

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NÚBIA DE RODRIGUES ARAÚJO

**FATORES ASSOCIADOS AO TRAUMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NÚBIA DE RODRIGUES ARAÚJO

**FATORES ASSOCIADOS EM TRAUMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista

Profa. Orientadora: Me. Kátia Regina Barros Ribeiro

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **FATORES ASSOCIADOS AO TRAUMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA** de autoria do aluno **NÚBIA DE RODRIGUES ARAÚJO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Me. Kátia Regina Barros Ribeiro
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 MÉTODO.....	07
3 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
3.1 Epidemiologia do trauma em crianças e adolescentes.....	08
3.2 Trauma em crianças e adolescente e fatores associados.....	09
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16

RESUMO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa. Tem como objetivo realizar levantamento bibliográfico sobre os fatores associados ao trauma em crianças e adolescentes, elaborada no período de outubro de 2013 a março de 2014, a partir da leitura de artigos e legislações específicas da área. Os resultados evidenciaram que o trauma envolvendo crianças e adolescentes é uma realidade com ocorrência de crescimento exponencial. Estes números são alarmantes em todo o mundo, e por isso, é considerado um problema de saúde pública. Os principais fatores associados encontrados são: sexo masculino, idade entre 07 e 12 anos, cor branca, renda familiar de 03 a 05 salários mínimos e presença de irmão mais novo na família. O trauma e suas consequências têm notoriedade em todo o mundo, devido ao número expressivo de ocorrências em todas as faixas etárias e aos custos gerados no seu tratamento. Gastos hospitalares no atendimento direto à vítima de trauma, certamente são alarmantes, entretanto o custo indireto na assistência ao paciente e sua família são inestimáveis. A prevenção do trauma na população infanto-juvenil e de sua reincidência merece atenção especial por parte dos profissionais da saúde, gestores, família e sociedade em geral por ser fator determinante para surgimento de sequelas provisórias ou permanentes que afetam a execução das atividades usuais desta faixa etária, diminuindo seu rendimento escolar e se tornando um obstáculo ao seu crescimento e desenvolvimento pleno.

1 INTRODUÇÃO

A lesão traumática é toda aquela gerada pela transferência de energia contra o corpo. Podendo ser de origem mecânica, térmica, química, elétrica ou irradiação. (SETTERVALL et al., 2012) Os dados sobre indicadores de morbidade e mortalidade relativos às lesões traumáticas, estão inseridos como causas externas. Nesse aspecto, a Organização Mundial da Saúde revela que as causas externas são responsáveis pela principal causa de morte no mundo. Os números de atendimentos e internações hospitalares são preocupantes, por isso, são considerados um problema de saúde pública. (BRASIL, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

No Brasil, os dados referentes à mortalidade por causas externas, são semelhantes aos mundiais, sendo elas as principais causas de morte em crianças e adolescentes. (BRASIL, 2013) Esses dados referem-se a acidentes de trânsito, quedas, agressões, afogamentos, queimaduras, entre outros. Esses traumas demandam estrita atenção e estudo de suas causas, a fim de que sejam evitadas, nas mais variadas situações. (BRASIL, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

As crianças e adolescentes, por vezes, se tornam vítimas graves desse tipo de lesão, visto que comparativamente, seu corpo é mais compacto com relação ao de um adulto e seus órgãos estão dispostos de maneira mais próxima, ocasionando, frequentemente, múltiplas lesões. Para tanto, a minuciosa coleta de dados referentes à cinemática e demais fatores envolvidos nos traumas, são elementos fundamentais para a determinação da gravidade do quadro e suposição de lesões de maior gravidade e que serão tratadas de forma prioritária. (ABRAMOVICI; SOUZA, 1999)

Jorge e Koizumi (2004) em seu estudo sobre os gastos governamentais em pacientes internados por causas internadas demonstram que apesar de menor tempo e frequência de internação hospitalar, há maiores gastos hospitalares com as internações por causas externas em comparação às internações por causas naturais. Além das lesões diretas, o trauma é responsável por grandes investimentos de recursos públicos destinados ao tratamento, reabilitação e

reinserção nas atividades comumente exercidas, anteriormente ao trauma, por suas vítimas. (JORGE; KOUZIMU, 2004)

Com a finalidade de minimização de lesões e sequelas provenientes de traumas em crianças e adolescentes, faz-se necessário o esclarecimento dos fatores associados à ocorrência de trauma na população infanto-juvenil, para que sirvam como embasamento científico no desenvolvimento de estratégias que previnam essas lesões, tanto por parte da própria vítima do trauma como de seus responsáveis e das autoridades públicas. Na prática assistencial, esses dados estão disponíveis, entretanto há de se fazer uma avaliação detalhada dos mesmos, para que sirvam de fonte para planejamento e implementação de cuidados preventivos, educação em saúde ao familiar/responsável legal pela criança/adolescente, além de guiarem o atendimento integral à vítima de trauma.

Para tanto, este estudo tem como objetivo geral, discutir sobre os fatores associados ao trauma em crianças e adolescentes, fundamentado em os artigos científicos publicados na área, o que subsidiará a prática assistencial de enfermagem à criança e adolescente vítimas de trauma.

2 MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa. Com relação aos critérios de inclusão dos artigos científicos, são eles: texto completo disponível, texto publicado em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, publicação nos últimos 15 anos e relação direta com o tema abordado. Além destes, foram utilizados dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde do Brasil. A pesquisa de referencial teórico foi realizada nas bases de dados Portal CAPES, EBSCO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2013 a março de 2014. Após realizada a coleta dos dados, foi feita leitura detalhada dos resumos dos artigos científicos resultantes dessa busca e selecionados aqueles que abordavam a temática proposta nesta revisão, totalizando 32 artigos científicos utilizados. Os artigos científicos encontrados foram categorizados em: “epidemiologia do trauma em crianças e adolescentes” e “trauma em criança e adolescentes e fatores associados” e foram avaliados separadamente nessa lógica.

Com a finalidade de melhor organização dos resultados da pesquisa, os artigos científicos foram sistematizados e distribuídos em tabela do software Microsoft Excel® versão 2007, sendo extraído do artigo as seguintes informações para preenchimento completo da tabela: autor, delineamento do estudo, ano de publicação, local de publicação, principais resultados e breve discussão. Para a apresentação dos dados foi utilizada a estatística descritiva.

3 RESULTADOS E ANÁLISE

3.1 Epidemiologia do trauma em crianças e adolescentes

O trauma envolvendo crianças e adolescentes é uma realidade com ocorrência de crescimento exponencial. Estes números são alarmantes em todo o mundo, e por isso, é considerado um problema de saúde pública. (FILÓCOMO et al., 2002)

No Brasil, os dados referentes à mortalidade por causas externas na faixa etária de zero a dezenove anos, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no DATASUS demonstram que as causas externas são a principal causa de morte. (BRASIL, 2013) Conforme dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 2005, nos jovens de quinze a vinte e nove anos, a taxa de mortalidade por causas externas é de 139,68 por 100 mil habitantes. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009)

A despeito do quantitativo alarmante de mortes por causas externas, estudos demonstram que, os atendimentos em menores de quinze anos em pronto-socorro, em sua maioria não resultam em internação ou óbito, sendo os pacientes atendidos e liberados em 95,7% dos casos, comprovando que a maioria dos traumas sofridos por essa população não são classificados como graves. (MARTINS; ANDRADE, 2005) Resultado semelhante foi evidenciado por Filócomo et al, estudo realizado em pronto-socorro pediátrico em São Paulo, onde 95,7% dos atendimentos culminaram em alta dos pacientes. (FILÓCOMO et al., 2002)

Apesar dos achados apresentados, há de se perceber a importância do conhecimento dos mecanismos do trauma, perfil dos pacientes atendidos e a resolução de sua demanda a fim de utilizar todo sistema de saúde local disponível de forma coerente e plena. (MARTINS; ANDRADE, 2005)

3.2 Trauma em crianças e adolescentes e fatores associados

Na população infanto-juvenil, as maiores vítimas de trauma são do sexo masculino, faixa etária variando entre sete e doze anos e de cor branca. (JUNIOR et al., 2005; FRANCIOZI et al., 2008; SILVA et al., 2012) Há maior ocorrência de traumas durante os finais de semana e no turno vespertino. (BEM et al., 2008) Com relação ao tipo de moradia, aqueles que vivem em casa de tijolo, na periferia e com renda familiar variando entre três e cinco salários mínimos, são os mais atingidos. Além disso, a presença de irmão mais novo na família foi relatada como um fator de risco (FILÓCOMO et al., 2002), sendo associada à concessão de maior atenção àquela criança, por parte dos pais, negligenciando as atividades das crianças maiores por longo período de tempo. (BEM et al., 2008; FONSECA et al., 2002)

Os tipos de trauma podem ser diversos: quedas, contusões, acidentes automobilísticos, acidentes esportivos, queimaduras, agressões, ingestão ou asfixia por corpo estranho, traumatismos crânio-encefálicos (TCE), entre outros. (SETTERVALL et al., 2012; JUNIOR et al., 2005; FRANCIOZI et al., 2008; LEAL; TARTARELLA, 2004; SILVA et al., 2011; JUNIOR; CARVALHO; LIMA, 2012) O trauma de maior incidência nas crianças e adolescentes variam, principalmente, em razão da diferença de estágio de desenvolvimento e comportamento de ambos grupos. (FONSECA et al., 2002) Os adolescentes têm comportamento mais independente, arriscando-se em atividades perigosas e sem supervisão de um adulto. (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005) As crianças apresentam comportamento curioso e fantasioso, não tendo discernimento e segurança para o autocuidado, colocando-se, muitas vezes, em situações de perigo. (FONSECA et al., 2002; MELO et al., 2006)

No entanto, cabe salientar que em alguns estudos, a presença de um adulto no momento de ocorrência do trauma, não se apresentou como fator protetor para evitar o acidente. Talvez pela criança ou adolescente sentirem-se falsamente seguros pois estão sob supervisão de um adulto e se arriscarem em atividades mais perigosas ou por negligência do cuidador. (FILÓCOMO et al., 2002; JUNIOR et al., 2005)

As crianças são acometidas, em sua maioria, por quedas, contusões (isto é, os traumas diretos contra o corpo) e ferimentos. (FILÓCOMO et al., 2002) Já nos adolescentes, há

predomínio de quedas, acidentes automobilísticos e acidentes esportivos. (FRANCIOZI et al., 2008)

Estudos nacionais e internacionais, apesar de algumas divergências, demonstram que as partes do corpo mais lesadas na ocorrência do trauma são as extremidades, face e cabeça. (JUNIOR et al., 2005; FRANCIOZI et al., 2008; BEM et al., 2008; JUNIOR; CARVALHO; LIMA, 2012)

As quedas têm sua procedência explicada por diversos mecanismos e são responsáveis por múltiplas lesões nas crianças, já que são anatomicamente menores que adultos e adolescentes. (ABRAMOVICI; SOUZA, 1999) Sua maior ocorrência é no ambiente domiciliar. (FILÓCOMO et al., 2002; JUNIOR et al., 2005; BEM et al., 2008) No Brasil, as quedas são responsáveis por 41,9% das internações hospitalares por causas externas. (ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD, 2009)

As queimaduras são traumas de potencial gravidade associada, além de tratamento prolongado e presença de sequelas, demandando ações eficazes para sua prevenção. Pesquisa multicêntrica realizada com 182 crianças e adolescentes de até quinze anos, demonstrou que a faixa etária mais afetada é a de menores de um ano, podendo ser explicada pelas características predominantes nessa idade, tais como: imaturidade, curiosidade e descoordenação. O sexo masculino foi o mais atingido, podendo ser explicado pelo comportamento mediado por fatores culturais, onde há maior cedência de liberdade a este gênero. A maioria das queimaduras ocorreu no ambiente domiciliar, evidenciando supervisão adulta deficiente. Os principais agentes envolvidos nas queimaduras foram os líquidos quentes. (MARTINS; ANDRADE, 2007)

Já Costa et al, encontraram, em seu estudo, maior ocorrência de queimaduras em crianças na faixa etária de dois a seis anos. Entretanto, as queimaduras por líquidos quentes e ocorridas em ambiente intradomiciliar ainda demonstram ser as características prevalentes das queimaduras em crianças e adolescentes. (COSTA et al., 1999)

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) tem sido relatado não somente como o trauma de maior ocorrência na população infantil, como aquele que detém maior gravidade e lenta recuperação da vítima. (CARVALHO et al., 2007; JUNIOR, 2002; FERNÁNDEZ-LAVERDE; TORRES-OSPINA, 2010) Pesquisa incluindo 1888 crianças vítimas de TCE mostrou que pequenas alterações no escore da Escala de Coma de Glasgow (que avalia a gravidade do TCE), com somatório de treze a catorze pontos, classificando o TCE como "leve" podem resultar em

desfechos desfavoráveis. (MELO et al., 2010) Uma análise de 52 pacientes atendidos em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica demonstra que em 67,3% dos casos o TCE não está associado a outros traumas. Afirma ainda que a maioria dos pacientes foram vítimas de acidentes de trânsito, sendo 38,5% atropelamentos e 30,8% acidentes de trânsito. (MALDAUN et al., 2002)

O TCE demanda efetiva avaliação e permanente reavaliação da vítima, devido à facilidade de piora progressiva do quadro. (MELO et al., 2010) Somente com relação a este trauma, são incalculáveis os recursos públicos despendidos na sua assistência direta, bem como no atendimento posterior a vítima. Potencial causador de sequelas, por vezes, permanentes, o desafio no tratamento e recuperação das vítimas desse trauma, deve incluir a sua reinserção plena nas atividades diárias e retorno ao convívio social. (FERNÁNDEZ; TORRES, 2010) Nesse sentido, a atuação pró-ativa do enfermeiro na rápida avaliação do risco de gravidade do TCE e atendimento pleno à vítima faz a diferença na sua recuperação. O enfermeiro é o responsável por garantir que serviços de apoio (quais sejam: psicologia, serviço social, fonoaudiologia) se façam presentes e acompanhe a progressão do quadro do paciente, atentando para quaisquer tipos de mudança comportamental e de desenvolvimento.

Os acidentes automobilísticos se tornaram um problema de saúde pública, demandando do próprio gestor estratégias de minimização de sua ocorrência e consequentes sequelas. (MALVESTIO; SOUSA, 2002) Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de 2009, o Brasil está entre os dez países do mundo com maior número de mortes por acidentes de trânsito, sendo registrados 38 mil óbitos. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009)

A morbimortalidade relacionada ao acidente automobilístico tem crescido assustadoramente, principalmente quando nos deparamos com uma maior quantidade de veículos a motor circulantes, escassos espaços para trânsito exclusivo de veículos não motorizados, tais como: bicicletas, skates e patins. (SANTOS; COELHO, 2003) Uma estratégia de prevenção efetiva seria a construção e manutenção de maior quantidade de áreas restritas ao uso desses veículos, onde os pais e responsáveis legais pelas crianças e adolescentes poderiam realizar uma supervisão mais eficiente e tornaria a prática desses esportes mais segura. Além disso, a inadequada sinalização das vias, fiscalização de trânsito insuficiente e o não respeito às leis de trânsito estabelecidas, auxiliam nessas estatísticas. (SANTOS et al., 2008) Em uma análise

detalhada, percebe-se que a orientação e supervisão deficiente dos pais tornam as crianças e adolescentes vítimas suscetíveis nos acidentes de trânsito. (WAKSMAN; PIRITO, 2005) Seja por atropelamentos ou por propriamente conduzirem veículos a motor, desrespeitando os preceitos da legislação de trânsito vigente no país, já que somente o podem fazer, ao atingirem a maioria legal (dezoito anos). (WAKSMAN; PIRITO, 2005; SAUER; WAGNER, 2003) Ademais, a não utilização do cinto de segurança ou a sua utilização de forma inadequada ou, ainda, a não utilização de equipamentos específicos para crianças menores dentro do veículo, tais como cadeiras adequadas para a idade, fazem com que as crianças se tornem vítimas graves nos acidentes de trânsito. (WAKSMAN; PIRITO, 2005) Para fins de adesão completa ao uso desses equipamentos especiais para crianças, que efetivamente salvam vidas não somente delas como dos outros ocupantes de veículos a motor, poderiam os órgãos público adotar medidas que tornassem esses produtos menos onerosos ao consumidor, facilitando sua aquisição por maior parcela da sociedade.

Os traumas contusos apesar de apresentarem lesões de ordem puramente músculo-esquelética, podem determinar sequelas de mobilidade e sensibilidade importantes. (JUNIOR et al., 2005) Além de terem sua origem explicada nas atividades da criança e do adolescente, os traumas contusos podem significar abuso físico. Nesse sentido, os dados epidemiológicos são incompletos e podem não demonstrar a realidade, devido à subnotificação ou mesmo possível ocultação da sua ocorrência por parte dos pais e/ou responsáveis legais. (SILVA et al., 2011) Silva et al demonstram em seu estudo sobre a violência urbana que adolescentes e crianças do sexo masculino são o perfil mais prevalente das vítimas de agressão e sua maior ocorrência é no período da noite. (SILVA et al., 2011)

A violência contra a criança assume um papel muito mais intrafamiliar do que aquele das relações externas, sendo o contrário nos adolescentes. O principal fator desencadeante da violência física contra crianças são os conflitos entre os pais. As crianças mais vitimizadas, até os sete anos de idade, são do sexo masculino. Há inversão desse cenário na faixa etária dos sete aos quinze anos, sendo, nesta, o sexo feminino mais atingido. Além disso, outros tipos de violência (por exemplo, psicológica) são subnotificados, visto que não deixam lesões aparentes podendo passar despercebidas ao olhar do profissional da saúde e autoridades competentes, portanto esses números são incalculáveis. (BRITO et al., 2005)

A violência e os acidentes são as principais causas de morte em adolescentes, tornando-se temas de extrema relevância, visto que o atendimento efetivo não se limita somente ao trauma causado, mas também ao manejo da situação de violência e de injúrias acidentais. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009) Silva et al retratam que a adolescência é uma fase de incorporação de papéis sociais para o mundo adulto e que há de se levar em consideração que a convivência em ambientes violentos (e, por vezes, ser a vítima dessa violência) pode vir a motivar o adolescente a assumir o papel de agressor. (SILVA et al., 2011)

Cabe ao profissional de saúde, que acolhe e atende crianças e adolescentes, atenção especial aos casos onde há lesões de diferentes graus de maturação a ocorrência de múltiplos atendimentos por trauma em um curto período de tempo ou lesões de origem confusa ou incerta. (JUNIOR et al., 2005) Especialmente ao enfermeiro que presta o cuidado em tempo integral ao paciente vítima de trauma, principalmente em serviços de referência para esse tipo de lesão, estando responsabilizado pela assistência de enfermagem a situações de violência envolvendo crianças e adolescentes e à notificação compulsória da suspeita ou efetiva ocorrência desses eventos. Neste aspecto, é de extrema relevância que o enfermeiro não se exima da necessidade de prover cuidado integral e proteção à criança e adolescente vítimas de violência, a despeito de motivação inerente à prática profissional, tais como: sobrecarga de trabalho e pouca ou nenhuma atuação de áreas de apoio.

Segundo Johnston e Martin-Herz, em seu estudo sobre a recorrência de trauma em até três meses após o primeiro trauma sofrido por crianças e adolescentes de até 15 anos de idade, os fatores associados à reincidência de trauma são a baixa escolaridade dos pais, presença de sintomas depressivos nos pais, pais solteiros, atendimento em serviço público de saúde, sexo masculino, maior idade da criança e raça não caucasiana. Na população em estudo, 21% das crianças e adolescentes sofreram novo trauma em um ano após o trauma inicial e este não estava relacionado à ocorrência anterior. (JOHNSTON; MARTIN-HERZ, 2010)

O trauma e suas consequências têm notoriedade em todo o mundo, devido ao número expressivo de ocorrências em todas as faixas etárias e aos custos gerados no seu tratamento. Gastos hospitalares no atendimento direto à vítima de trauma, certamente são alarmantes, entretanto o custo indireto na assistência ao paciente e sua família são inestimáveis. Esses custos incluem não somente aqueles despendidos em razão da lesão física, bem como da sua reinserção

na sociedade e nas suas atividades diárias e a reconquista de sua auto-estima e satisfação pessoal.
(JORGE; KOIZUMI, 2004)

Nesse sentido, os gestores públicos responsáveis pelo suporte diagnóstico e terapêutico e principais atores na garantia ao direito à saúde da população, devem estar atentos ao resultado positivo que estratégias de prevenção de trauma e promoção de práticas seguras para as crianças e adolescentes são administrativamente mais baratas do que atendimento em serviços especializado em trauma ou até internações hospitalares para restabelecimento da saúde da vítima de trauma.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção do trauma na população infanto-juvenil e de sua reincidência merece atenção especial por parte dos profissionais da saúde, gestores, família e sociedade em geral. Principalmente em razão de ser fator determinante para surgimento de sequelas provisórias ou permanentes, porém, independente do seu tipo, afetam a execução das atividades usuais desta faixa etária, diminuindo seu rendimento escolar e se tornando um obstáculo ao seu crescimento e desenvolvimento pleno.

Além da restrição física que um trauma pode causar, ainda é necessária a avaliação das consequências psicossociais que podem ocorrer, alterando a auto-imagem e satisfação corporal da criança e do adolescente, interferindo negativamente nas suas relações sociais. Por esta razão, há de se levar em consideração as peculiaridades envolvendo o trauma, fatores associados a sua ocorrência e as diferenças físicas entre crianças e adolescentes e a população adulta.

Na impossibilidade da prevenção de trauma (como no caso dos acidentes), há um grupo de pessoas que entram em ação: os gestores. São eles os responsáveis por garantir atendimento integral ao paciente, que transgrida as barreiras do cuidado restrito ao tratamento das lesões físicas, mas disponha de mecanismos efetivos no restabelecimento e manutenção da qualidade de vida das crianças e adolescentes vítima de trauma.

Por fim, vale ressaltar que não houve a intenção de esgotar a discussão sobre essa temática, e a avaliação de parte da literatura e não a sua totalidade, representa, de certa forma, uma limitação desse estudo. Portanto, recomenda-se fortemente a realização de pesquisas com delineamento que facilite a inferência de conhecimento acerca de trauma e suas consequências, onde se possa conhecer a sua prevalência e subsidiar o profissional de saúde na orientação quanto a proteção e educação da população perante os riscos e condutas que devem ser adotadas.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICI, S; SOUZA, R. L. **Abordagem em criança politraumatizada**. *Jornal de Pediatria*, v. 75, supl. 2, 1999.

BEM, M. A. M. et al. **Epidemiologia dos pequenos traumas em crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão**, v. 37, n. 2, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde. Estatísticas vitais - Mortalidade geral**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRITO, A. M. M. et al. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, 2005

CARVALHO, L. F. A. et al. **Traumatismo cranioencefálico grave em crianças e adolescentes**. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 19, n. 1, jan./mar. 2007.

COSTA, D. M. et al. **Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes**. *Jornal de Pediatria*, v. 75, n. 3, 1999.

FERNÁNDEZ-LAVERDE, M.; TORRES-OSPINA, J. N. **Manejo actual del trauma encéfalo craneano grave en niños**. *Revista CES Medicina*, v. 24, n. 1, jan./jun. 2010.

FILÓCOMO, F. R. F. et al. **Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico**. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 10, n. 1, jan./fev. 2002.

FONSECA, S. S. et al. **Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares**. *Jornal de Pediatria*, v. 78, n. 2, 2002.

FRANCIOZI, C. E. S. et al. **Trauma na infância e adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um hospital público**. *Acta Ortop Bras.*, v. 16, n. 5, 2008.

JOHNSTON, B. D.; MARTIN-HERZ, S. P. **Correlates of reinjury risk in siblings groups: a prospective observational study**. *Pediatrics*, v. 125, n. 3, mar. 2010.

JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. **Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no estado de São Paulo, 2000**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 7, n. 2, 2004.

JUNIOR, A. L. **Conduta frente à criança com trauma craniano**. *Jornal de Pediatria*. v. 78, supl. 1, 2002.

JUNIOR, I. F.; CARVALHO, M. V.; LIMA, G. M.. **Trauma pediátrico devido a acidente veicular em via de grande tráfego**. Einstein, v. 10, n. 1, 2012.

JUNIOR, W. L. et al. **Análise estatística do trauma ortopédico infanto-juvenil do pronto socorro de ortopedia de uma metrópole tropical**. Acat Ortop Bras, v. 13, n 4, 2005.

LEAL, F. A. M.; TARTARELLA, M. B.; **Catarata pediátrica pós-trauma**. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, v. 67, 2004.

MALDAUN, M. V. C. et al. **Análise de 52 pacientes com traumatismo de crânio atendidos em UTI pediátrica**. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 60, n. 4, 2002.

MALVESTIO, M. A.; SOUSA, R. M. C. **Acidentes de trânsito: caracterização das vítimas segundo o "Revised Trauma Score" medido no período pré-hospitalar**. Revista Escola de Enfermagem USP, v36, n. 4, 2002.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M.. **Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 8, n. 2, 2005.

_____. **Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade**. Acta Paulista Enfermagem, v. 20, n. 4, 2007.

MELO, J. R. T. et al. **Traumatismo cranioencefálico em crianças e adolescentes na cidade do Salvador-Bahia**. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 64, n. 4, 2006.

MELO, J. R. T. et al. **Do children with Glasgow 13/14 be identified as mild traumatic brain injury?**. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 68, n. 3, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Rede interagencial de informações para saúde. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação de tendência**. Brasília (Brasil), 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), Ministério da Saúde (Brasil). Indicadores e dados básicos para a saúde. **Indicadores de morbidade e fatores de risco e proteção**, 2009.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Red Interagencial de Informaciones para la Salud. **Indicadores básicos para la Salud en Brasil: conceptos y aplicaciones**. Brasília, 2009.

SANTOS, A. M. R.; COELHO, M. J. **Atendimento de cliente com traumatismo em um serviço de emergência de hospital do Piauí**. Escola Ana Nery Revista de Enfermagem, v. 7, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.redalyz.org/articulo.oa?id=127718223009>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

SANTOS, A. M. R. et al. **Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, ago. 2008.

SAUER, M. T. N.; WAGNER, M. B.. **Acidentes de trânsito fatais e sua associação com a taxa de mortalidade infantil e adolescência.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, set./out. 2003.

SETTERVALL, C. H. C. et al. **Mortes evitáveis de vítimas com traumatismos.** Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 2, 2012.

SILVA, C. J. P. et al. **A violência urbana contra crianças e adolescentes em Belo Horizonte: uma história contada através de traumas maxilofaciais.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011.

SILVA, M. A. M. et al. **Trauma vascular na população pediátrica.** Jornal Vascular Brasileiro, v. 11, n. 3, 2012.

WAKSMAN, R. D.; PIRITO, R. M. B. K.. **O pediatra e a segurança no trânsito.** Jornal de Pediatria, v. 81, n. 5(supl), 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Data report. **Mortality and global health estimates - Cause-specific mortality.** 2000-2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/mode.main.CODWORLD?lang=eng>>. Acesso em: 03 fev. 2014.