a criança proteção necessária, o cuidado profissional deve transcender a assistência técnica e pautar-se na responsabilização da vida da criança/adolescente, o que abrange a investigação do caso e possibilidade a avaliação para que esta retorne ao seu lar em segurança. Para isso, é imprescindível que os profissionais estejam sensíveis e comprometidos a “não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano” e atuar profissionalmente “ao serviço da humanidade, à saúde e ao bem-estar”, a exemplo do que preconiza os juramentos da enfermagem e medicina, respectivamente.

Considerando o preconizado pelo ECA, é “dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” às crianças e adolescentes²⁶. Nesse contexto, é preciso comprometer ainda mais a sociedade em geral e o Estado, a fim de garantir um crescimento saudável e seguro e

consequentemente o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social da população infanto-juvenil.

CONCLUSÃO

O estudo revela que as queimaduras, as quedas, os acidentes de trânsito e a violência constituem os principais tipos de agravos que levam crianças e adolescentes a precisarem de um cuidado intensivo em unidade de terapia intensiva, evidenciando a prevalência de causas externas em uma amostra dessa população no estado da Bahia. Diante dessa caracterização, nota-se que, independentemente da classificação não necessariamente alinhada a outros estudos nacionais e internacionais, causas externas persistem acometendo crianças e adolescentes, sendo urgente a implementação de ações preventivas, que devem ser intensificadas em tempos de pandemia.

Considerando a possível interface com situações de negligências/violências, urgem ações com foco no cuidado às crianças e adolescentes no âmbito das UTIP que investigue os casos de hospitalização por causas externas com foco no cuidado a este público e garantia de retorno a um lar que não as coloquem em risco para novos agravos. É preciso uma gestão que priorize a redução nos índices de morbimortalidade por causas evitáveis, seja através da institucionalização de protocolo para investigação de causas violentas para todos os casos de causas externas que gerem hospitalizações, seja por meio de medidas preventivas para prevenção e/ou reconhecimento precoce de situações de violência, o que pode ser favorecido a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), potencializada por meio da articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE).

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS)[Internet]. 2020. [acessado 2020 Abr 23]. Unicef e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas Available in: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>
2. Ballesteros MF, Williams DD, Mack KA, Simon TR, Sleet DA. The Epidemiology of Unintentional and Violence-Related Injury Morbidity and Mortality among Children and Adolescents in the United States. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 08]; 28;15(4):616. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5923658/>

3. Fomukong NH, Mefire AC, Beyiha G, Lawrence M, Edgar MML, Nkfusai NC, Cumber SN. Predictors of mortality of pediatric burn injury in the Douala General Hospital, Cameroon. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dez 28]; 33(189). Available in: <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.189.18498>
4. Safe kids worldwide. Why it matters. 2020. [cited 2020 Jun 23]. Available in: <https://www.safekids.org/why-it-matters>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. 2018. Datasus. Banco de Dados. [acessado 2019 Set 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
6. World Health Organization (WHO). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 24]. Available in: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
7. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. [acessado 2020 27 Jun]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 04 julho. 2020.
8. Cabral J, Kranz LF, Rosa RS. Perfil das internações por causas externas no SUS entre crianças e adolescentes no município de Porto Alegre, 2010-2013. *Gestão em saúde no Rio Grande do Sul: casos, análises e práticas* [Internet]. 2017 [acessado 2020 Feb 28]; 2:209-233. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159723/001022728.pdf?sequence=1>
9. Zimmermann SF, Fraga AMA, Morcillo AM, Silveira NYJ, Antonio MARGM. Acidentes com crianças e adolescentes, segundo o Inquérito Sentinela. *Rev Ciênc Med* [Internet]. 2018 [acessado 2020 Jan 07]; 27(3):115-124. Available in: <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n3a4315>
10. Coulthard MG, Varghese V, Harvey LP, Gillen TC, Kimble RM, Ware RS. A review of children with severe trauma admitted to pediatric intensive care in Queensland, Australia. *PloS One* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 07]; 14(2): e211530. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211530>
11. Brito MA, Melo AMN, Veras IC, Oliveira CMS, Bezerra MAR, Rocha SS. Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos. *Rev Gaucha Enferm.* [Internet]. 2017 [acessado 2020 Jun 28]; 38(3):e2017-0001. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0001>
12. Konstantyner T, Mais LA; Taddei JAAC. Factors associated with avoidable hospitalisation of children younger than 2 years old: the 2006 Brazilian National Demographic Health Survey. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015 [acessado 2019 Abr 26]; 14(69). Available in: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0204-9>
13. Moraes MGL, Santos ML, Costa AB, Silva MR, Oliveira KCPN, Maciel MPGS. Causas de queimaduras em crianças atendidas em um hospital público de Alagoas. *Revista*

- Brasileira de Queimaduras [Internet]. 2018 [acessado 2020 Jun 26];17(1):43-49. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/416/pt-BR/causas-de-queimaduras-em-criancas-atendidas-em-um-hospital-publico-de-alagoas>
14. Patel N, Khofi-Phiri I, Mathiva LR, Grieve A, Loveland J, Nethathe GD. Trauma related admissions to the PICU at Chris Hani Baragwanath Academic Hospital, Johannesburg. *Pediatr Surg Int* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun]; 26 (33):1013–101. Available in: <https://doi.org/10.1007/s00383-017-4125-0>
 15. United Nations Children's Fund (UNICEF). A World Ready to Learn: Prioritizing quality early childhood education. [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 24]. Available in: <https://data.unicef.org/resources/a-world-ready-to-learn-report/>
 16. Ekström DS, Larsen RH, Lauritsen JM, Færgemann C. Children and adolescents admitted to a university-level trauma centre in Denmark 2002-2011. *Dan Med J* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 12];64(4):A5356. Available in: <https://ugeskriftet.dk/dmj/children-and-adolescents-admitted-university-level-trauma-centre-denmark-2002-2011>
 17. Santomé LM, Leal SMC, Mancia JR, Gomes AMF. Crianças hospitalizadas por maus-tratos em UTI de serviço público de saúde. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2018 [acessado 2020 Jul 02]; 71(3):1420-1427. Available from. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0502>
 18. Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Países estão falhando em prevenir a violência contra crianças, alertam agências. 2020 [cited 2020 Jun 28]. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/paises-estao-falhando-em-prevenir-violencia-contra-criancas>
 19. Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB). 233 casos de violência física ou psicológica contra crianças e adolescentes são notificados todos os dias. 2019 [acessado 2020 Jun 28]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/233-casos-de-violencia-fisica-ou-psicologica-contra-criancas-e-adolescentes-sao-notificados-todos-os-dias/>
 20. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [acessado 2020 Jun 28]; 36 (4): e00074420. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x0007442>
 21. Bressan S, Gallo E, Tirelli F, Gregori D, da Dalt L. Lockdown: more domestic accidents than COVID-19 in children. *Arch Dis Child*. [Internet]. 2020. [acessado 2020 Jul 01]. Available in: <https://adc.bmj.com/content/early/2020/06/01/archdischild-2020-319547>
 22. Barros FLR, Silva EG, Freitas MV, Coutinho DJG. Guarda compartilhada: um direito da criança a partir das novas formatações familiares. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* [Internet]. 2020 [acessado 2020 Jul 09];6 (2): 01-19. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/68/35>

23. Veríssimo MDLOR. The irreducible needs of children for development: a frame of reference to health care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 09];51:e03283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017017403283>
24. Lourenço LM, Paula Junior GV. Violência Doméstica na Agenda da Saúde: Crenças de Gestores de uma Microrregião. *Gerai: Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2020 Jan [acessado 2020 Jun 29]; 13(1):1-18. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000100013&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130112>
25. Kural D, Abbasoglu Z, Tanboga I. Awareness and experience regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 28];44(2):100-106. doi: 10.17796/1053-4625-44.2.6
26. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 6 dez .2007. [acessado 2020 Jul 05]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

MANUSCRITO 2: “Fatores Associados à Hospitalização de Crianças e Adolescentes em uma Unidade de Terapia Intensiva”

Manuscrito submetido no dia 02 de junho de 2020 à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), encontra-se nas normas da referida revista em conformidade com as “Instruções aos autores”, disponível no link <<http://reben.com.br/revista/instrucoes-aos-autores/>>. Este periódico foi classificado com Qualis A2 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em julho de 2019.

FATORES ASSOCIADOS À HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FACTORS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

RESUMO

Objetivo: Descrever os fatores associados à hospitalização de crianças e adolescentes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Estudo quantitativo, do tipo corte transversal, realizado em um hospital público no Nordeste do Brasil, com análise dos prontuários da UTI Pediátrica nos anos de 2018 e 2019. Os dados foram processados pelo SPSS (25.0). Aplicou-se o Teste *Qui-quadrado* e os valores foram significantes ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Dos 326 prontuários analisados, 68% foram hospitalizações por causa externas. Estas, na análise bivariada, foram associados à procedência de outros municípios ($p < 0,001$), faixa etária de 1-4 anos ($p = 0,020$), sexo masculino ($p = 0,032$), tempo de internação de até sete dias ($p < 0,001$) e alta como desfecho ($p = 0,035$). No modelo final da análise multivariada, foram significantes: procedência de outros municípios ($p < 0,001$) e tempo de internação de até sete dias ($p < 0,001$).

Conclusão: O estudo mostra que meninos, com idade de um a quatro anos, residentes no interior estão mais propensos à hospitalização por causas externas, embora com desfecho positivo relativo à alta hospitalar e ao tempo de internamento inferior a sete dias.

Palavras-chave: Causas Externas. Crianças. Adolescentes. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospitalização.

INTRODUÇÃO

As causas externas em crianças e adolescentes vêm se mostrando uma preocupação mundial, sobretudo devido aos altos índices de morbimortalidade com impactos diretos sobre o setor saúde. Diante a necessidade de redução desses índices, faz-se necessário desenvolver ações no sentido de intervir nos fatores que levam a esta magnitude.

No ano de 2017, a cada cinco segundos, uma criança ou adolescente morreu no mundo, sendo as causas evitáveis, dentre as quais acidentes de trânsito e afogamentos, as principais responsáveis por estes óbitos, conferindo um total 6,3 milhões de vítimas no final do ano⁽¹⁾. Dados de mortalidade de crianças e adolescentes do Brasil, México, China e Índia constataram que estes agravos vêm sendo uma das principais causas de óbitos nestes países, com destaque para os acidentes de trânsito, afogamentos, homicídios e suicídios⁽²⁾.

No que tange a morbidade, dentre os principais motivos de hospitalização de crianças e adolescentes em UTI encontram-se as causas externas. Estas trazem inúmeros prejuízos às vítimas e a seus familiares, tanto emocionais quanto físicos. Quando as vítimas evoluem com piora de seu quadro clínico, muitas vezes devido à intensidade e ao dimensionamento das lesões causadas por estas patologias, podem demandar por cuidados em unidades de terapia intensiva (UTI). Nesse sentido, estes agravos se sobressaem por ocasionarem um grande comprometimento no quadro clínico destes pacientes que, se não tratados com o suporte necessário, podem evoluir com sequelas permanentes e resultar em óbito, sinalizando para o grande potencial de letalidade, assim evidenciados por estudos nacionais e internacionais⁽³⁻⁹⁾.

Esses dados revelam fragilidades nas políticas públicas e de saúde no que se refere à proteção e garantia de crescimento saudável e seguro de crianças e adolescentes, direito este garantido por lei em território brasileiro, visto que a Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a seguridade para o desenvolvimento das potencialidades humanas e qualidade de vida dessas faixas etárias⁽¹⁰⁾. No sentido de assegurar o pleno desenvolvimento desses indivíduos, as políticas e os programas de saúde são implementados, porém com dificuldades na sua operacionalização e implementação. Por isso, faz-se necessário conhecer os fatores que contribuem para a persistência desse problema.

OBJETIVO

Descrever os fatores associados á hospitalização de crianças e adolescentes em Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com as recomendações da Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CAAE: 15413519.9.0000.5531) e pelo CEP da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, por meio da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Neto (CAAE: 15413519.9.3002.0052) que dispensou a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando que a fonte de dados foram os prontuários e o anonimato foi assegurado.

Desenho, período e local de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo corte transversal. Foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital público de referência em trauma na cidade de Salvador. A coleta de dados foi realizada durante os meses de novembro de 2019 a fevereiro 2020.

Para este estudo foram considerados que as causas externas, constituídas por acidentes e violências, são os traumas, apresentados em sua maioria por queimaduras, quedas, acidentes de trânsito, broncoaspiração, perfuração por arma branca ou de fogo, afogamento, mergulho em águas rasas, intoxicação exógena, agressão física e violência sexual.

População, critérios de inclusão e exclusão

Compuseram a população, crianças e adolescentes hospitalizadas no período de janeiro de 2018 a novembro de 2019, sendo este o critério de inclusão. Foram excluídos os prontuários de pacientes reinternados.

Protocolo do estudo

A coleta de dados efetuou-se por meio da consulta dos prontuários, norteadas por um formulário de elaboração própria. As variáveis analisadas foram: sociodemográficas (idade, sexo, procedência) e clínicas (motivo da internação, dados vitais, dias de internamento e o desfecho). Realizada por uma equipe previamente treinada, os dados foram coletados, posteriormente revisados pelo pesquisador principal, sendo as inconsistências verificadas e corrigidas por pares.

Para avaliação do estado clínico da população desta pesquisa, foi utilizado como padrão para os dados vitais, assim como suas alterações, o protocolo adotado pelo Comitê do PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*) da *National Association of Emergency Medical Technicians* (NAEMT)⁽¹¹⁾.

Análise dos resultados e estatísticas

Os dados coletados foram processados pelo Programa Estatístico *Statistic Program for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. No teste de normalidade foi utilizado Kolmogorov-Smirnov. Foram calculadas as frequências e percentuais para as variáveis categóricas. Realizou-se a análise bivariada por meio do Teste Qui-quadrado (χ^2) de *Pearson e/ou Exato de Fisher*, para avaliar possíveis associações entre internação por causas externas.

Todas as variáveis trabalhadas na análise bivariada foram incluídas no modelo multivariado. As associações multivariadas foram testadas usando modelos de regressão logística, com critérios de *Stepwise* de seleção de variáveis, conforme o nível de significância estatística de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Entre os anos de 2018 e 2019 foram avaliadas 326 internações de crianças e adolescentes que necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva. A maioria destas hospitalizações foram por causas externas (68%), com destaque para as queimaduras (18%), quedas (17%) e aos acidentes de trânsito (15%). Dentre as causas não externas prevaleceram as doenças do aparelho respiratório (20%).

A faixa etária, o sexo e o desfecho apresentaram relevância estatística e são considerados como fatores associados de cuidados críticos, como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de pacientes admitidos em uma UTI P, de um Hospital Público de referência do trauma, quanto á faixa etária, sexo e desfecho, nos anos de 2018 e 2019, em Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Variáveis	Total n=326 (%)	Causas Externas		Valor de p*
		Sim n=222 (%)	Não N=104 (%)	
Idade, anos				

	40	(12,3)	18	(8,1)	22	(21,2)	
1 – 4	141	(43,3)	100	(45,0)	41	(39,4)	
5 – 9	65	(19,9)	45	(20,3)	20	(19,2)	0,020
10 – 14	70	(21,5)	52	(23,4)	18	(17,3)	
≥ 15	10	(3,1)	7	(3,2)	3	(2,9)	
Sexo Masculino	197	(60,4)	143	(64,4)	54	(51,9)	0,032
Desfecho							
Alta	294	(90,2)	202	(91,0)	92	(88,5)	
Transferência Externa	18	(5,5)	8	(3,6)	10	(9,6)	0,035
Óbito	14	(4,3)	12	(5,4)	2	(1,9)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

Os dados da tabela 2 revelaram que as características clínicas destas crianças e adolescentes apresentaram alterações em seus sinais vitais no momento da admissão. Apesar destes dados não possuírem associação, trazem indicações sobre os parâmetros clínicos desta população.

Tabela 2 – Características clínicas identificadas nos pacientes admitidos em uma UTI P, de um Hospital Público de referência do trauma, nos anos de 2018 e 2019, em Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Variáveis	Total n(%)	Causas Externas- n(%)		Valor de p*
		Sim n=(%)	Não n= (%)	
Dispositivos Respiratórios				
Sem dispositivos	227 (69,6)	153 (68,9)	74 (71,2)	
Não invasivos	15 (4,6)	13 (5,9)	2 (1,9)	
Invasivos- TOT	78 (24)	53 (23,9)	25 (24,0)	0,285
Invasivos TQT	6 (1,8)	3 (1,4)	3 (2,9)	
Frequência Respiratória				
Eupnêico	191 (58,6)	136 (61,3)	55 (52,9)	
Bradipnêico	26 (8,0)	17 (7,7)	9 (8,7)	0,282

Taquipnêico	102	(31,3)	63	(28,4)	39	(37,5)	
Sem registro	7	(2,1)	6	(2,7)	1	(1,0)	
Saturação de Oxigênio							
Não Hipóxia	306	(93,9)	209	(94,1)	97	(93,3)	
Hipóxia	4	(1,2)	2	(0,9)	2	(1,9)	0,736
Sem registro	16	(4,9)	11	(5,0)	5	(4,8)	
Frequência Cardíaca							
Normocárdico	115	(35,3)	80	(36,0)	35	(33,7)	
Bradycardia	30	(9,2)	21	(9,5)	9	(8,7)	
Bradycardia Grave	2	(0,6)	2	(0,9)	0	(0,0)	0,896
Taquicardia	34	(10,4)	22	(9,9)	12	(11,5)	
Taquicardia Grave	143	(43,9)	96	(43,2)	47	(45,2)	
Sem registro	2	(0,6)	1	(0,5)	1	(1,0)	
Pressão Arterial Média (PAM)							
Normotenso	92	(28,2)	64	(28,8)	28	(26,9)	
Hipotenso	69	(21,2)	43	(19,4)	26	(25,0)	0,254
Hipertenso	103	(31,6)	67	(30,2)	36	(34,6)	
Sem registro	62	(19,0)	48	(21,6)	14	(13,5)	
Avaliação Neurológica (Escala de Glasgow)							
Leve (13 – 15)	198	(60,7)	137	(61,7)	61	(58,7)	
Moderado (9 – 12)	16	(4,9)	11	(5,0)	5	(4,8)	
Grave (3 – 8)	21	(6,4)	16	(7,2)	5	(4,8)	0,817
Sedado	64	(19,6)	41	(18,5)	23	(22,1)	
Sem registro	27	(8,3)	17	(7,7)	10	(9,6)	
Temperatura							
Normotérmico	154	(47,2)	105	(47,3)	49	(47,1)	
Hipotérmico	138	(42,3)	94	(42,3)	44	(42,3)	1,000
Hipertérmico (febre)	28	(8,6)	19	(8,6)	9	(8,7)	
Sem registro	6	(1,8)	4	(1,8)	2	(1,9)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

A tabela 3 traz a associação dos internamentos na UTI pediátrica com os pacientes admitidos de cidades do interior ($p < 0,001$) e com até sete dias de internação ($p < 0,001$).

Tabela 3 – Distribuição de pacientes admitidos em uma UTIP, de um Hospital Público de referência do trauma, quanto á procedência e aos dias de internação, nos anos de 2018 e 2019, em Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Variáveis	Total (%)	Causas Externas		Valor de p^*
		Sim n (%)	Não n (%)	
Procedência na UTIP				
Capital	149 (45,7)	83 (37,4)	66 (63,5)	<0,001
Outros municípios da BA**	174 (53,4)	136 (61,3)	38 (36,5)	
Outros estados	3 (0,9)	3 (1,4)	-	
Internação na UTIP, dias				
0 – 7	245 (75,2)	164 (73,9)	81 (77,9)	<0,001
8 – 14	48 (14,7)	35 (15,8)	13 (12,5)	
15 – 21	19 (5,8)	16 (7,2)	3 (2,9)	
22 – 28	7 (2,1)	4 (1,8)	3 (2,9)	
≥ 29	7 (2,1)	3 (1,4)	4 (3,8)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. **BA – Bahia

Na análise multivariada, foram incluídas as variáveis que foram associadas com internamentos no modelo bivariado e verificou-se, em seu modelo final, que a procedência de cidades do interior e até sete dias de internação foram preditores independentes para o internamento na UTI pediátrica (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise multivariada dos fatores associados aos internamentos por causas externas, de um Hospital Público de referência do trauma, nos anos de 2018 e 2019, em Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Variáveis	Modelo inicial	Modelo final
	Valor de p	Valor de p
Idade, anos	0,080	

Sexo masculino	0,275	
Desfecho	0,115	
Procedência	na	<0,001
UTIP		<0,001
Internação, dias	<0,001	<0,001

DISCUSSÃO

O estudo identifica fatores associados à hospitalização por causas externas na UTIP, dentre os quais, o sexo masculino, visto que os meninos apresentaram maior prevalência para sofrerem estes tipos de agravos. Outra pesquisa nacional na região Amazônica, em uma UTIP de referência em trauma, que evidenciou quedas, acidentes de trânsito e queimaduras como as mais frequentes causas externas em crianças e adolescentes de até 16 anos de idade, confirmaram serem os meninos as principais vítimas. Um estudo semelhante realizado na Austrália também revelou um maior número de meninos hospitalizados por queimaduras e afogamentos nesta mesma faixa etária⁽¹²⁾.

Esse achado guarda relação com a construção social de gênero, sendo naturalizada a ideia do sexo masculino como forte e corajoso, atributos que vulnerabilizam os homens, em qualquer faixa etária, para as causas externas.

Devido a esta crença social, culturalmente, a educação dos meninos é mais permissiva, ficando mais exposto a brincadeiras de maior risco, o que os tornam mais sucessíveis aos acidentes quando comparado às meninas. Soma-se todo o constructo que permeia a infância dos meninos marcada pela supervalorização de comportamentos de risco, como exemplo em brincadeiras envolvendo altura, velocidade e uso de objetos que simulam armas⁽¹³⁻¹⁴⁾. Pesquisas realizadas no cenário nacional e internacional também revelaram que crianças e adolescentes do sexo masculino apresentaram maior prevalência de agravos por causas externas e corroboram que tais resultados se ancoram em questões culturais e sociais. Apesar de serem vivenciadas, em tempos atuais, discretas mudanças nas concepções de gênero, ainda prevalece a tradição social de que meninos precisam ser fortes, resistentes e a supervisão dos adultos tende a ser mais dispersa⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Diante a relevância de ações preventivas com foco em grupos mais susceptíveis, para além de um olhar mais atento aos meninos, o estudo desponta para a maior prevalência de causas externas em tenra idade, de um a quadro anos. Na Austrália, em uma UTIP do trauma,

corroborar que crianças nesta faixa etária encontram-se mais susceptíveis a serem acometidas por estes agravos, sobretudo por queimaduras e ao afogamento⁽¹⁸⁾.

Este grave quadro epidemiológico desponta para a necessidade de pensar estratégias preventivas para minimizar os agravos nesta faixa etária, pois se mostraram mais susceptíveis a sofrerem lesões por causas externas e necessitarem de cuidados intensivos. Isso pode ocorrer porque as crianças, nessa faixa etária, encontram-se em fase de aprendizagem do caminhar, de subir e descer degraus, do equilíbrio, sendo estas habilidades fundamentais para o seu desenvolvimento⁽²⁰⁾. Outra justificativa para a prevalência de causas externas nessa fase remete a repetição de movimentos dos adultos, mesmo sem a desenvoltura motora, conforme evidencia pesquisa realizada na região Sul do Brasil a qual mostrou que os acidentes domiciliares acometeram 79% das crianças nessa faixa de desenvolvimento⁽²¹⁾. Importante pontuar que a curiosidade, a exploração de ambientes e a ausência da noção de perigo também são significantes para a ocorrência dos acidentes⁽²¹⁾. Ao passo que possibilita a compreensão dos acidentes, estas razões alertam para as grandes modificações e conquistas motoras, emocionais e sociais peculiares nesta fase da vida.

A pesquisa evidenciou ainda, por meio da análise multivariada, a associação entre a procedência dos pacientes de cidades do interior. No que tange a necessidade de atendimento especializado em capitais, esta realidade também é identificada em outros estados brasileiros, a exemplo de Pernambuco e Porto Alegre, onde a maioria dos pacientes não residia na capital⁽⁸⁻²²⁾. Este contexto pode estar refletindo a (des)estrutura de organização dos serviços de saúde, sobretudo quando se trata de pacientes com demandas clínicas complexas para serviços de saúde de grande porte e especializado, com unidades de terapia intensiva. Na conjuntura do *locus* em estudo, é preciso pontuar que se trata de um hospital de referência no estado para 417 cidades da Bahia, cuja extensão territorial equivale a 567.295 km², o que equivale à extensão territorial da França.

Assim, tal achado nos possibilita refletir acerca da dificuldade enfrentada por familiares que, por carência estrutural dos serviços de saúde de suas cidades, necessitam aguardar regulação e/ou horas de viagem em busca de atendimento, sobretudo quando pontuamos o distanciamento entre as cidades do estado da Bahia. Vale ressaltar que esta migração por serviços de referência, não se restringe apenas ao Brasil, sendo que a centralização de unidades de referência em grandes centros urbanos também ocorre de forma rotineira em outros países, assim como evidenciam pesquisas realizadas nas UTIPs nos EUA (Flórida) e na Austrália (Queensland)^(23,7)

Considerando que a regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços constituem princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, essenciais para o fortalecimento da resolutividade da atenção à saúde, importante pontuar a relevância de se discutir acadêmica, assistencial, social e politicamente às implicações do distanciamento geográfico para à saúde de crianças e adolescentes acometidos por causas externas.

Em que pese os achados apontaram maior prevalência de internamentos entre crianças e adolescentes do interior, o que discutimos tratar-se de questão organizacional dos serviços, entendemos que residir em cidades pequenas não necessariamente significar maior exposição a causas externas. Isso porque, para além da maior tranquilidade e alcance da agitação e violência dos grandes centros urbanos, é marcada pela maior aproximação das famílias e ainda prevalecem os cuidados tradicionais com as crianças/adolescentes, onde avós, tias, madrinhas cuidam e educam de modo intergeracional, o que poderia constituir-se fator protetivo, se houvesse serviço para atendimento de alta complexidade nestas cidades.

Apesar dessas crianças e adolescentes vítimas de causas externas terem necessitado de cuidados intensivos, estas apresentaram um bom prognóstico e, em sua maioria, receberam alta da UTIP em até sete dias. Diante destes achados, podemos inferir que crianças apresentaram rápida recuperação devido às próprias características físicas que favorecem ao bom prognóstico. Deve-se considerar ainda que estar em uma unidade de referência em trauma, assistidas por equipes especializadas, também contribui no processo de recuperação. Resultados mais favoráveis foram encontrados em estudos desenvolvimento na França e na Austrália, em cenário semelhante, que apontaram tempo médio de permanência nas UTIP de dois dias^(23,7).

Embora os resultados indicarem o desfecho de alta como um fator protetivo para a saúde da criança, destaca-se a necessidade de focar nas ações preventivas que requer a articulação de interação deste público, como os cenários escolares e domésticos. Nesse ínterim, merece destaque o Programa Saúde na Escola (PSE) que, a partir da interação serviço de saúde e escola, têm potencial de promover o cuidado a este público, sobretudo por conta da proximidade e tempo de vínculo que favorecem o desenvolvimento de ações preventivas e, portanto de proteção às crianças/adolescentes. Inserida na Atenção Primária à Saúde (APS), o PSE tem maior possibilidade de promover ações voltadas a grupos mais susceptíveis, bem como de investigar às reais causas destes eventos, inclusive sua interface com a violência doméstica, seja por meio de agressões físicas, seja por negligência ou abandono. Nesse cenário destaca-se o aumento do número de acidentes no lar, sobretudo em tempos de

pandemia relacionados aos impactos do distanciamento social vivenciado pela Doença do Coronavírus (COVID-19), conjuntura que expõe crianças e adolescentes a agravos por causas evitáveis, muitas vezes, violentas⁽²⁴⁾. Assim, repensar estratégias inovadoras de promoção e prevenção à saúde que envolva parcerias de diversos setores e espaços da sociedade podem representar ações efetivas para minimizar estes indicadores de morbimortalidade. Nesta perspectiva, é essencial que os serviços no âmbito da APS, assim como as instituições de ensino, se organizem para o acompanhamento das condições de saúde de suas crianças/adolescentes, onde se inserem as relações familiares, a fim de prevenir ou intervir em situações em que estas se encontrem susceptíveis a sofrerem ou morrerem por causas externas.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, têm-se o cenário da coleta de dados, por ser um uma unidade de referência em trauma e um estudo unicêntrico. Sugerem-se estudos multicêntricos randomizados, que possam avaliar causas e efeitos desses internamentos com tamanho amostral maior.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os fatores associados à hospitalização de crianças e adolescentes em uma UTI de referência em trauma pode subsidiar planejamento de ações específicas para orientar familiares de meninos, de um a quatro anos de idade, que estão mais expostos às causas externas. O planejamento pode ser realizado na rede de atenção básica desde o planejamento familiar, com a orientação dos pais, até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, permitindo assim, identificar os riscos que expõem estes meninos.

Os resultados deste estudo revelam a necessidade de repensar sobre as políticas públicas destinadas a prevenção de agravos por causas externas. É necessário estabelecer estratégias específicas para esta faixa etária vulnerável, através de ações de promoção e prevenção voltadas, sobretudo, para os acidentes domésticos e o fortalecimento da parentalidade.

CONCLUSÃO

O estudo mostra que meninos, com idade de um a quatro anos, residentes no interior estão mais propensos à hospitalização por causas externas, embora com desfecho positivo

relativo à alta hospitalar e ao tempo de internamento inferior a sete dias. Considerando que estes fatores permeiam os aspectos sociodemográficos, urge a superação dos desafios sociais que impactam nos direitos das crianças/adolescentes de se desenvolverem na sua potencialidade cognitiva, física e socioemocional.

Embora limite-se por constituir-se enquanto estudo unicêntrico e não estabelecer uma relação de causa-efeito entre as variáveis estudadas, os achados possibilitam nortear o grupo para o qual às ações preventivas deverão ser priorizadas. Acredita-se que ao assegurar ao público infanto-juvenil uma infância menos exposta a esses agravos impactará na redução acentuada dos índices de morbimortalidade por causas externas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Uma criança menor de 15 anos morre a cada cinco segundos no mundo [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 04]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5759:uma-crianca-menor-de-15-anos-morre-a-cada-cinco-segundos-no-mundo&Itemid=843.
2. Fadel SA, Boschi-Pinto C, Yu S, Reynales-Shigematsu LM, Menon GR, Newcombe L, et al. Trends in cause-specific mortality among children aged 5–14 years from 2005 to 2016 in India, China, Brazil, and Mexico: an analysis of nationally representative mortality studies. *Lancet*. 2019;393(10176):1119–27. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30220-X.
3. Ministério da Saúde (BR). DATASUS – Departamento de Informática do SUS DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil, informações por capítulo CID-10 por região [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 26]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>.
4. Benetti MB, Weinmann RM, Jacobi LF, Moraes AB. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: perfil das internações e mortalidade. *Revista Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 5];46(1):1-12. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/40879/pdf>.
5. Lopes AD, Dias MLC. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo em UTI pediátrica. *Rev Cereus* [Internet]. 2019 [cited 2020 May 5];11(4):44–57. Available from: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2737>.
6. Coulthard MG, Varghese V, Harvey LP, Gillen TC, Kimble RM, Ware RS. A review of children with severe trauma admitted to pediatric intensive care in Queensland, Australia. *PloS one* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 07];14(2):e211530. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211530>.
7. Mendonça JG, Guimarães MJB, Mendonça VG, Portugal JL, Mendonça CG. Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sistema Único de Saúde no

- estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 05];24(3):907-916. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n3/907-916/>.
8. Ibiebele I, Algert CS, Bowen JR, Roberts CL. Pediatric admissions that include intensive care: a population-based study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 06];18(1):264. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3041-x>.
 9. Afonso MF, Almeida TS, Valomin C, Lamberti LF, Silva LAB, Frassetto D, et al. Comparação entre as taxas de internação e mortalidade dos principais agravos que levam à admissão pediátrica em unidades de terapia intensiva do Brasil. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [Internet]. 2018 [cited 2020 May 5];30:pS185-S185. Available from: <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=0103507X&AN=137085871&h=kVTZXa2GxkFbf9IQCEj%2b4mwGiaeeK nkkMWNbdV8y7TmoEIh%2f0OdrKB7AiBxR9Cmb55xwtWvOim9w2u5EfBsHyQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d0103507X%26AN%3d137085871>.
 10. Brasil. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. [cited 2020 Feb 27]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
 11. Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado [tradução Renata Scavone, et al.]. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 384 p.
 12. Lima GM, Boulhosa FJS, Souza JAR, Gonçalves KLP, Costa LRN, Nicolau MV, et al. 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 [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 28];14(2):13-23. Available from: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2581/pdf_505.
 13. Freitas LAN, Lopes LCS, Trindade L, Silva MMNO, Alcantara RC. Brincadeiras de meninas e meninos: um olhar sobre as questões de gênero na educação infantil. Rev. Práticas em educação infantil [Internet]. 2019 [cited 2020 May 18];5(5):90-103. Available from: <http://www.cp2.g12.br/ojs/index.php/praticasei/article/view/2203/1500>
 14. Wigers ID, Farias MJA, Guimarães JS, Ferreira FM. Brincadeiras de “lutinha” e mídias: análise comparada da cultura lúdica infantil de São Luís (MA) e de Brasília (DF). Rev. bras. Ci. e Mov. [Internet]. 2019 [cited 2020 May 18];26(4):103-116. Available from: https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/9341/pdf_1.
 15. World Health Organization (WHO). Readiness Assessment for the Prevention of Child Maltreatment (RAP-CM). 2020 [cited 2020 May 4]. Available from: [https://www.who.int/who-documents-detail/readiness-assessment-for-the-prevention-of-child-maltreatment-\(rap-cm\)](https://www.who.int/who-documents-detail/readiness-assessment-for-the-prevention-of-child-maltreatment-(rap-cm)).
 16. Kamat PP, Santore MT, Hoops KEM, Wetzel M, McCracken C, Sullivan D, et al. Critical care resource use, cost, and mortality associated with firearm-related injuries in US

- children's hospitals. *Journal of Pediatric Surgery* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 03];3468(20):30117-30122 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2020.02.016>.
17. Ministério da Saúde (BR). DATASUS – Departamento de Informática do SUS DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 26]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>.
 18. Leoz GI, García-Salido A, Niño TC, Lama CPG, Iglesias BMI, Serrano GA. Mortalidad y adecuación del esfuerzo terapéutico en un servicio terciario de cuidados intensivos pediátricos: revisión de 11 años. *Med Intensiva* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 03];42:561-563. Available from: <https://www.medintensiva.org/en-mortality-adequacy-therapeutic-effort-in-articulo-S2173572718301723>.
 19. Brito MA, Melo AMN, Veras IC, Oliveira CMS, Bezerra MAR, Rocha SS. Fatores de risco no ambiente doméstico para quedas em crianças menores de cinco anos. *Rev Gauch Enferm*. 2017;38(3):e2017–e2011. doi: 10.1590/1983- 1447.2017.03.2017-0001.
 20. Araujo LB, Quadros DA, Murata MPF, Israel VL. Avaliação neuropsicomotora de crianças de 0 a 5 anos em centros de educação infantil do ensino público. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2019 [cited 2020 May 18];21(3):e12918. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462019000300507&lng=en.
 21. Simas VFC, Souza AS. Crianças hospitalizadas vítimas de acidentes na primeira infância. *Revista Pró-UniverSUS* [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 28];10(1):25-28. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1633>.
 22. Cabral J, Kranz LF, Rosa RS. Perfil das internações por causas externas no SUS entre crianças e adolescentes no município de Porto Alegre, 2010-2013. *Gestão em saúde no Rio Grande do Sul: casos, análises e práticas* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 28];2:209-233. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159723/001022728.pdf?sequence=1>.
 23. Ramos ZD, Lima CA, Leal ALR, Prado PF, Oliveira VV, Souza AAM, et al. A participação da família no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza* [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 29];29(2):189-196. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4361/pdf>.
 24. Marques ES, Moraes CL, Halssemann MH, Deslandes SF, Reichenheim. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Rev. Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 18];36(4):e0007420. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n4/1678-4464-csp-36-04-e00074420.pdf>.

4 CONCLUSÃO

Em suma, observa-se que ao traçar um perfil acerca das crianças e dos adolescentes que são internadas em Unidade de Terapia Intensiva, obtêm-se dados capazes de mensurar quem são estas vítimas, quais as causas e os fatores associados que as levaram a hospitalização. Assim, através dos resultados obtidos pelo estudo, pretende-se determinar o caminho para a prevenção dos danos provenientes destes agravos, viabilizando o direcionamento de ações e investimentos para diminuir o número destas vítimas. Além de compreender o impacto gerado por consequência destas hospitalizações ao núcleo familiar, ao Estado e a sociedade em geral.

O estudo evidenciou que são os meninos, com idade de um a quatro anos, residentes no interior que estão mais propensos à hospitalização por causas externas. Traz ainda que as queimaduras, as quedas, os acidentes de trânsito e a violência constituem os principais tipos de agravos que levam crianças e adolescentes a precisarem de um cuidado intensivo em unidade de terapia intensiva, evidenciando a prevalência dessas causas externas nessa amostra no estado da Bahia.

Diante dessa caracterização, e considerando a possível interface com situações de negligências/violências, urge uma gestão de cuidado às crianças no âmbito das UTIP que investigue os casos de hospitalização por causas externas com foco no cuidado a este público e garantia de retorno a um lar que não as coloquem em risco para novos agravos. Para isso, é imprescindível que os profissionais estejam sensíveis e comprometidos a “não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano” e atuar profissionalmente “ao serviço da humanidade, à saúde e ao bem-estar”, a exemplo do que preconiza os juramentos da enfermagem e medicina, respectivamente. Os processos educacionais, seja na graduação, pós-graduação ou em educação em serviço, são essenciais para a formação dessa consciência e atitude de prevenção de agravos às crianças, que não se limita ao cuidado técnico-assistencial onde são avaliados prioritariamente os aspectos físicos e biológicos, mas deve transcender para o interesse de investigar a situação que levou à hospitalização, através da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de negligências e violências e/ou a mobilização imediata das gestoras para implementação de políticas e protocolos para tal fim.

No que tange a prevenção desses agravos, é importante ressaltar que elas devem ocorrer nos diversos âmbitos do cuidado, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) um dos principais meios para a condução dessas ações preventivas, inclusive a partir de consultas

das diversas especialidades do cuidado da população infantojuvenil. Esse espaço tem recebido destaque para a atuação das enfermeiras, não apenas pelo caráter educativo da formação, mas também por ocuparem cargos de gestão nos diversos espaços da APS. Nesse cenário, as profissionais podem investigar as relações familiares para avaliação do grau de segurança e proteção das crianças e conseqüentemente mensuração do risco de acidentes por causas externas ou mesmo de negligências e/ou violências, sobretudo em tempos de distanciamento social quando suas redes de apoio social encontram-se limitadas, devido afastamento de pessoas confiáveis, como professoras, coleguinhas e familiares.

Notificar ou não notificar consiste, entretanto, em uma pequena parcela diante a problemática em torno da não percepção das implicações da negligência profissional ao não investigar situações de violência e corresponsabilizar por futuros danos, ou até mesmo a morte, de indivíduos que não tem como se defender e que chegam às unidades de saúde, espaço de poder para intervenção. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. Assim, no sentido de garantir a criança proteção necessária, o cuidado profissional deve transcender a assistência técnica e pautar-se na responsabilização da vida da criança/adolescente, o que abrange a investigação do caso e possibilidade a avaliação para que esta retorne ao seu lar em segurança.

Considerando o preconizado pelo ECA, é “dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” às crianças e adolescentes (BRASIL, 1990). Nesse contexto, é preciso comprometer ainda mais a sociedade em geral e o Estado, a fim de garantir um crescimento saudável e seguro e conseqüentemente o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social da população infanto-juvenil.

A mudança de conduta no cuidado ao público infanto-juvenil requer uma pactuação entre os espaços de atendimento e de formação profissional, a fim de contribuir para atuação em serviço de forma comprometida com a vida humana, principalmente quando se trata de seres com escassos recursos de defesa. Nesse sentido, experiência exitosa utilizada na investigação da violência mostrou ser possível identificar novos casos desse agravo devido ao fluxo orientado pelos gestores que consiste em identificar os casos; notificar; acolher; encaminhar a outros setores; orientações às famílias em situação de violência;

atendimento/tratamento para as vítimas (LOURENÇO; JUNIOR, 2020). É preciso uma gestão que priorize a redução nos índices de morbimortalidade por causas evitáveis, seja através da institucionalização de protocolo para investigação de causas violentas para todos os casos de causas externas que gerem hospitalizações, seja por meio de medidas preventivas para prevenção e/ou reconhecimento precoce de situações de violência.

Ainda no contexto preventivo, os profissionais da saúde e educação são de extrema importância no que tange ao processo de orientação de mães, pais e responsáveis, atuando de maneira incisiva quanto à necessidade do cuidado e vigilância para com as crianças sob sua proteção e para alertá-los sobre a sua responsabilidade na esfera civil e criminal na ocorrência desses eventos. Tais ações podem ser articuladas a partir do Programa Saúde na Escola (PSE), iniciado desde 2007 pelo Governo Federal, que atua de maneira intersetorial contemplando as áreas das redes públicas de saúde e educação, com intuito de proporcionar e estimular o desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos no âmbito da cidadania e qualificação das políticas públicas brasileiras. Diante a importância do olhar crítico também parte das(os) educadoras(es) para identificar precocemente os casos de vulnerabilidade desse público infanto-juvenil, já que interagem significativamente com este, o PSE possibilitará a implementação de medidas socioeducativas, a exemplo, da prevenção de violências e acidentes.

REFERÊNCIAS

- ALIANÇA, Raphael Stella de; NEVES, Yan Gabriel. A concepção de infância no decorrer da história e a eficácia do ECA. *ETIC – Encontro de iniciação científica. Toledo Prudente Centro Universitário* – São Paulo, v. 13, n. 13, 2017. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/6388/6085>>. Acesso em 06 jul. 2019.
- ALVES, Maria Virginia Martins Faria Faddul et al. Perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital escola do interior de São Paulo. *Cienc. Cuid. Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 2, abr./jun., 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/21912/pdf_178>. Acesso em: 06 jul. 2018.
- ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 26, n.01, jan-mar 2017. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222017000100031&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 15 jun. 2019.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Autorização de Internação Hospitalar – AIH**. 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=1559&historico=19975553>. Acesso em: 15 jun. 2019.
- ARAGÃO, Julio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*, ano III, n. 6, ago., 2011. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>>. Acesso em: 14 jun. 2018.
- ARIES, Philippe. Pequena Contribuição à História dos Jogos e das Brincadeiras. Tradução de Dora Flaksman. In: _____. (org). *História Social da Criança e da Família*. 2ª ed. Rio de Janeiro / RJ. LTC – **Livros Técnicos e Científicos**, 1981, p. 72. Disponível em: <<http://files.grupo-educacional-vanguard8.webnode.com/200000024-07a9b08a40/Livro%20PHILIPPE-ARIES-Historia-social-da-crianca-e-da-familia.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2019.
- BABL, Franz E.; PFEIFFER, Helena; DALZIEL, Stuart R.; OAKLEY, Ed; ANDERSON, Vicki; BORLAND, Meredith L.; PHILLIPS, Natalie; KOCHAR, Amit; DALTON, Sarah; CHEEK, John A.; GILHOTRA, Yuri; FURYK, Jeremy; NEUTZE, Jocelyn; LYTTLE, Mark D.; BRESSAN, Silvia; DONATH, Susan; HEARPS, Stephen JC; CROWE, Louise. Paediatric intentional head injuries in the emergency department: A multicentre prospective cohort study. *EMA. Emergency Medicine Australasia*. Australasian College for Emergency Medicine. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1742-6723.13202>>. Acesso em 10 ago. 2019.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. SESAB. Hospitais. **Hospital Geral do Estado**. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-geral-do-estado/>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

BALLESTEROS, Michael F.; WILLIAMS, Dionne D.; MACK, Karin A.; SIMON, Thomas R.; SLEET, David A. The Epidemiology of Unintentional and Violence-Related Injury Morbidity and Mortality among Children and Adolescents in the United States. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2018, 15(4), 616. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/616/htm>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

BENETTI, Marilian Bastiani; WEINMANN, Angela Regina Maciel; JACOBI, Luciane Flores; MORAES, Anaelena Bragança de. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: perfil das internações e mortalidade. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 46, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/40879/pdf>. Acesso em: 05 Mai. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. CNES – **Recursos físicos - Hospitalar - Leitos complementares – Bahia**. MS. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiutiba.def>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Histórico/Apresentação**. MS. 2019. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIHSUS**. MS. 2019. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SIH – Sistema de Informações Hospitalares. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas – Valor total por faixa etária**. MS. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Mortalidade no Brasil por faixa etária segundo CID-10**. MS. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Panorama – Cidades**. MS. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas**. MS. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

_____. 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 / Ministério da Saúde. MS. Brasília. 2018. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Acidentes e Violências.** MS. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Morbidade Hospitalar do SUS – Por Local de Internação – Brasil.** MS. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Mortalidade – Brasil.** MS. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS. **Óbitos p/ Residência segundo Capítulo CID-10, 2018.** MS. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 05 Mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Óbitos por Causas Externas no Brasil por faixa etária segundo Região/Unidade da Federação.** MS. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z. Acidentes e Violências.** MS. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. 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** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução n.º196/96, versão 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_encep2012.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução N.º 7, 24 de Fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. MS. 2017. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em 25 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16 de Maio de 2001, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18 de Maio de 2001 / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/politica-nacional-redu----o-morbimortalidade-acidentes-viol--ncias-editora16.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)**. MS. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap20_3d.htm>. Acesso em: 04 mai. 2019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**.

Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília. BRASIL. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 25 jul. 2019.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. BRASIL. 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 jul. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. Legislação Informatizada - **Decreto nº 16.272, de 20 de Dezembro de 1923**. Regulamento da Assistência e Proteção aos Menores Abandonados e Delinquentes. Brasília – DF. BRASIL. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16272-20-dezembro-1923-517646-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 24 jul. 2019.

CABRAL, Juliane; KRANZ, Luís Fernando; ROSA, Roger dos Santos. Perfil das internações por causas externas no SUS entre crianças e adolescentes no município de Porto Alegre, 2010-2013. LUME. UFRGS. Gestão em Saúde no Rio Grande do Sul: **Casos, Análises e Práticas**, v. 2, 2017. Disponível em:

<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159723/001022728.pdf?sequence=1>>.

Acesso em: 18 jun. 2019.

CAMPOS, Mônica Rodrigues; DOELLINGER, Vanessa dos Reis; MENDES, Luiz Villarinho Pereira; COSTA, Maria de Fatima dos Santos; PIMENTEL, Thiago Góes; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Diferenciais de morbimortalidade por causas externas: resultados do estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública** 31 (1) Jan 2015.

Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n1/121-136/pt/>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CARNEIRO, Gerarda; LIRA, Samira Valentim Gama; MAGALHÃES, Poliana Hilário; FREITAS, Ana Luiza Vasconcelos; VIEIRA, Luiza Jane Eyre Souza. Panorama dos direitos violados de crianças e adolescentes na região nordeste. **Revista Augustus**: v. 23 n. 45 (2018). Disponível em:

<<http://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/182/63>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução 41, de 13 de outubro de 1995**. Disponível em:

<http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf>. Acesso em 11 jun. 2019.

COSTA, Leila Pessôa da; SANTA BÁRBARA, Rubiana Brasilio. A educação da criança na idade antiga e média. VII Jornada de Estudos Antigos e Medievais. VI Ciclos de Estudos Antigos e Medievais do PR e SC. **Educação, Política e Religiosidade**. 2008. Programa de Pós Graduação em Educação. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <<http://www.ppe.uem.br/jeam/anais/2008/pdf/c008.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

COULTHARD, Mark G.; VARGHESE, Vanil; HARVEY, Lauren P.; GILLEN, Tona C.; KIMBLE, Roy M.; WARE, Robert S. A review of children with severe trauma admitted to pediatric intensive care in Queensland, Australia. **PloS one**, v.14, n.2, e211530, 2019. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211530>. Acesso em: 07 abr. 2020.

CRIANÇA SEGURA. Acidentes com Crianças no Brasil e o Comportamento das Mães Percepção X Realidade dos Números. **Criança Segura**. 2016. Disponível em: <<http://criancasegura.org.br/wp-content/uploads/2016/08/06-1.pdf>>. Acesso em 06 jul. 2018.

CUNNINGHAM, Rebecca M.; WALTON, Maureen A.; CARTER, Patrick M. As principais causas de morte em crianças e adolescentes nos Estados Unidos. **The New England Journal of Medicine**. 2018. Disponível em: <<https://www.news.med.br/p/saude/1331193/the+new+england+journal+of+medicine+principais+causas+de+morte+em+criancas+e+adolescentes+nos+estados+unidos.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

DEL PRIORE, Mary. O cotidiano na criança livre no Brasil entre a colônia e o império. In: _____. (org). **História das crianças no Brasil**. 7ª. ed. São Paulo: Contexto, v., p. 84- 106, 2010.

FADEL, Shaza A.; BOSCHI-PINTO, Cynthia; YU, Shicheng; REYNALES-SHIGEMATSU, Luz Myriam; MENON, Geetha R.; NEWCOMBR, Leslie; STRONG, Kathleen L.; WANG, Qiqi; JHA, Prabhat. Trends in cause-specific mortality among children aged 5–14 years from 2005 to 2016 in India, China, Brazil, and Mexico: an analysis of nationally representative mortality studies. **Lancet**, v. 393, n. 10176, 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30220-X. Acesso em: 05 Mai. 2020.

FERREIRA, Mariana Afonso; STANISZEWSKI, Thais Almeida; VALOMIN, Cristopher; FERNANDES, Lara Lamberti; BONAMIGO, Larissa Alves da Silva; FRASSETTO, Diana; EPIFÂNIO, Estevão Araújo; OSHIRO, Mayla Luri. Comparação entre as taxas de internação e mortalidade dos principais agravos que levam à admissão pediátrica em unidades de terapia intensiva do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.30, pS185-S185, 2018. Disponível em:

<<https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=0103507X&AN=137085871&h=kVTZXa2GxkFbf9IQCEj%2b4mwGiaeKnkkMWNbdV8y7TmoEIh%2f0OdrKB7AiBxR9Cmb55xwtWvOim9w2u5EfBsHyQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&crlhashurl=logon.aspx%3fdirect>>

%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26auth%3dcrawler%26jrnl%3d0103507X%26AN%3d137085871>. Acesso em: 04 de Jul. 2020.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Observatório da Criança e do Adolescente. Taxa de óbito de crianças e adolescentes vítimas de causas externas (para cada 100 mil habitantes). **ABRINQ**. 2017. São Paulo / SP. Disponível em: <<https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/violencia/626-taxa-de-obito-de-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-causas-externas-para-cada-100-mil-habitantes?filters=1,246;10,246;20,246;2,246;25,246;29,246>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

GABARDO, Emerson; MORETTINI, Felipe Tadeu Ribeiro. Institucionalismo e pesquisa quantitativa como metodologia de análise de decisões judiciais. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais**, n. 63, mai., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12818/p.0304-2340.2013v63p151>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

IBIEBELE, Ibinabo; ALGERT, Charles S.; BOWEN, Jennifer R.; ROBERTS, Christine L. Pediatric admissions that include intensive care: a population-based study. **BMC Health Serv Res**, v.18, n. 1, p. 264, 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3041-x>. Acesso em: 06 Abr. 2020.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da Violência**. Publicação Atlas da Violência 2019. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>>. Acesso em: 09 ago. 2019.

JOAQUIM, Regina Helena Vitale Torkomian; BARBANO, Letícia Maria; BOMBARDA, Tatiana Barbieri Bombarda. Necessidades das famílias em enfermagem pediátrica: a percepção dos próprios atores. **Rev Ter Ocup Univ**. maio/ago.;28(2):181-9. São Paulo. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/114528/134190>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

LEITE, Miriam Lifchitz Moreira. A infância no século XIX segundo memórias e livros de viagem. In: FREITAS, Marcos Cezar. (Org.). *História Social da Infância no Brasil. A roda dos expostos*, 8. ed., p. 19-52 – São Paulo: **Cortez**, 2011.

LIMA, Gabriela Martins de; BOULHOSA, Fabiano José da Silva; SOUZA, Juliana Anezia Rodrigues de; GONÇALVES, Kéven Lorena de Paula; COSTA, Leonardo Ramos Nicolau da; NICOLAU, Manuelle Vieira; SILVA, Paola Katherine Esteves da; PIKANÇO, Patrícia Gazel; MACÊDO, Rafaela Cordeiro de; ARAÚJO, Rodrigo Alcântara Carnevalli de. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Referência em Trauma na Amazônia. 2016. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 13-23, ago./dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2581/pdf_505>. Acesso em: 10 abr. 2020.

LIMA, Gabriela Martins de; BOULHOSA, Fabiano José da Silva; SOUZA, Juliana Anezia Rodrigues de; GONÇALVES, Kéven Lorena de Paula; COSTA, Leonardo Ramos Nicolau da; NICOLAU, Manuelle Vieira; SILVA, Paola Katherine Esteves da; PIKANÇO, Patrícia Gazel; MACÊDO, Rafaela Cordeiro de; ARAÚJO, Rodrigo Alcântara Carnevalli de. 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, 2016. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2581/pdf_505. Acesso em: 28 Fev. 2020.

LIMA, Renata Mantovani de; POLI, Leonardo Macedo; JOSÉ, Fernanda São. A Evolução Histórica dos Direitos da Criança e do Adolescente: da insignificância jurídica e social ao reconhecimento de direitos e garantias fundamentais. **Rev. Bras. Polít. Públicas** (Online), Brasília, v. 7, n° 2, 2017 p. 313-329. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/4796/pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

MARCILIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança na História do Brasil. 1726-1950. In: FREITAS, Marcos Cezar. (Org.). História Social da Infância no Brasil. A roda dos expostos Pág.s 53-79. 8. ed. – São Paulo: **Cortez**, 2011.

MAUAD, Ana Maria. A vida das crianças de elite durante o império. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). História das Crianças no Brasil. – 7ª ed. – São Paulo: **Contexto**, p. 137-176, 2010.

MENDONÇA, Juliana Guimarães de; GUIMARÃES, Maria José Bezerra; MENDONÇA, Vilma Guimarães de; PORTUGAL, José Luiz; MENDONÇA, Carolina Guimarães de. Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 907-916, Mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300907&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02152017>.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; OLIVEIRA, Davisson Michetti de; OLIVEIRA, Caio Alves Barbosa de; ALENCAR, Lucas Noronha de; ORFÃO, Nathalia Halax; FARIAS, Edson dos Santos. Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 11, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15016/24708>>. Acesso em: 24 Abr. 2019.

MORRONGIELLO, Barbara A. Preventing Unintentional Injuries to Young Children in the Home: Understanding and Influencing Parents' Safety Practices. 2018. University of Guelph. **Child Development Perspectives**, v. 12, n. 4, 2018, p. 217–222.

MOURA, Esmeralda Blanco Bolsonaro de. Crianças Operárias na Recém-Industrializada São Paulo. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). História das Crianças no Brasil. – 7ª ed. - São Paulo: **Contexto**, v., p. 259-288, 2010.

MUNIZ, Alana Dâmares Lopes de Oliveira; DIAS, Milena Lins da Cunha. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo em UTI pediátrica. **Rev Cereus**, v. 11, n. 4, p. 44-57, 2019. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2737>. Acesso em: 05 Mai. 2020.

OLIVEIRA, Cálita Medeiros Machado de; AMORIM, Juliana Caroline de; ALVES, Isabela de Almeida; DIAS, Tatiane Lebre; SILVEIRA, Kelly Ambrozio; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Estresse, Autorregulação e Risco Psicossocial em Crianças Hospitalizadas. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. Canoas, v. 6, n. 1, 2018. UnilaSalle Editora. Disponível em:

<https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/4132/pdf>. Acesso em: 11 jun.2019.

OLIVEIRA, Thalissa Corrêa de. Evolução histórica dos direitos da criança e do adolescente com ênfase no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Interdisciplinar de Direito**, [S.l.], v. 10, n. 2, out. 2017. Disponível em:

<<http://revistas.faa.edu.br/index.php/FDV/article/view/173>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS/OMS e Ministério da Saúde lançam publicação sobre saúde e sexualidade de adolescentes. 2017. **OPAS/OMS**. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5482:opas-oms-e-ministerio-da-saude-lancam-publicacao-sobre-saude-e-sexualidade-de-adolescentes&Itemid=820>. Acesso em 09 jun. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Sistemas e Serviços de Saúde. Uma criança menor de 15 anos morre a cada cinco segundos.

OPAS/OMS. 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5759:uma-crianca-menor-de-15-anos-morre-a-cada-cinco-segundos-no-mundo&Itemid=843>. Acesso em: 04 ago. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. UN Common Approach to Justice for Children.

ONU. 2008. Disponível em:

<<https://www.un.org/ruleoflaw/files/UNCommonApproachJfCFinal.doc>>. Acesso em: 25jul. 2019.

PASSETTI, Edson. Crianças Carentes e Políticas Públicas. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). História das Crianças no Brasil. – 7ª ed. - São Paulo: **Contexto**, p. 347-375, 2010.

PICCOLO, Daiane Marcela. Qualidade de dados dos Sistemas de Informação do DATASUS: Análise crítica da literatura. **Ci. Inf. Rev.**, Maceió, v. 5, n. 3, p. 13-19, set./dez. 2018.

Disponível em: < <http://seer.ufal.br/index.php/cir/article/view/5387/4777>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

POLETTI, Letícia Borges. A (des) qualificação da infância: a história no Brasil na assistência dos jovens. IX ANPED SUL. Seminário de Pesquisa da Região Sul. **Universidade de Caxias do Sul**. 2012. Disponível em:

<<http://www.uces.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1953/329>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

RAMOS, Fábio Pestana. A História Trágico-Marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). História das Crianças no Brasil. – 7ª ed. - São Paulo: **Contexto**, v., p. 19-54, 2010.

RIBEIRO, Antônio Carlos; OLIVEIRA, Luiz Roberto Peel Furtado de. Da escravidão ao preconceito contra os pobres: a dificuldade do acesso à leitura e à escrita. **Revista Humanidades e Inovação** v.6, n. 3, p. 150-160 – 2019. Literatura e Cultura. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/885>>. Acesso em: 22 jul. 2019.

ROCHA, Erika de Nazareth Teles da; ROCHA, Rosilene Reis. The Treatment of Hospitalized Children. **Journal of Specialist. Scientific Journal**, v. 2, article nº4, Abr/Jun 2018. Disponível em: <<http://journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/view/99/54>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SAFE KIDS WORLDWIDE. Overview of Childhood Injury Morbidity and Mortality in the U.S. Fact Sheet (2015). **SAFE KIDS**. Disponível em: <https://www.safekids.org/sites/default/files/documents/skw_overview_fact_sheet_november_2014.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

SALES, Eduardo Melo Araújo Lima; OLIVEIRA, Edina Araújo Rodrigues; FORMIGA, Laura Maria Feitosa; BEZERRA, Margareth de Oliveira Holanda; LIMA, Luisa Helena de Oliveira; ARAÚJO, Ana Klisse Silva. Perfil clínico epidemiológico dos internamentos de crianças e adolescentes por causas externas. **R. Interd.** v. 10, n. 2, abr./jun., 2017. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1125>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SANTOS, Almir Paulo dos. Educação “pelas coisas”, princípio pedagógico no iluminismo de Rousseau. **Revista Educação**, v. 39, n. esp, dezembro, 2016, p. 96-105. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/848/84850103011.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2019.

SANTOS, Daniela Vence Soares; RODRIGUES, Fernanda Machado Silva; MARTINS, Marilda de Deus. Percepções da equipe de enfermagem quanto ao cuidado prestado à criança em cuidados paliativos e sua família. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. 2018;63(3):198-202. Disponível em: <<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/482/651>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SENNA, Sylvia Regina Carmo Magalhães; DESSEN, Maria Auxiliadora. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 101-108, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SILVA, Diuslene Rodrigues da; BIDARRA, Zelimar Soares. Os custos dos acidentes de trânsito envolvendo jovens de 18 a 29 anos de idade em cinco cidades da região oeste do Paraná. **Revistas UFPR**. Guaju, Matinhos, v.3, n.2, p. 122-138, jul./dez. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/56329/34307>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SOARES, Danilo José Viturino. “Menores, crianças e adolescentes”: a história e os desafios dos “sujeitos de direitos” no Brasil. Revista Anagrama: **Revista Científica Interdisciplinar da Graduação**. Ano 9. Edição 1. 2015. USP. São Paulo. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/anagrama/article/view/83949/86789>>. Acesso em: 24 jul. 2019.

TOLFO, Francielle; MIRANDA, Carla; PEREIRA, Keila Cristina Rausch; DALPIAN, Débora Martini; BACKES, Dirce Stein; CORDEIRO, Mabel Mariela Rodriguez; GROSSEMAN, Suely; SANTOS, Bianca Zimmermann dos. Associação entre injúrias não intencionais e realização de estratégias de prevenção em crianças. **Ciências da Saúde**, v. 19, n. 3, p. 389-400, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2701/2254>>. Acesso em: 25 Abr. 2019.

UNICEF. United Nations Children's Fund. Homicídios de crianças e adolescentes. **UNICEF**. 2019. Disponível: <<https://www.unicef.org/brazil/homicidios-de-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

_____. Um rosto familiar: Violência na vida de crianças e adolescentes. **UNICEF**. 2017. Disponível em: <<https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

WHO. World Health Organization. Aprenda sobre a prevalência de diferentes tipos de violência. **WHO**. 2018. Disponível em <http://apps.who.int/violence-info/>. Acesso em: 25 Jul. 2019.

_____. OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11). **WHO**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875>. Acesso em: 29 abr. 2019.

_____. Classificação Internacional de Doenças. **WHO** 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>>. Acesso em: 26 mai. 2019.

ZARE, Fariba; ANSARI, Hossein; MOHAMMADI, Mahdi; TAKIYEH, Hamideh. Epidemiological Pattern of Intentional and Unintentional Injuries Reported to Zahedan Forensic Medicine during 2008 – 2016. ASP Ins., Afarand Scholarly Publishing Institute, Iran. **Iranian Journal of Forensic Medicine**. 2019; 25(1):9-15. Disponível em: <<http://sjfm.ir/article-1-946-en.html>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

APÊNDICE – Instrumento de Pesquisa

FORMULÁRIO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO(A) PARTICIPANTE	
Nome:	Prontuário:
Idade:	Data de Nascimento: ____ / ____ / _____
Sexo: () Feminino () Masculino () NP - não preenchido	
Profissão: _____ () NP – Não Preenchido	
Responsável pela internação: () Pai () Mãe () Avó () Avô () Tia () Tio () NP () Outro: _____	
Data da admissão hospitalar: ____ / ____ / ____	Hora da admissão hospitalar: _____
Data da alta hospitalar: ____ / ____ / _____	Hora da alta hospitalar: _____
Religião:	() NP
Cidade de Origem:	
Se Salvador, Bairro:	
Acompanhante no momento da admissão:	
Procedência: () Emergência Ped () Enfermaria Ped () Triagem () Sutura () Transferência, Local: _____ () Outro: _____	
Local do evento: () escola () via pública () residência () casa de parentes () Outro: _____	
DADOS CLÍNICOS DO(A) PARTICIPANTE – UTI	
Data da admissão na UTI: ____ / ____ / ____	Hora da admissão na UTI: _____
Data da alta na UTI: ____ / ____ / _____	Hora da alta na UTI: _____
Motivo da internação:	
Diagnóstico:	
Comorbidades:	() NP
Alergias:	() NP
Presença de lesão aparente: () Não () Sim () NP Se sim, Tipo: _____ Locais: _____	
Presença de lesão por pressão: Admissão: () NP () Não () Sim – Locais: _____ Alta/Transf.: () NP () Não () Sim – Locais: _____	
Dados vitais:	
ADM: T: _____ °C FR: _____ ipm FC: _____ bpm HGT: _____ mg/dL	

PA: _____ x _____ mmHg PAM: _____ StO2: _____ % () NP	
Alta/Transf.: T: _____ °C FR: _____ ipm FC: _____ bpm () NP	
PA: _____ x _____ mmHg StO2: _____ % HGT: _____ mg/dL	
Peso: _____	Altura: _____ () NP
Escala de Glasgow: ADM: _____ Alta/Transf.: _____ () NP	
Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS): Adm: _____ Alta/Transf.: _____	
Escala de Dor de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability):	
ADM: _____ () NP	Alta/Transf.: _____ () NP
Escala de Braden Q: ADM: _____ () NP Alta/Transf.: _____ () NP	
Retorno à UTI após a alta: () Sim () Não	
Desfecho da internação (saída da UTI):	
() Transferência Interna para _____	
() Transferência Externa para _____	
() Alta para a enfermaria pediátrica	
() Alta para o CTQ-B	
() Alta para o CTQ-A	
() Alta para a emergência	
() Alta Hospitalar	
() Óbito – CAUSA: _____	
Dispositivos com datas de Início (I) e Fim (F):	
SNG – I - _____ F _____	SOG – I - _____ F _____
SNE – I - _____ F _____	SOE – I - _____ F _____
SVF – I - _____ F _____	PAM – I - _____ F _____
Dispositivo Urinário – I - _____ F _____	TOT – I - _____ F _____
AVP _____ – I - _____ F _____	TQT – I - _____ F _____
AVP _____ – I - _____ F _____	
CVC _____ – I - _____ F _____	
CVC _____ – I - _____ F _____	
_____ – I - _____ F _____	
_____ – I - _____ F _____	
Indícios de violência doméstica? () Sim () Não	
Se sim: () Registro no prontuário () Notificação compulsória	
Doação de Órgãos: () Sim () Não Quais? _____	

Data: ____ / ____ / 20____.

ANEXO A – Parecer consubstanciado (Escola de Enfermagem da UFBA)

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO TRAUMA EM CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

Pesquisador: Evaldo Almeida da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15413519.9.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.692.499

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado ao curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para elaboração de dissertação para conclusão do curso pelo aluno Evaldo Almeida Da Silva com a orientação da Profa Dra Nadirlene Pereira Gomes e Co-Orientação da Profa Dra Maria Carolina Ortiz Whitaker. Este projeto de pesquisa propõem motivar as discussões sobre o trauma que é um importante problema de saúde pública e uma das principais causas de morbimortalidade, sobretudo para crianças e adolescentes. O estudo irá analisar os fatores associados ao trauma em crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal. O estudo será realizado em um Hospital público para atendimentos de média e alta complexidade, sendo a maior Unidade Hospitalar do Estado especializada em trauma. A coleta de dados, que se dará por meio da consulta em prontuários, será norteada por um formulário construído, tendo como referência as informações contidas nos impressos da Unidade Hospitalar. Será um estudo documental com dados retrospectivos de prontuário já arquivados de pacientes que tiveram alta hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores associados ao trauma em crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.692.499

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil (sociodemográfico e clínico) de crianças internadas por trauma na Unidade de Terapia Intensiva;

Estimar a prevalência dos tipos de traumas nas crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva;

Investigar indícios de trauma por violência doméstica entre as crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa que envolve seres humanos oferece risco mínimo, a pesquisadora afirma que irá respeitar todos os preceitos éticos descritos nas resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, assim garantirá o cuidado e atenção para não ter vazamento dos dados e nem a manipulação das informações coletadas, tendo estas, a finalidade exclusiva para o desenvolvimento da pesquisa.

Os benefícios deste estudo envolve uma Contribuição para uma melhoria na qualidade da assistência multiprofissional a estes pacientes. Os resultados obtidos pelo estudo, poderá gerar subsídios para a prevenção dos danos provenientes destes agravos. A Identificação das causas que levaram aos traumas (fatores associados), viabilizará o direcionamento de ações e investimentos para tal fim. Além disso, a compreensão do impacto gerado por estes internamentos hospitalares ao núcleo familiar, ao Estado, a sociedade em geral e o reflexo deste a economia regional, justifica a implementação desta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores realizaram todas as sugestões do ultimo parecer. Afirmam que esta pesquisa não trará ônus financeiro ou eventuais prejuízos para a Instituição. O pesquisador se compromete a manter os dados dos participantes em sigilo e anonimato. Consideramos este estudo de grande importância para a construção de fundamentos teóricos que ajudará a gestão publica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Por se tratar de um estudo documental com dados retrospectivos de prontuário já arquivados de pacientes que tiveram alta hospitalar, o proponente solicita a este Colegiado (CEP) a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme rege a Resolução n.466/2012.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar			
Bairro: Canela		CEP: 41.110-080	
UF: BA	Município: SALVADOR		
Telefone: (71)3283-7615	Fax: (71)3283-7615	E-mail: cepee.ufba@ufba.br	

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.692.499

Recomendações:

Encaminhar relatórios parcial e final da pesquisa ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi atualizado, conforme solicitações anteriores, e por isto considera-se aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado homologa parecer de aprovação emitido pelo parecerista.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_144817_7_E2.pdf	08/10/2019 13:28:39		Aceito
Outros	Checkliste.pdf	07/10/2019 12:28:07	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	MODELO_DOS_TERMOS_COMUNS_A_TODOS_OS_PROJETOS.pdf	07/10/2019 12:27:19	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	04/10/2019 16:11:38	Evaldo Almeida da Silva	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	04/10/2019 16:09:38	Evaldo Almeida da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/10/2019 16:09:24	Evaldo Almeida da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_atualizado.doc	04/10/2019 16:08:55	Evaldo Almeida da Silva	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	04/10/2019 16:08:30	Evaldo Almeida da Silva	Aceito
Outros	Esclarecimento_2.pdf	10/06/2019 14:23:05	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	07/06/2019 20:53:59	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	declaracao_nao_inicio.pdf	07/06/2019 20:51:40	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	Declaracao_concordancia.pdf	07/06/2019 20:51:13	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	termo_compromisso_coleta.pdf	07/06/2019 20:49:57	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	07/06/2019 20:49:37	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-080
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.692.499

Outros	Carta_esclarecimento.pdf	07/06/2019 20:48:58	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	Questionario.pdf	07/06/2019 20:48:07	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	TAI.pdf	07/06/2019 20:47:48	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	07/06/2019 20:45:43	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

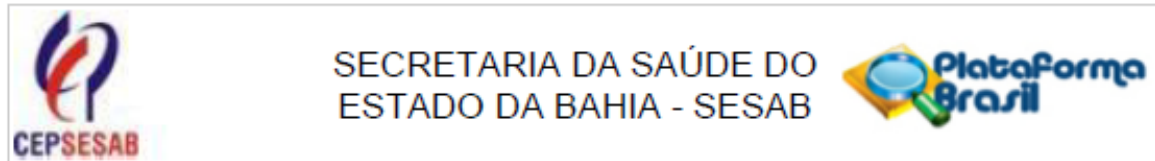
SALVADOR, 08 de Novembro de 2019

Assinado por:

Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-080
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado (SESAB)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO TRAUMA EM CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

Pesquisador: Evaldo Almeida da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15413519.9.3002.0052

Instituição Proponente: ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA PROFESSOR FRANCISCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.713.509

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, o trauma se constitui um problema de saúde pública e configurando-se das principais causas de morbimortalidade, sobretudo para crianças e adolescentes. Somente na rede pública, em média, 113 mil crianças são hospitalizadas e outras 3,7 mil vão a óbito devido aos traumas. Assim, a presente pesquisa pretende analisar os fatores associados ao trauma em crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, mediante abordagem quantitativa, de corte transversal, a ser realizada em um hospital público para atendimentos de média e alta complexidade, e maior Unidade hospitalar do Estado especializada em trauma. Trata-se de uma pesquisa documental, a partir de coleta de dados em prontuários. Os autores apontam não haver ônus financeiro ou eventuais prejuízos para a Instituição sediadora, já que o custo total de R\$ 9.399,15 será de própria responsabilidades.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar os fatores associados ao trauma em crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil de crianças internadas por trauma na Unidade de Terapia Intensiva;
- Estimar a prevalência dos tipos de traumas nas crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva;

Endereço: Centro de Atenção a Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia - Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n

Bairro: Iguatemi

CEP: 41.820-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3116-0236

E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br



SECRETARIA DA SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA - SESAB



Continuação do Parecer: 3.713.509

- Identificar os fatores associados ao trauma em crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva;
- Investigar indícios de trauma por violência doméstica entre as crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores:

PROJETO RESUMIDO

Riscos:

"Por reconhecer que toda pesquisa que envolve seres humanos oferece risco mínimo, garante o cuidado e atenção para não ter extravasamento dos dados e nem a manipulação das informações coletadas, tendo estas, a finalidade exclusiva para o desenvolvimento da pesquisa."

Benefícios:

"Contribuir para uma melhoria na qualidade da assistência multiprofissional a estes pacientes. Através dos resultados obtidos pelo estudo, pretende-se determinar o caminho para a prevenção dos danos provenientes destes agravos. Identificar as causas que levaram aos traumas (fatores associados), viabilizando o direcionamento de ações e investimentos para tal fim. Além disso, compreender o impacto gerado por estes internamentos hospitalares ao núcleo familiar, ao Estado, a sociedade em geral e o reflexo deste a economia regional, justificando esta pesquisa. Esta Pesquisa não trará ônus financeiro ou eventuais prejuízos para a Instituição. O pesquisador se compromete a manter os dados dos participantes em sigilo e anonimato."

PROJETO COMPLETO, campo justificativa:

"... há de contribuir para uma melhoria na qualidade da assistência multiprofissional a estes pacientes. Através dos resultados obtidos pelo estudo, gerar subsídios para a prevenção dos danos provenientes destes agravos."

CARTA RESPOSTA:

"R. Modificado na página 07." (refere-se ao projeto completo/justificativa)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é científica e socialmente relevante e a proposta apresenta viabilidade operacional. O método está detalhado tanto quanto aos procedimentos e instrumentos, quanto a análise dos

Endereço: Centro de Atenção a Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia - Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n
 Bairro: Iguatemi CEP: 41.820-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3116-0236 E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br



SECRETARIA DA SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA - SESAB



Continuação do Parecer: 3.713.509

dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto, ANEXADA, devidamente assinada pelo pesquisador responsável, Evaldo Almeida da Souza, em 29/05/2019 e pelo responsável pela Instituição proponente, Prof.^a Carolina de Souza Machado, Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na mesma data.
- Autorização do responsável pelo local onde a pesquisa será desenvolvida ANEXADA, assinada e carimbada por Dr. André Luciano S. de Andrade, Diretor Geral do Hospital Geral do Estado (HGE), e datada de 06 de maio 2019.
- Instrumento de coleta de dados (formulário)- ANEXADO.
- Projeto de Pesquisa completo: ANEXADO.
- Informações básicas do projeto- ANEXADA (vide recomendações).
- Orçamento financeiro: ANEXADO.
- Cronograma: ANEXADO.
- Termo de Dispensa de TCLE: ANEXADO.

Recomendações:

Maior atenção ao atendimento de pendências no tocante a fazer as alterações em todos os documentos pertinentes, e não somente no projeto completo, a despeito de sua condição majoritária no protocolo de pesquisa. Ressalta-se a importância da clareza das informações contidas no protocolo de pesquisa, para seu adequado e completo entendimento por parte dos interessados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

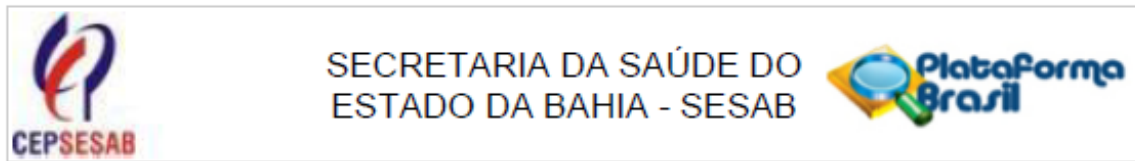
O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto à dimensão ética do Projeto "FATORES ASSOCIADOS AO TRAUMA EM CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA", considera que foram solucionadas as pendências e que as modificações apresentadas contemplam as inadequações apontadas pelos conselheiros sobre o estudo. Deve-se ressaltar ainda o compromisso e responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Assim, este projeto de pesquisa contempla todos os aspectos exigidos na Resolução nº 466/2012 e, complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Acrescenta-se que o pesquisador:

- 1) deverá desenvolver o projeto conforme aprovado pelo CEP;

Endereço: Centro de Atenção a Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia - Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n
 Bairro: Iguatemi CEP: 41.820-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3116-0236 E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br



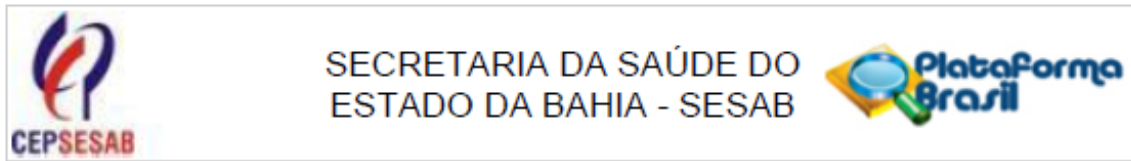
Continuação do Parecer: 3.713.509

- 2) elaborar e apresentar relatórios parciais e finais para o CEP;
- 3) manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 anos, todos os dados coletados para pesquisa, bem como outros documentos utilizados;
- 4) apresentar informações sobre o desenvolvimento da pesquisa a qualquer momento, quando solicitadas pelo CEP;
- 5) comunicar e justificar ao CEP todas as alterações realizadas no projeto, bem como, sua interrupção, ocorridas após a aprovação do protocolo pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1410163.pdf	07/10/2019 20:39:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_atualizado.doc	07/10/2019 20:37:52	Evaldo Almeida da Silva	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	07/10/2019 20:29:00	Evaldo Almeida da Silva	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	07/10/2019 20:22:54	Evaldo Almeida da Silva	Aceito
Outros	Esclarecimento_2.pdf	10/06/2019 14:23:05	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	07/06/2019 20:53:59	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	declaracao_nao_inicio.pdf	07/06/2019 20:51:40	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	Declaracao_concordancia.pdf	07/06/2019 20:51:13	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	termo_compromisso_coleta.pdf	07/06/2019 20:49:57	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	07/06/2019 20:49:37	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	Carta_esclarecimento.pdf	07/06/2019 20:48:58	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	Questionario.pdf	07/06/2019 20:48:07	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Outros	TAI.pdf	07/06/2019 20:47:48	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado	Brochura.pdf	07/06/2019	Márcia Maria	Aceito

Endereço: Centro de Atenção a Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia - Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n
 Bairro: Iguatemi CEP: 41.820-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3116-0236 E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br



Continuação do Parecer: 3.713.509

/ Brochura Investigador	Brochura.pdf	20:46:09	Carneiro Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	07/06/2019 20:45:43	Márcia Maria Carneiro Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 19 de Novembro de 2019

Assinado por:
CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Atenção a Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia - Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n
Bairro: Iguatemi CEP: 41.820-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3116-0236 E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br