



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM PEDIATRIA E NEONATAL**

**LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA**

**PERFIL CLÍNICO E SÓCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
EM UNIDADES DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA EM TRAUMAS**

**FORTALEZA**

**2019**

LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA

PERFIL CLÍNICO E SÓCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TRAUMAS

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatologia, do Centro Universitário Fametro como requisito para obtenção do título de Especialista, Sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Jorge Magalhães.

FORTALEZA

2019

LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA

PERFIL CLÍNICO E SÓCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TRAUMAS

Artigo TCC apresentado no dia 25 de Outubro de 2019 como requisito de conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal do Centro Universitário Fametro-UNIFAMETRO tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Fernanda Jorge Magalhães (Orientadora)  
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO-UPE

---

Me Velma Dias do Nascimento  
1º Membro-Instituto Dr José Frota

---

Me Essyo Pedro Moreira de Lima  
2º Membro -Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me permitiu até aqui chegar, com Fé, Coragem e Persistência.

À minha família, que sempre será meus pilares de vida.

Ao meu filho Antônio Levi, presente de Deus, e razão do meu viver.

Ao meu esposo, Eliezer pela compreensão, atenção e carinho neste caminhar.

À minha orientadora professora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Jorge Magalhães pela transmissão dos conhecimentos, sabedoria, paciência e dedicação.

À coordenação do curso de Especialização em Pediatria e Neonatologia da Faculdade metropolitana de Fortaleza (FAMETRO), Prof. <sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Valeska Siebra e Silva, pela ideiação do curso e oportunidade de capacitar profissionais enfermeiros especialistas.

Aos preceptores de estágio supervisionado, em especial Prof.<sup>a</sup> Me. Zélia Mota, Prof.<sup>a</sup> Marilene Tavares, Prof.<sup>a</sup> Ângela Bruno e Prof.<sup>a</sup> Marta pelo carinho, destreza e amor com as quais desenvolvem toda a rotina de assistência em enfermagem neonatal.

A todos os professores do curso de Especialização em Pediatria e Neonatologia do Centro Universitário Fametro, em Especial a minha banca, Velma Nascimento e Essyo Pedro de Lima por fazerem parte deste momento único.  
Gratidão!

# PERFIL CLÍNICO E SÓCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA TRAUMATOLÓGICA

Leiliane de Oliveira Silva<sup>1</sup>  
Fernanda Jorge Magalhães<sup>2</sup>

## RESUMO

As crianças e os adolescentes, comumente são vítimas de causas externas, gerando impacto negativo na base familiar e na saúde pública devido aos maiores gastos econômicos com serviços de emergência, internamento e reabilitação. Identificar o perfil clínico e sócio demográfico de crianças e adolescentes na unidade de urgência e emergência, Fortaleza-CE-Brasil. Estudo quantitativo transversal, documental e retrospectivo. Realizado em um hospital terciário de grande porte da rede municipal de Fortaleza, referência em traumatologia, por meio de análise dos prontuários de crianças e adolescentes no período de janeiro a dezembro de 2017. Dados secundários coletados mediante ficha identificada e individuais, sendo: Dados demográficos (sexo, idade, raça/cor, procedência) e clínicos (gravidade, condutas e desfecho). A amostra foi de 312 prontuários, no entanto foi coletado 342 fichas fechando um bloco diário de atendimento e coleta. Foram critérios de inclusão: pacientes aleatórios na emergência mediante ficha de boletim de atendimento, e critérios de exclusão os prontuários e ou fichas de atendimento bastantes incompletas, bem como perfil de adultos e idosos. Após a coleta, foram analisados e os dados compuseram o banco em planilha Excel e posteriormente analisados quanto à estatística descritiva e literatura pertinente à temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob parecer nº 2.599.128. Evidenciou-se a predominância em crianças e adolescentes do sexo masculino 58% (n=200), da raça Parda 89% (n = 306), sendo as quedas 27% (n=92) o índice mais elevado em acidentes, seguidos dos acidentes de transito com 14%(n=47). Concluiu-se que, subsidiar a prática profissional em saúde coletiva, gera perspectivas relevantes e contribui para prevenção e redução de acidentes, sequelas e óbitos.

**Descritores:** Causas externas. Traumas. Pediatria. Cuidados de enfermagem.

---

<sup>1</sup> Aluna do curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal pelo Centro Universitário Fametro

<sup>2</sup> Prof.<sup>a</sup>. Orientadora do curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal pelo Centro Universitário Fametro. Docente Adjunta da Universidade de Pernambuco- UPE.

## ABSTRACT

Children and adolescents are usually victims of external causes, resulting in a negative impact on the family base and public health due to the higher economic expenditures with emergency services, internment and rehabilitation. To identify the clinical and socio-demographic profile of children and adolescents in the urgency and emergency unit, Fortaleza-CE-Brazil. Quantitative cross-sectional, documental and retrospective study. It was carried out in a large tertiary hospital in the municipal network of Fortaleza, a reference in traumatology, through analysis of the medical records of children and adolescents from January to December 2017. Secondary data collected through identified and individual records: demographic data (gender, age, race/color, provenance) and clinical (severity, behavior and outcome). The sample was 312 records, however, 342 records were collected, closing a daily block of care and collection. The inclusion criteria were: Random patients in the emergency room, by means of a service bulletin sheet, and exclusion criteria were the medical records and or records of many incomplete care, as well as the profile of adults and the elderly. After collection, the data were analyzed and the database was composed in Excel spreadsheet and subsequently analyzed for descriptive statistics and literature pertinent to the theme. The project was approved by the Ethics and Research Committee, under opinion No. 2,599,128. It was evidenced the predominance in male children and adolescents 58% (n = 200), of the Parda breed 89% (n = 306), with falls 27% (n = 92) The highest index in accidents, followed by traffic accidents with 14% (n = 47). It was concluded that, subsidize the professional practice in collective health, generates relevant perspectives and contributes to the prevention and reduction of accidents, sequelae and deaths.

**Descriptors:** External causes. Traumas. Pediatrics. Nursing care.

## 1 INTRODUÇÃO

As causas externas constituem importantes fatores de morbimortalidade infantis que resultam em incapacidades permanentes em todos os lugares do mundo (BRASIL, 2015). Estas, são definidas como acidentes acidentais (Acidentes de trânsito, de trabalho, intoxicações, queimaduras, quedas, afogamento) ou intencionais e violências (homicídios, suicídios, e agressões).

Estudos epidemiológicos sobre a temática são necessários para buscar compreender e buscar alternativas de combate e controle das causas externas. De 1990 a 2015, observou-se uma estabilidade nas taxas de mortalidade por homicídios (0,9%), sendo de 28,3/100 mil habitantes em 1990 e de 27,8/100 mil habitantes, seguidos por acidentes de trânsito, outras causas acidentais e suicídios no ano de 2015. As causas externas são a terceira principal causa de morte no Brasil (MALTA *et al.*, 2017).

A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 950 mil mortes por causas externas entre menores de 18 anos e a cada ano mais de 10 milhões de incapacidades. As crianças devido ao rápido crescimento e desenvolvimento associados à curiosidade tornam-se vulneráveis e predispostas a acidentes. Outro dado epidemiológico relevante é que o sexo masculino se destaca o que pode ser atribuído à forma diferenciada da educação com mais liberdade e atividades mais dinâmicas do que as meninas (BRASIL, 2016).

No Brasil, em 2009, foram responsáveis por 213.165 internações de pacientes menores de 19 anos, em hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (Silva MAI *et al.*, 2010.)

Os acidentes atingem toda a infância e adolescência e na faixa etária entre os 5 aos 19 anos de idade representa a principal causa de morte (BRASIL, 2016). Outro dado interessante é que a religião do indivíduo pode ter influência sobre a exposição a eventos que resultem em acidentes ou violência como mostra um estudo conduzido no estado do Espírito Santo onde os adventistas do sétimo dia apresentaram mortalidade por causas externas menor (10%) do que o restante da população com outra religião (19%). O estudo conclui que a redução pode estar relacionada ao absenteísmo de bebidas alcoólicas no grupo dos adventistas (VELTEN *et al.*, 2017).

Quando analisado a territorialização, as causas externas se distribuem de maneira heterogênea no território brasileiro. A maior proporção de casos notificados foi na região Sudeste (42,9%) e a menor foi na região Norte (8,2%) (RATES *et al.*, 2015). Os indicadores de morbidade e mortalidade são excelentes ferramentas epidemiológicas que descrevem com confiabilidade a realidade da situação de saúde de determinada região, permitindo definir o padrão da morbimortalidade por causas externas servindo para direcionar as ações de prevenção desses agravos e promoção da qualidade de vida a fim de reverter o cenário atual (BRASIL, 2014).

Durante as últimas décadas, o cenário global da saúde vem se transformando e uma abordagem do estudo de Carga Global de Doença (GBD), que é um esforço sistemático e científico para quantificar a magnitude comparativa da perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo e geografia para pontos específicos no tempo, vem nos trazer a última iteração desse esforço: O Estudo de Carga de Doença Globais, Lesões, e Fatores de Risco 2010 (GBD 2010), estimou que cerca de 973 milhões de indivíduos com algum tipo de lesão e 4,8 milhões de óbitos por acidentes e violência no mundo em 2013. Entre as pessoas que sofreram lesões, 56,2 milhões (5,8%) precisaram ser internadas e 21,7 milhões (38,5%) tiveram fraturas o que configura períodos longos distante do trabalho e prejuízo nas atividades de vida. Dentre as principais causas de óbitos foram os acidentes de trânsito (29,1%), suicídios (17,6%), quedas (11,6%) e homicídios (8,5%) (HAAGSMA *et al.*, 2016).

Quando se trata de violência ou maus tratos as meninas são mais afetadas. Um estudo conduzido em São Paulo mostrou que a maioria das vítimas eram do sexo feminino (61,4%) entre 10 a 14 anos, onde a violência sexual foi o principal tipo de agressão. Enquanto que entre os meninos se configura a violência por maus tratos vindos principalmente dos pais (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012).

Existem políticas voltadas para a proteção das crianças e adolescentes. Em 1988, o artigo 227 da Constituição estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), criado pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Os artigos 13, 47 e 245 regulamentam a conduta dos profissionais de saúde e define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, destacando o Conselho Tutelar (Brasil, 2015).

Como resposta às crescentes taxas de mortalidade por acidentes e violência, em 2003, foi aprovada a Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001 que constitui um plano nacional para a redução da morbimortalidade por acidentes e violência por meio de ações conjuntas organizadas e sistematizadas (BRASIL, 2017).

## **2 PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA AS CAUSAS EXTERNAS**

Diante desse contexto, surgiu-me um questionamento dentro da minha rotina de trabalho: Qual o perfil clínico e sócio demográfico das crianças e dos adolescentes acometidos por causas externas em um serviço traumatológico de um hospital referência em urgência e emergência do Estado do Ceará.

Espera-se com tal questionamento, que o enfermeiro, atuante em unidade pediátrica e neonatal possa aprofundar o conhecimento sobre as condições clínicas e sócio demográficas de crianças e adolescentes atendidos em situações de trauma. Para isso, pode-se, também, desenvolver pesquisas no seu campo de atuação permitindo assim a difusão do conhecimento e atualizando novas práticas clínicas, sociais e educacionais.

Portanto, o presente estudo justifica-se e torna-se relevante já que as causas externas de atendimento pediátrico em unidade de urgência e emergência constituem importante impacto negativo na saúde pública e na qualidade de vida das pessoas, em especial das crianças já que afeta todo o contexto familiar e de vida destas crianças e assim como os adolescentes. Dentre as principais causas externas a serem evidenciadas e avaliadas pela equipe multidisciplinar em saúde são: a violência e os acidentes domésticos, os quais são tidos como eventos passíveis de prevenção bem como de notificação

Os acidentes e as violências na infância envolvem vários segmentos populacionais, Dentre as principais causas externas na infância e adolescência, quando comparadas ao estudo realizado, encontramos as quedas, os envenenamentos, as queimaduras, e os acidentes de trânsito (Silva MAI *et al*, 2010).

Vale ressaltar que ainda torna-se necessário o aprofundamento dos estudos com foco nesta temática já que trata-se de uma clientela susceptível e que está diariamente presente nos serviços de urgência e emergência. Cabe ainda acrescentar, que os achados desta pesquisa poderão contribuir para o

desenvolvimento de medidas preventivas e sócio educacionais para a população, para os profissionais, especialmente de enfermagem, bem como gestores da saúde e educação de modo a possibilitar a promoção da saúde e prevenção de complicações e agravos de crianças e adolescentes.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Identificar o perfil clínico e sócio demográfico de crianças e adolescentes atendidos na unidade de urgência e emergência, em um hospital de referência de linha prioritária no cuidado em traumatologia na cidade de Fortaleza-CE-Brasil.

### **4 METODOLOGIA**

Pesquisa quantitativa, de estudo transversal com abordagem descritiva, retrospectiva, documental e com análise analítica. Tendo como objetivo, dados numéricos, ou seja, ela tem o desígnio de ordenar, contar, medir e para estabelecer a distribuição e a frequência dos fenômenos, para alcançar padrões de relação de variáveis, constituir intervalos de confiança, testar hipóteses, para parâmetros e margens de erro para as estimativas (VIEIRA, 2015).

Os estudos transversais têm a vantagem se serem relativamente rápidos e fáceis de realizar permitindo estudar populações em um único ponto de tempo. São bastante úteis para medir a situação de saúde e para planejar alguns serviços de saúde. Uma desvantagem de usar o estudo transversal é que os dados sobre a exposição a fatores de risco e a presença ou ausência do desfecho (doença) são coletados simultaneamente impedindo determinar uma relação causal entre a variável dependente e as independentes (JEKEL et al., 1999).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de referência para Urgências e Emergências, Autarquia da Prefeitura Municipal de Fortaleza, inaugurado em 22 de Agosto de 1932. A missão desta instituição é proporcionar assistência a saúde em urgência e emergência e atendimento terciário as vítimas de trauma.

Atualmente o hospital consta de 9 andares, incluindo heliporto. Esta instituição é considerada de grande porte (o maior de urgência e emergência do estado) atendendo a vítimas de traumas e ortopedia de alta complexidade com

lesões vasculares graves, temos pacientes clínicos e cirúrgicos refenciados para diversos especialistas. Com mais de 500 leitos de internação, sendo 33 de unidade, entre elas 4 unidades de terapia intensiva( uma pediátrica com 6 leitos), 11 salas de cirurgia, 1 hemocentro, ainda serviços de apoio como, farmácia, laboratório, imagem, lavanderia, nutrição, ambulatório logística entre estes, psicologia, serviço social, guarda e segurança, higienização, nutrição e dietética, Corpo médico e de enfermagem especializada, como estomatoterapia, e CIHDOTT e bloco administrativo com recursos humanos, jurídicos e centro de estudos.

Vale ressaltar, que esta instituição no momento está sendo ampliada com intuito de aumentar leitos clínicos e cirúrgicos, bem como o centro de imagem, em fase de finalização deste serviço, a construção do IJF2.

O estudo foi realizado mediante fichas de boletim de atendimento de crianças e adolescentes extraídas de prontuários ou não, de uma instituição terciário em referência no atendimento ao paciente politraumatizado das regiões Norte e Nordeste. (FORTALEZA, 2018), junto ao Núcleo de Arquivos Médicos hospital público de ensino, da esfera municipal localizado em Fortaleza, capital do Ceará.

Dentro deste complexo, citamos ainda o centro de especialidades em urgências médicas, também referência em emergência, como o Centro de tratamento de Queimados(CTQ), Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CEATOX), Otorinolaringoscopia, Endoscopia, odontologia com cirurgias buco maxilo-facial. E Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES esta instituição possui 1727 profissionais ativos, fora as novas convocações recentes do último concurso de 2016.

Objetivou-se caracterizar os atendimentos dos registros, das crianças e adolescentes, com faixa etária de zero a 19 anos, que deram entrada no período de 1º de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017, A população de estudada foi constituída pelos boletins de atendimento emergencial e registros em prontuários, de crianças e adolescentes nos limites cronológicos da adolescência definida pela Organização Mundial da Saúde(OMS), até 19 anos atendidos na unidade de urgência e emergência da referida Instituição de saúde.

Para a delimitação da faixa etária do estudo, adotou-se o conceito de criança e adolescente da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa perspectiva, criança é toda pessoa com idade inferior a 10 anos, e adolescente é aquele entre 10

e 19 anos. Já nas faixas etárias entre zero e 14 anos, perfil pediátrico desta instituição.

Totalizando 19,856 atendimentos durante o ano de 2017, entre as faixas etárias (de zero a 19 anos), de um quantitativo de 79.807 atendimentos gerais realizados nesta Emergência naquele mesmo ano. Já nas faixas etárias entre zero e 14 anos, perfil pediátrico desta instituição, foram atendidos 14.190 crianças (18%) do total geral de todos os atendimentos

A amostra foi calculada pela fórmula da população finita. Para o cálculo do tamanho amostral foi considerada a média mensal de 1.655 atendimentos de crianças e adolescentes (zero a 19 anos) atendidos no serviço de Urgência e emergência traumatológica Pediátrica da referida Instituição, durante os meses de janeiro a dezembro de 2017. O tamanho amostral foi definido em 312 fichas partir da fórmula indicada para o cálculo de amostra em estudos transversais de população finita

$$n = Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q \cdot N$$

$$Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q + (N-1) \cdot E^2$$

Onde:

n: tamanho da amostra

Z $\alpha$ : nível de significância em desvio-padrão

P: prevalência do agravo em saúde

Q: complementar da prevalência (1-P)

N: tamanho da população

E: erro amostra

Foram considerados como parâmetros: nível de significância do estudo de 95% (Z $\alpha$ = 1,96); prevalência de 50%, já que não se tem um número exato de proporção da população a ser atendida e admitida nesse serviço; erro amostral de 5%; e tamanho da população de 19.856.

Os registros foram coletados por meio de um instrumento único para cada prontuário e analisado por mim e minha orientadora. Este instrumento consta de informações sócio demográficas (idade, raça, faixa etária sexo, procedência e local do ocorrido) e clínicas (tipos de causas externas, primeiro atendimento, conduta médica classificação da dor, classificação de risco, desfecho e registro de permanência até a alta desfecho e desfecho).

Como critérios de inclusão para constituir a amostra tem-se: prontuários e boletins de atendimento de pacientes com idade inferior a 19 anos, admitidos por causas externas ou não na unidade de urgência e emergência. Como critérios de exclusão tem-se: prontuários e boletins de atendimento que apresentarem bastante dados incompletos e ilegíveis, bem como registros superior a 19 anos e seguimentos dos prontuários para internamento durante o período da pesquisa, bem como prontuários e boletins não disponíveis no serviço durante a coleta.

Para realização da coleta de dados, foi utilizado um formulário dividido em duas partes. Na primeira etapa contendo os dados sócio demográfico da criança como: idade da criança, sexo, raça, faixa etária, procedência, local da ocorrência, responsável por acompanhá-lo até a instituição. E o outro item desse formulário o qual constou de aspectos clínico da criança como: Motivo do atendimento e hora, Tipo de causa externa, Especialidade médica, Local da ocorrência, fatores de risco para o acidente, Classificação de risco, Classificação da dor, Sinais Vitais, transferências, principais conduta e registros de Enfermagem, desfecho e registro de alta.

Os dados coletados foram organizados em variáveis dependentes ou desfecho que inclui a morbidade de admissão de cada paciente. E as variáveis independentes que abordam as características demográficas e clínicas. O estudo dispôs-se em duas análises: Descritiva e Analítica.

Todas as análises foram organizadas em tabelas. Utilizou-se o programa estatístico descritiva *SSPS* das principais características definidoras e fatores relacionados presentes na criança vítima de causas externas, seguindo a preconização da literatura pertinente à temática.

Atendendo aos princípios da Resolução 466/2012, O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, que encaminhou para o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota (IJF) sendo aprovado em 14 de Abril de 2018 de acordo com o parecer N°2.599.128(ANEXO A).

Solicitou-se autorização à chefia para realização do estudo, Utilizando o Termo de Fiel Depositário (ANEXO B), Tornando os pesquisadores responsáveis pelos dados obtidos dos prontuários. Solicitou-se também a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido -TCLE (ANEXO C) por ser uma pesquisa retrospectiva e a busca dos pacientes é impossibilitada pelo período de estudo.

Foi proposto anteriormente, e está sendo cumprindo diante dos riscos do estudo, a não publicação dos dados com outros fins, utilizando e preservando o anonimato. E diante dos benefícios, contribuir para uma política social trazendo um retorno dos resultados para a Instituição, com fins de melhorias e aperfeiçoamento no serviço, Bem como trabalhar a promoção da saúde diante das causas externas no meio social, escolar e intra-hospitalar.

## 5 RESULTADOS

De acordo com o presente estudo, ao analisar as características definidoras (manifestações clínicas), os fatores relacionados, e o perfil sociodemográfico, como resultado teve-se como evidência a tabela 1, 2 3 e 4. Estes dados foram de acordo com a ficha de atendimento, não havendo a variável escolaridade, por não haver nas fichas daquele serviço.

**Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de crianças e adolescentes atendidas na Emergência em um Hospital terciário, referência em trauma da Prefeitura de Fortaleza-Ceará, 2017**

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	200	58
Feminino	142	42
<b>Raça</b>		
Parda	306	89
Amarelo	22	6
Branco	14	4
<b>Faixa Etária</b>		
0 - 3 anos	97	28
4 – 6 anos	64	19
7- 11 anos	59	17
>12 anos	122	36
<b>Procedência</b>		
Capital	216	63
Região Metropolitana	57	17
Interior	62	18
Outros	7	2
<b>Responsável</b>		
Pai	28	8
Mãe	235	69
Cuidador	60	17
Criança/Adolescentes mesmo(a)	9	3
SAMU	10	3
<b>Local do Ocorrido</b>		
Residência	201	59
Escola	32	9
Acidente de Trabalho/dispositivo	7	2
Área pública/avenida/Logradouro	88	26
Hospital/Uaps/UAPs	11	3
PraIA/Piscina/Lagoa	3	1
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Podemos ver que a predominância foram crianças e adolescentes do sexo masculino 58% (n=200) atendidas na Emergência através da pesquisa ao Núcleo de Arquivos Médicos de um hospital público e analisadas pela pesquisadora durante este estudo. A raça Parda 89% (n = 306) se sobrepôs sobre as demais e a faixa etária > que 12 anos contabilizaram 36% do total da população. Os pacientes pediátricos eram a maior parte procedente da capital 63% (n=216), em segundo momento temos pacientes provenientes do interior com 18,1% (62) e por fim 16,7% (75) da região metropolitana. 69% (n=235) das Mães, era o responsável no momento do atendimento. Quanto ao Local do ocorrido, a pesquisa mostrou que os acidentes em residência são muito comuns e diversos, com 59% e (n=201) quando comparado a outros locais.

Diante da tabela 2, encontraremos o perfil clínico de crianças e adolescentes atendidas na emergência. Para a análise das características definidoras (manifestações clínicas), e os fatores relacionados (Tipo de Causas externas, classificação de risco, tipo de dor, Especialidade médica e conduta, registros de enfermagem, tempo de permanência na emergência, e desfecho).

Este perfil de estudo teve como evidência os dados abaixo de acordo com a ficha de atendimento e instrumento de coleta.

**Tabela 2 - Perfil clínico de crianças e adolescentes atendidas na Emergência em um Hospital terciário, referência em trauma da Prefeitura de Fortaleza-Ceará, 2017**

<b>Características clínico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipos de Acidentes por causas externas</b>		
Quedas	92	27
Acidentes de transito	47	14
Acidentes com corpos estranhos (ouvido, nariz e olho)	44	13
Sequelas/Consequências de causas externas	31	10
Politraumatismos	28	8
Acidentes animais peçonhentos	28	8
Agressão	20	6
Queimaduras	18	5
Homicídios(Tentativa) PAF+FAF	16	4
Abandono, Negligencia(OVACE-parcial)	15	4
Envenenamentos	3	1
Acidentes animais peçonhentos	3	1
Violência Psicológica	0	0
Lesão auto provocada, Suicídio	0	0

Complicações médico cirúrgico	0	0
Afogamento	0	0
<b>Primeiro Atendimento/Especialidade Médica</b>		
Clínico Geral	45	13
Pediatra	116	34
Neurologia	5	1
Trauma-Ortopedia	28	8
Otorrino	56	16
Cirurgião Plástico	18	5
Cirurgião Geral	15	4
Cirurgião Bucomaxilofacial	11	3
Urologia	2	1
<b>Conduta Médica/Intervenções</b>		
Anamnese e exame físico	69	20
Encaminhado para Reanimação	4	1
Solicitação de Parecer de outro Especialidade	21	6
Remoção Corpos Estranhos	156	46
Transferido para Risco 1 ou UTI	3	1
Realizado curativo	11	2
Realizado Pequena Cirurgia/Sutura	8	1
Consulta autorizado pelo chefe de Equipe	5	1
Analgesia + Gesso	3	1
Limpeza cirúrgica	3	1
Analgesia+Antihistaminico+Corticóide	17	5
Encaminhado ao Centro cirúrgico	21	6
Consulta com retorno agendado	1	0
Redução Incruenta	4	1
Cauterização com ácido	1	0
Dieta zero/sedação	1	0
Não há registros	6	2
<b>Desfecho</b>		
Em Observação	15	4
Internamento	34	10
Transferência Interna (outra especialidade)	2	1
Transferência Externa/Retorno ao hospital de origem	4	2
Alta/Alta a pedido	206	61
Óbito	5	1
Não há registros	82	24
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

As quedas com 27%(n=92) destacaram-se neste estudo na categoria tipos de acidentes por causas externas, e bem característico diante da população estudada. Em seguida nos chamando atenção para uma política de prevenção, o perfil dos acidentes e violências, por acidentes de transito com 47%(n=14), ambos os agravos provocam algum tipo de lesão física mental ou psicológica podendo levar ou não ao óbito, assim como sequelas irreversíveis.

Vale ressaltar que diante dos discriminadores, as causas clínicas com maiores percentuais de atendimentos na urgência/emergência são os traumas. Este se destaca com 895 (293), pois o hospital do estudo é referência na linha do cuidado em trauma.

Os traumas foram subclassificados devido à apresentação de alguns casos clínicos apresentarem uma maior porcentagem.

Dentro dos traumas as maiores ocorrências se deram por Quedas 92%(27) e acidentes de trânsito com 47% (14). E os demais incluídos na tabela são os por acidentes e ou obstruções por diversos corpos estranhos através do nariz, ouvidos e boca 44%(13), politraumatismo 28%(8) acidentes por animais peçonhentos 28%(8), Agressão 20% (6) e intoxicação exógena com 3%(1), queimaduras apresentam 18% (5), perfurações por arma branca e de fogo 16%(4)

Na categoria Especialidade Médica, Os profissionais mais presentes nas urgência e emergências foram em ordem crescente: Pediatras 34% (n=116). Em seguida os Otorrinos 16%(n=56), clínico geral 13%(n=45), trauma- ortopedista 8%(n=28) e cirurgião plástico 5% (n=18). Evidenciou-se que a remoção de corpos estranhos 46%(n=156) e a Solicitações de exames laboratoriais 15%(n=52) foram as condutas mais solicitadas pelos plantonistas.

E por fim, para a categoria desfecho clínico dos discriminadores, ocorre a finalização dos atendimentos com os demais profissionais, o critério de alta foi o mais pertinente foi de 61%(n=204), vindo posteriormente a variável- Não há registros- com 24%(n=82). E mais uma vez, se vê a necessidade de preservar os registros e destinos de cada paciente. Quem sabe se a pulseira de identificação com código de barra, sinalizassem para o sistema o destino final ou transitório do paciente. Vale salientar ainda nessa categoria que os internamentos também foram bastantes relevantes, em um segundo momento tendo em vista o perfil de atendimentos, e a necessidade da continuidade do tratamento, com 10%(n=34).

Variáveis específicas: Classificação de Risco & Tempo de permanência na emergência.

Bem sabemos que para definir a prioridade de atendimento, é importante coletar as manifestações clínicas das crianças ou adolescentes no momento de sua entrada na instituição. O ideal seria um ambiente lúdico e com privacidade. Se faz necessários a verificação dos sinais vitais e exame físico para definir uma prioridade estimada junto ao protocolo específico em pediatria e tendo por finalidade um

atendimento em tempo hábil, minimizando stress, complicações ou agravos nas filas de espera das emergências pediátricas.

Quanto a Classificação de risco, obteve-se para a maioria dos pacientes atendidos naquela instituição, receberam classificação verde: 48% (n=164), seguidos da classificação amarelo: 28% (n=95). Para a variável Tempo de Permanência na Emergência, a que mais destacou-se foi: Não há registro de tempo de permanência para o atendimento executado, com 34%( n=115).

**Tabela 3 - Perfil clínico de crianças e adolescentes atendidas na Emergência em um Hospital terciário, referência em trauma da Prefeitura de Fortaleza-Ceará, 2017**

<b>Classificação de Risco</b>		
Vermelho	3	1
Laranja	39	11
Amarelo	95	28
Verde	164	48
Azul	20	6
Branco	20	6
Sem Classificação	1	0
<b>Tempo de Permanência na Emergência</b>		
< 1 hora	57	17
Entre 2 horas e 6 horas	86	25
Entre 7 e 24 horas	41	12
>24 horas	38	11
Sem registros	120	35

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Para a Classificação de risco, onde a maioria dos pacientes atendidos receberam classificação Verde ( Prioridade IV) : 48% (n=164), seguidos da classificação Amarelo (Prioridade III): 28% (n=95), Percebe-se um não uso ao protocolo específico de acolhimento com classificação de risco em pediatria. Quanto a variável Tempo de Permanência na Emergência, a que mais destacou-se foi: Não há registro de tempo de permanência para os atendimentos executados naquele serviço, com 34%( n=115), Sugere-se então, treinamento em classificação de risco voltado para pediatria, bem como novos estudos nesta temática, a fim de proporcionar melhor atendimento e mais seguro para esta clientela.

Houve também um reflexo para a variável no tempo de permanência, uma vez que a ausência deste dado implica diretamente na assistência ao paciente assim

como ficou a desejar o tempo de espera para a classificação de risco, onde este não houveram registros para a coleta de dados..

Ainda para o acolhimento com classificação de risco em pediatria e quanto ao Tempo de atendimento naquela unidade, nos desperta enquanto pesquisador, o quanto seria interessante pensar em prontuário eletrônico para esta instituição, onde em muitos serviços já se utiliza esta tecnologia. E assim sinalizar a hora da alta do paciente, o tempo de permanência durante o acolhimento e classificação de risco, Bem como poderia se gerar indicadores quanto aos critérios de acolhimento no serviço, refletindo diretamente na qualidade e segurança do serviço para o paciente.

A dor, é considerada nos dias atuais o quinto sinal vital. A tabela abaixo, sinaliza esta intensidade, durante a coleta de dados e entrevista de admissão do paciente.

**Tabela 4 - Tabela 4 - Perfil clínico de crianças e adolescentes atendidas na Emergência em um Hospital terciário, referência em trauma da Prefeitura de Fortaleza-Ceará, 2017. Variáveis específicas: Classificação da dor**

<b>Classificação da Dor</b>		
Sem Dor	84	25
Dor Leve	157	46
Dor moderada	85	25
Dor Forte	13	4
Dor Insuportável	3	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quanto a esta variável, Na da Categoria de Dor, o estudo nos mostra que a dor leve com 46% e (n=157) predomina sobre as demais, tendo em segundo momento a dor moderada com 25% e (N=85).

Quando analisando a categoria, Registros de enfermagem e principais condutas, o estudo nos mostrou um percentual muito alto na tabela predominando, Nenhum registro de enfermagem, apresentando 85% dos prontuários ou boletins de atendimentos e (n=274).

**Tabela 5 - Tabela 5- Perfil clínico de crianças e adolescentes atendidas na Emergência em um Hospital terciário, referência em trauma da Prefeitura de Fortaleza-Ceará, 2017. Variáveis específicas: Registro de Enfermagem e Principais Conduas**

<b>Registro de Enfermagem e Principais Conduas</b>		
Registro dos Sinais Vitais	1	0
Registro de Medicação Checada	30	9
Prescrito curativo e não checado	2	0
Registro de Hidratação venosa checada	2	1
Registro de Observação de Enfermagem	2	1
Registro Inadequados	2	0
Presença de carimbo do Profissional da enfermagem	1	0
Registro de passagem de SNG e lavagem gástrica	9	3
Registro data e Turno na observação de Enfermagem	1	0
Registro de PCR e hora do óbito	1	0
Descrição de Intubação e Transferência p UTI ou R1	1	0
Nenhum registro de enfermagem	274	85

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Essa conduta e perda de dados, por parte dos profissionais, interfere diretamente nos indicadores de saúde e posteriormente nas condutas e intervenções. É preciso despertar o profissional para a importância desta ação.

Ausências de registros de enfermagem, comprometem a assistência, mesmo que tenham executado intervenções médicas e de enfermagem.

Percebeu-se ainda, durante esta coleta, registros pobres e incompletos diante de pacientes muitas vezes graves, segundo boletim/prontuário de atendimento. Entre estes registros ausentes, podemos descrever entre outros registros incompletos: Ausência da Prescrição de Enfermagem e diagnósticos, de assinatura legível, de controle glicêmico, de SPO2, de Eliminações, de procedimentos invasivos, ausência de registros de alta e encaminhamentos, ausência de aprazamentos diante das solicitações médicas, ausência de registro de potencial doador, e ausência de registro de pareceres de outra especialidade.

## **6 DISCUSSÃO**

No perfil sociodemográfico encontrado na primeira tabela, o sexo masculino obteve maior índice, bem como as mães como as principais responsáveis no momento do atendimento. Pesquisa realizada em 2015, em Hospital de Urgência em Sergipe, com 239 crianças, também teve predomínio o sexo masculino com

58,6%, e a relação ao grau de parentesco dos responsáveis que acompanhavam as crianças/adolescentes 88,28% foram trazidas pela mãe. (VIEIRA; SANTOS, 2015).

Configura-se em outro estudo, um predomínio de pacientes do sexo masculino (58,4%), com predomínio da faixa etária de crianças > 12 anos (36,6%), predominantemente procedentes da capital (63,3%), de raça parda (89,0%) e 77,0% buscaram atendimento acompanhados de seus pais. Vale ressaltar, que o estudo em questão confirmou que ainda os acidentes e violências também representam causas de morte em adolescentes > que 12 anos (SILVA et al, 2016)

Um estudo pela Unicamp, sobre Acidentes com crianças e adolescentes segundo o Inquérito Sentinela, no qual foram registrados 284 atendimentos em residentes em Campinas, nos mostra como resultado quanto às características das ocorrências, que estes acidentes ocorreram mais nos dias úteis (64,4% e 64,3%), no período entre 12h e 18h (50,0% e 46,9%), nos dois anos estudados. Além disso, em relação ao local de ocorrência, observa-se que a maioria aconteceu nas residências (ZIMMERMAN SF et al, 2018)

Diante da tabela 2, O perfil dos atendimentos de crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade aqui apresentado constitui um dado relevante para ampliar a visibilidade desse tipo de agravo. Destaca-se a variável causas externas, e como definição mais ampla seria qualquer agravo à saúde que provoque algum tipo de lesão, seja ela física, mental ou psicológica, podendo ou não levar ao óbito (NARDI *et al.*, 2015).

Segundo Brasil 2018, os acidentes na infância ainda representam importante causa de morte, gerando enorme sofrimento às famílias, e são responsáveis por custo econômico elevado ao sistema de saúde, principalmente nos casos em que deixam sequelas e invalidez por toda a vida.

De acordo com os dados da PNDS 2006, as principais causas de acidentes com crianças, registrados nos serviços de saúde, são as quedas (81%), as queimaduras (10%), os choques elétricos (8,6%), as mordeduras de animais (7,6%) os afogamentos (6,1%), as intoxicações (4,9%), os esmagamentos (4%), os acidentes de transporte (4%), o envenenamento (1%) e outros tipos de acidentes (1,3%). Esses acidentes ocorreram 81% das vezes na própria residência, 11,3% em outra casa, 3,9% na rua, 1,9% na escola e 2% em outros lugares (BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009).

Os acidentes de trânsito mantêm-se como importante problema de saúde pública no Brasil e demandam diferentes abordagens nas ações de prevenção (ALMEIDA RLF et al 2013). Trazendo neste estudo a segunda variável definidora, seguem os acidentes de trânsito com 17% dos atendimentos e n=59. Reforçando que nossa capital apresenta-se mais avançada em tecnologia, necessitando de engenharia de trânsito e projetos e programas para o trajeto nas vias urbanas e rurais.

Os acidentes de trânsito compõem as chamadas causas externas, que representam o principal problema de mortalidade em crianças e adolescentes, tornando-se cada vez mais relevante compreender sua distribuição, as causas, as características, a magnitude e os aspectos relacionados à sua ocorrência (MALTA DC, 2012)

Outro fator destaque, que comprova outras pesquisas em nosso meio, é a violência urbana sem limites, afetando nossas crianças e adolescentes: Homicídios PAF/FAB 5% e n=16, uma constante muito alta com tendência a crescer, se não houver políticas que funcionem na prática e na rotina de nossa cidade.

Em estudo comparativo, segundo Silva,2010 este estudo também mostra que a maioria dos atendimentos por causas externas ocorreram entre adolescentes, no sexo masculino, tendo como principais diagnósticos de causa externa os acidentes de transporte, seguidos das agressões (PAF E PAB).

Para a tabela de classificação de risco, apresentaram um índice maior na classificação de crianças e adolescentes na cor verde ,evidenciando por queixas clínicas, bem como os sintomas e sinais apresentados por adolescentes, pais ou terceiros. Compreendemos que a cor verde não são casos urgentes, e não oferecem risco de morte. Podendo em diversos casos, serem resolvidas em unidades básicas de saúde (VIEIRA; SANTOS, 2015).

O estudo vem nos apresentar a cor branca dentro da classificação naquele serviço. Esta com foi implantação em 2001, pelo Grupo Português de Triagem (GPT), responsável pela tradução para o português de Portugal do protocolo e divulgada mundialmente em 2002. No Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi adotado no protocolo brasileiro o acréscimo da cor branca para classificar retorno de consulta nos serviços de saúde ou procedimentos eletivos. Recentemente outros estados brasileiros veem aceitando protocolos de

classificação de risco em seus hospitais de urgência e emergência e prontos atendimentos (TANCCINI, 2014).

Outro categoria bastante relevante é a de dor. Segundo Magalhães, (2018) O Protocolo com acolhimento de classificação de risco em pediatria, nos direciona quanto a avaliação e ao grau de gravidade ou sofrimento em criança e/ou adolescente, identificando prontamente, os pacientes em situação de urgências e emergências. Neste podemos encontrar que a dor leve a moderada envolve discriminadores de classificação de risco como dores Crônicas, central ou periférica, Dor crônicas torácica superficial, piora à compressão, dor crônica em membros inferiores, sem sinais inflamatórios, dor Lombalgia crônica, não traumática e Disúria, estes recebem a classificação azul, Diferente da classificação da instituição estudada.

Também vale salientar, que temos outras maneiras de avaliar a dor, como as escalas numéricas e as de carinhas, para crianças menores, segundo literatura pertinente. Ambas refletem intensidade, e melhor avaliação e desempenho para as crianças.

Neste serviço de referência em traumatologia, a rotina muito desgastante da Unidade de Emergência, o nível de estresse, o cansaço físico e mental juntamente a sobrecarga do ambiente, os abalos psicológicos em cada admissão e muitas vezes o dimensionamento de pessoal, favorece a perda de anotações.

Registrar é o principal instrumentos de pesquisa científica e respaldo técnico, justificando assim a variável registros de enfermagem e outras em que não há registros. E bem sabemos que o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação dessa prática profissional – COFEN (2016)

Para Emilio (2013), uma compreensão que se pode ter em relação ao estresse, trata-se da limitação das forças de produção do profissional, além de demonstrar a falta de equilíbrio e controle de seu estado físico e emocional, causando o surgimento de sentimentos como nervosismo, agitação excessiva, falta de paciência, incompreensão das atividades a serem executadas, resultando assim, a diminuição de sua capacidade e eficiência de desenvolver suas ações, as quais são necessárias frente ao trabalho de equipe realizado no setor de emergência.

Os resultados obtidos, bem como algumas questões levantadas na discussão, sugerem a necessidade de condução de novas pesquisas na área, aprofundando estudos acerca das causas da reincidência dos atendimentos às vítimas de causas externas. (Silva MAI,2010)

Este estudo, além de caracterizar os principais tipos de causas externas, aponta a importância da sua prevenção. Nesse âmbito, considerando-se a promoção da saúde, é de fundamental importância que a equipe de enfermagem tenha um papel efetivo nos diversos campos de sua atuação, desenvolvendo ações de prevenção de acidentes domésticos e violências (Silva MAI,2010)

## **7 CONCLUSÃO**

Seguiram-se o cumprimento da trajetória metodológica, bem como foram identificados o perfil clínico e sócio demográfico de crianças e adolescentes atendidos na unidade de urgência e emergência pediátrica por acometimento de causas externas. Tarefa bastante desafiadora, pois diante de muitos empecilhos, atingiu-se o proposto resultando em relevantes dados para estudos posteriores

Mesmo diante deste momento desafiador principalmente durante a coleta de dados, que foi o acesso as fichas e prontuários, devido a grande demanda nos atendimentos. O serviço dispõe de terceirização de arquivo, dificultando em partes, este acesso de imediato aos prontuários.

Apesar de limitados a dois cenários diferentes: Prontuários e Boletins de Atendimentos, os resultados evidenciam importantes espaços de atuação de gestores e profissionais de saúde, em especial do enfermeiro e sua equipe, e são disparadores em oportunidades para sensibilizá-los a esta temática.

É fundamental que se considere um cuidado focado na prevenção e articulado com os diversos níveis de atenção, com vistas à promoção de saúde de crianças, adolescentes e suas famílias.

O perfil clínico das crianças e adolescentes atendidos na instituição do estudo, tiveram seus discriminadores, sendo evidenciado por traumas com 65,5 % e animais peçonhentos com 17,7%, com o desfecho clínico de alta hospitalar com 60% e apenas 10% de internamentos das 342 crianças estudadas. E por fim, foi identificado o perfil clínico e sócio demográfico de crianças e adolescentes atendidos

na unidade de urgência e emergência por acometimento de causas externas em um hospital de referência em traumatologia na cidade de Fortaleza-CE-Brasil

O papel das equipes de saúde vai muito além de buscar culpados para os acidentes, diagnosticar, registrar e notificar os casos, mas também acolher, aconselhar e assistir essas vítimas. Torna-se fundamental conhecer as lesões de menor gravidade, as quais não levam à morte ou internação, mas são responsáveis por uma alta demanda nas unidades de emergência, fazendo com que o planejamento do cuidado individual e coletivo (Silva MAI,2010)

Como sugestão aos profissionais, para uma melhor sistematização dos cuidados e registros, reformular estes impressos, e aplicar treinamentos objetivando não perder tantos dados relevantes, implantar o protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, otimizando o tempo e a qualidade no atendimento por todos os profissionais. De acordo com o COFEN 2016, deve-se registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar

Para o meio social, as causas externas em destaque, rever programas de educação continuada, campanhas, políticas públicas e sociais, cartilhas e reuniões em escolas e creches com a temática de acidentes de trânsito, aproveitando também a abordagem para negligência e treinamentos teóricos práticos sobre obstruções de vias aéreas como em destaque a esta pesquisa nas obstruções parciais em olhos, ouvidos e nariz, que também se descaram na categoria específica.

Quanto aos acidentes por PAF/FAB, com desfecho de homicídios ou não, a aplicação de projetos sociais em nossas periferias, escolas de tempo integrais e oportunidade de treinamentos, cursos e estágios aos nossos adolescentes.

Vale ressaltar que a rotina de classificação de risco atualmente se dá de forma homogênea entre adultos, adolescentes e crianças. Seria interessante além do protocolo específico em pediatria, ter-se um ambiente lúdico e acomodações específicas, com profissionais treinados e privando a visualização extrema de situações constrangedoras neste ambiente.

A relevância das pesquisas com esta temática sobre acidentes e violências na infância e adolescência é evidente, em virtude de sua alta incidência e da possibilidade de subsidiar a prática profissional em saúde na perspectiva da integralidade e, assim, contribuir para sua prevenção, perda e redução de danos.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. R. A organização do trabalho como fator de adoecimento. In: MACÊDO, K. B. et al. (Org). Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar. Goiânia: PUC Goiás, 2016. p. 131-145.

ATZ, A. P; ROCHA, L. S. A dimensão socioambiental dos danos causados ao consumidor cidadão por desastres ambientais. In: PEREIRA, A. O. K; CALGARO, C; PEREIRA, H. M. K (Org). O consumo na sociedade moderna: consequências jurídicas e ambientais. Caxias do Sul: EDUCS, 2016. p. 14-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas** / 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, 462 p. 2015.

BRASIL. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. **Estatuto da criança e do adolescente** [recurso eletrônico] :Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 13. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

BRASIL. Perfil e tendências da mortalidade por homicídios e suicídios no Brasil, 2000 a 2014. Brasil. **Saúde Brasil 2015: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, 2009. 300 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **RESOLUÇÃO Nº 466**, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Brasil. 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRAGA, A. P. P. O et al. Tempo de internamento e desfecho de vítimas de traumas por causas externas. Rev Enferm UFPI, v. 5, n. 4, p. 46-50, 2016

CANAVEZ, F. O TRAUMA EM TEMPOS DE VÍTIMAS. *Ágora (Rio J.)*, v.18, n.1, p. 39-50, 2015.

HAAGSMA, J.A; GRAETZ, N.; BOLLIGER, I.; NAGHAVI, M.; HIGASHI, H.; MULLANY, E.C.; et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *InjPrev*. v. 22; p. 3-18, 2016

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a forma de Anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de Enfermagem. Resolução Cofen 191, de 31 de maio de 1996. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em Ambientes, Públicos ou Privados, em que ocorre o Cuidado Profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução Cofen 358, de 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen 311, de 8 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

LIMA, G. M et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes da unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital referência em trauma na amazônia. *Rev Univ Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 14, n. 2, p. 13-23, 2016.

Luchtemberg MN, Pires DEP. Nurses from the Mobile Emergency Service: profile and developed activities. *Rev Bras Enferm*, v. 69, n. 2, p. 194-201, 2016.

MALTA, D.C., MINAYOLL, M.C.S., SOARES FILHO, A.M., et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil 1990 e 2015. *Rev. Bras. Epidemiologia*. 20 SUPPL 1: p. 142-156, 2017

**Mortalidade de adolescentes por causas externas no estado do Paraná: análise de dados oficiais.** Silva Marcos Martins da; Meschial William Campo; Oliveira Magda Lúcia Félix de *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória*, 18(3): 17-23, jul-set, 2016

NARDI, A.C.L. et al., Resenha do livro Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e causas externas. *Epidemiologia. Serv. Saúde*, v. 24, n. 4, p. 803-4, 2015.

RATES, S.M.M.; MELO, E.M.; MASCARENHAS, M.D.M.; MALTA, D.C. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3 p. 655-65, 2015

SCHWEITZER, G; NASCIMENTO, E. R. P; NASCIMENTO, K.C; MOREIRA, A. R; AMANTE, L. N; MALFUSSI, L. B. H. Emergency interventions for air medical services trauma victims. *Rev Bras Enferm*, v. 70, n. 1, p. 48-54. 2017

VELTEN, A.P.C.; CADE, N.V.; SILVA, G.A.; OLIVEIRA, E.R.A. Perfil de mortalidade por causas externas entre Adventistas do Sétimo Dia e a população geral *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2375-2382, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATISMO (SBAIT). O que é trauma? 2014. Disponível em:

<<http://www.sbait.org.br/trauma.php>>. Acesso em: 27 out. 2014.

WIDER, A. J. A geografia da mortalidade por homicídios em municípios da fronteira internacional do estado do Mato Grosso do Sul com o Paraguai. 76f. 2013.

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

<[bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3753](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3753)>. Acesso em: 15 out. 2019.

Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Portaria Nº 316/04 - Qualifica o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192, no município de Maceió (AL), à Rede Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Homicídios de adolescentes batem recorde; Nordeste registra índices mais altos de violência. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unicef-homicidios-de-adolescentes-batem-recorde-nordeste-registra-indices-mais-altos-de-violencia/> Acessado em 10 Fev 2018.

Índices de Homicídios na Adolescência: IHA 2014. Organizadores Melo DLB, Cano I, Rio de Janeiro. Observatórios de favelas, 2017.

OLIVEIRA EN, VASCONCELOS MC, ELOIA SMC, LIMA DS, LOPES MVO, XIMENES NETO FRG. Violência na infância e adolescência: características de uma cidade do Nordeste Brasileiro. *Adolescente Saúde*, v. 12, n. 4, p. 76-85, 2015.  
CHERNIAWSKY H, BRATU I, RANKIN T, SEVCIK W. Serious Impact of Handlebar Injuries. *Clinical Pediatrics*, v. 53, n. 7, p. 672-676, 2014. 23

Silveira, Nara Beatriz Silveira Avaliação da dor como 5º sinal vital: desafios e possibilidades diante da avaliação de trabalhadores da enfermagem - Rio Grande: [sn], 2016. 76 f : il. ; tab. ; 33 cm.

TANCCINI, Thaíla **Sistema Manchester**: tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do Brasil. 2014. 61f. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014.

VERGARA-AMADOR E, CASTILLO-PÉREZ S, TOVAR-CUELLAR W. Recommendations on treatment of nail and fingertip injuries in children. Cases series and literature review. *Rev. Fac. Med*, v.64, n.3, p. 499-504, 2016.

VIEIRA L. S. SANTOS T. Causas da procura do serviço de urgência pediátrica no estado de Sergipe no período de março a abril de 2015.

ELLINGTON E. Psychiatric Nursing's role in Child Abuse: Prevention, Recognition and Treatment. *Journal of Psychosocial Nursing*, v. 55, n. 11, 2017.

EMILIO, Marília. O ESTRESSE NA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE ATUA NO SETOR DE EMERGÊNCIA. Faculdade Redentor; 2013. Disponível em:. Acesso em 15 de Outubro de 2019.

SULLIVAN MA, COGAN CJ, ADKINSON JM. Pediatric Hand Injuries. Psnjournalponine, v. 36, n. 3, 2016.

Silva MAI, Pan R, Melo L, Bortoli PS, Nascimento LC. Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):351-8

MAGALHÃES F.J., LIMA F.E.T. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Em Pediatria** [livro eletrônico] – Fortaleza: Imprensa Universitária, 2018.- 2018. Disponível em:  
www.repositorio.ufc.br › bitstream › riufc › 2018\_fjmagalhaes. Acesso em 15 de Out. de 2019.

NOGUEIRA LS, PADILHA KG, SILVA DV, LANÇA EFC, OLIVEIRA EM, SOUSA RMC. Padrão de intervenções de enfermagem realizadas em vítimas de trauma segundo o Nursing Activities Score. Rev. Esc. Enferm USP, v. 49, p. 29-35, 2015.

KENEFAKE ME, SWARM M, WALTHALL J. Nuances in Pediatric Trauma. Emerg Med Clin N Am, v.31, p.627-652, 2013.

RAMMELT S, GODOY-SANTOS AL, SCHNEIDERS W, FITZE G, ZWIPP H. Fraturas do tornozelo e pé na infância: revisão da literatura e evidências científicas para o controle adequado. Rev Bras Ortop, v. 51, n. 6, p. 630-639, 2016.

TALBOT C, DAVIS N, MAJID I, YOUNG M, BOUAMRA O, LECKY FE, JONES S. Fractures of the femoral Shaft in Children. Bone Joint J, v. 100, n. 1, p. 109-18, 2018.

LINS TH, LIMA AXBC, VERÍSSIMO RCSS, OLIVEIRA JM. Diagnostico e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE. Rev. Eletr. Enf, v. 15, n. 1, p. 34-43, 2013.

Torres DMD, Bolaños YMT, Fergusson MEM. Body and Corporality in adolescents and Young adults with spinal cord injury. Invest Educ Enferm, n. 34, v. 1, p. 84-93, 2016.

SOARES VFR, DANTAS DV, DANTAS RAN, COSTA IKF, LEITE JEL. Atuação do enfermeiro no atendimento à criança vítima de trauma: Revisão de literatura. Rev Cult Cient UNIFACEX, v. 13, n. 1, 2015.

Zimmerman SF, Fraga AMA, Morcillo AM, Silveira NYJ, Antonio MARGM. Acidentes com crianças e adolescentes, segundo o Inquérito Sentinela. Rev Ciênc Med. 2018;27(3):115-124. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n3a4315>

APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados



FACULDADE METROPOLITANA DA GRANDE FORTALEZA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL

**Projeto:** PERFIL CLÍNICO E SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS NAS PRIMEIRAS 24H EM UNIDADE TRAUMATOLÓGICA PEDIÁTRICA

Nº da ficha: \_\_\_\_\_

Data da Coleta: \_\_\_\_\_

Responsável pela coleta: \_\_\_\_\_

**1-Perfil sociodemográficos**

**1.1 Idade (anos):** \_\_\_\_\_

**1.2 Sexo:** M ( ) F ( )

**1.2 Raça/cor:** \_\_\_\_\_

**1.4- Procedência:** Capital ( ) Interior ( ) outros \_\_\_\_\_

**1.5 Escolaridade** (em anos) \_\_\_\_\_

**1.6 Renda familiar** (número de salários) \_\_\_\_\_

**1.7 Responsável ( ) Pai ( ) Mãe ( ) outros** \_\_\_\_\_

**2 Perfil clínico**

**2.1- Motivo do atendimento:** \_\_\_\_\_

**2.2- Hora do atendimento** \_\_\_\_\_

**2.3 Tipo de causa externa:**

Acidente ( ) \_\_\_\_\_ violência ( ) \_\_\_\_\_

( ) outro motivo \_\_\_\_\_

**2.4- Especialidade médica:** \_\_\_\_\_

**2.3 Local de ocorrência:**

Residência ( ) Escola ( ) outros ( ) \_\_\_\_\_

**2.4 Fatores de risco para o acidente/violência**

( ) idade inferior a 2 anos

( ) ausência de cuidador

( ) possui escada na residência

( ) acesso a substâncias tóxicas

( ) manuseio de objetos cortantes

- ( ) uso de álcool e outras drogas  
 ( ) pilotar motocicleta sem habilitação  
 ( ) outros \_\_\_\_\_

## 2.5 Classificação de risco

Escala de dor

- ( ) sem dor ( ) leve ( ) moderado ( ) Forte

Prioridade de atendimento

- ( ) vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) verde ( ) azul

## 2.6 Sinais vitais:

**NA ADMISSÃO** e **PRIMEIRAS 24H HORAS APOS ADMISSÃO**

FC: \_\_\_\_\_  
 FR: \_\_\_\_\_  
 T: \_\_\_\_\_  
 PA: \_\_\_\_\_  
 SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
 Dor: \_\_\_\_\_  
 ECG \_\_\_\_\_  
 GLICEMIA \_\_\_\_\_

## 2.7- Admitido na Reanimação

- ( ) sim ( ) Não Tempo: \_\_\_\_\_ em minutos

## 2.8 Transferido para sala de observação:

- ( ) sim ( ) não

## 2.9 Transferido para sala de ambulatório e medicações

- ( ) sim ( ) não

## 3.0 Desfecho

- ( ) Internamento  
 ( ) Transferência, onde \_\_\_\_\_  
 ( ) Parecer outra especialidade(qual, quais) \_\_\_\_\_  
 ( ) alta  
 ( ) óbito

## 3.10 Tempo de Observação

- ( ) 0-3-min ( ) 31 a 60min ( ) 60min a 6h ( ) 6h a 12h ( ) 12 a 24h

## 3.2 Tempo de consulta, ambulatorial e ou medicação

- ( ) 0-3-min ( ) 31 a 60min ( ) 60min a 6h ( ) 6h a 12h ( ) 12 a 24h

## 15- Transferência

15.1 Unidade de Cuidados Intensivos:

15.1.1( ) sim 15.1.2 ( ) não

15.1.3 Data da admissão: \_\_\_\_\_

15.1.4 Data da alta \_\_\_\_\_

15.2 Transferido para outro hospital:

15.2.1 ( ) sim 15.2.2 ( ) não

15.3 Permanência hospitalar (em dias): \_\_\_\_\_

15.4 Óbito 15.4.1( ) sim 15.4.2( ) não

## 16- Principais condutas de enfermagem na admissão em 24h:

1-Registro de SSVV( )sim( ) não ( )

2-Registro de observação de enfermagem ( ) sim ( ) não

3-Registro de controle glicêmico ( ) sim ( ) não

4-chegado prescrição medica ( ) sim ( ) não

6-assinatura legível ( )sim ( ) não

7-registro do conselho legível ( )sim ( ) não

8-carimbo com nome e registro do profissional ( )sim ( ) não

9- registro de encaminhamento alta ou transferência ( )sim ( ) não

10-Registro de Spo2( ) sim não ( )

11-Registro de medicação checada sim( ) não( )

12- Registro parecer especialista sim( ) não( )

13-Registro assinatura legível sim( ) não ( )

14- Presença de carimbo sim( ) não( )

15-Registro de alta e hora sim( ) não ( )

16 Ausência de assinatura sim( ) não( )

17 Ausência de observação de enfermagem sim( ) não ( )

18 Descrição Intubação e transferência UTI sim( ) não ( )

19 Registro de procedimentos invasivos sim( ) não( )

20 Registro de eliminações sim( ) não ( )

### 1.7-Registro de alta:

Permanência hospitalar em horas ( ) \_\_\_\_\_

Permanência hospitalar em dias ( ) \_\_\_\_\_

Permanência hospitalar em anos ( ) \_\_\_\_\_

Hora da alta \_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional \_\_\_\_\_



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 08/02/2019 10:27:6

## Registro de Atendimento Emergencial

Por: ANDRESSA CARIOCA BEZERRA

2ª Via: *AB*Andressa Carioca Bezerra  
Enfermeira  
CRM: 14132

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA:	08/12/2018 19:49:26	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE								
CNS:	700002781413709	NOME:				Registro:	5593264	
CPF:	03.000.00000	RG:	D. NASC:	07/11/2003	ESTADO CIVIL:	SEXO:	M	
RAÇA/COR:		Parda						
NOME DA MÃE:				NOME DO PAI:				
TIPO DE LOGRADOURO:	Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE:	JOAO DEBARROS	Nº:	369	BAIRRO:	PARQUE SOLEDADE	
COMPLEMENTO:		TELEFONE:	988685683	MUNICÍPIO:	CAUCAIA	UF:	CE	
CEP:		61608320						
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL								
NOME:		PARENTESCO:			PAI			TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO								
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO								
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com ciclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de um veículo a pedal.								
QUEIXAS: LACERAÇÃO NA CABEÇA, ESCOREAÇÃO NA TESTA								
OBSERVAÇÕES: TCE								
SINAIS VITAIS								
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Residência	Escala de Dor:	Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:				VERDE
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:								
ATENDIMENTO MÉDICO								
Anamnese:								
Exame Físico:								
Conduta:								
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:								
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:								
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:								
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:				





## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PERFIL CLÍNICO E SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UNIDADE TRAUMATOLÓGICA PEDIÁTRICA.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 312			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA			
6. CPF: 723.595.363-20	7. Endereço (Rua, n.º): BENTO GONÇALVES NOVO MONDUBIM BL13 AP203 FORTALEZA CEARA 60763832		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 85988685683	10. Outro Telefone:	11. Email: leiliane2610@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: _____ / _____ / _____</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura</p>			
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Instituto Dr. José Frota - IJF/ Prefeitura de Fortaleza	13. CNPJ: 07.835.044/0001-80	14. Unidade/Órgão:	
15. Telefone: (85) 3255-5141	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: _____ CPF: _____</p> <p>Cargo/Função: _____</p> <p>Data: _____ / _____ / _____</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura</p>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -  
IJF/ PREFEITURA DE  
FORTALEZA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL CLÍNICO E SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UNIDADE TRAUMATOLÓGICA PEDIÁTRICA.

**Pesquisador:** LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 86565818.2.0000.5047

**Instituição Proponente:** Instituto Dr. José Frota - IJF/ Prefeitura de Fortaleza

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.599.128

**Apresentação do Projeto:**

Introdução: As causas externas são definidas como eventos previsíveis e preveníveis, constituídos principalmente pelos acidentes e pelas violências. As crianças e os adolescentes, comumente, são vítimas de causas externas, gerando impacto negativo na base familiar e na saúde pública devido aos maiores gastos econômicos com serviços de emergência, internamento e reabilitação das vítimas. Estudos epidemiológicos são necessários para mostrar como os acidentes e a violência afeta a vida desta população em especial.

O estudo será quantitativo e transversal com abordagem descritiva, retrospectivo documental e análise analítica. A população de estudo será constituída pelos registros em prontuários de crianças e adolescentes atendidos na unidade de urgência e emergência pediátrica da referida Instituição de saúde com recorte de janeiro a dezembro de 2017. O tamanho amostral foi definido em 312 fichas partir da fórmula indicada para o cálculo de amostra em estudos transversais de população finita.

Critério de Inclusão a pesquisadora elenca que serão usados os prontuários de pacientes com idade inferior a 19 anos admitidos por causas externas na unidade de urgência e emergência pediátrica no ano de 2017.

como critério de Exclusão serão excluídos da pesquisa os prontuários que apresentarem 50 % dos dados incompletos, prontuários de registros em ambulatório de retorno e acompanhamento, bem como os prontuários de internamentos durante o período da pesquisa. Também serão excluídos

**Endereço:** Rua Barão do Rio Branco, nº 1816

**Bairro:** Centro

**CEP:** 60.025-061

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3255-5093

**Fax:** (85)3255-5093

**E-mail:** cepijf@outlook.com

  
MÁRCIA MARIA PINHEIRO DANTAS  
COORDENADORA - CEP/IJF

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -  
IJF/ PREFEITURA DE  
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 2.599.128

os prontuários de pacientes atendidos com idade acima de 19 anos e todos os outros prontuários dos anos anteriores a 2017 e o ano em curso(2018).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo: Identificar o perfil clínico e sóciodemográfico de crianças e adolescentes atendidos na unidade de urgência e emergência pediátrica por acometimento de causas externas em um hospital de referência em traumatologia na cidade de Fortaleza-CE-Brasil

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos apontados pela pesquisadora foi:

"Risco de Identificação do paciente:

Será proposto, diante dos riscos do estudo, a não publicação dos dados com outros fins.

Utilizaremos diante do risco a preservação pelo anonimato."

Quando aos benefícios, a pesquisadora expõe que serão:

"1- contribuir para uma política social,além de trazer um retorno dos resultados para a Instituição.

2- Trabalhar a promoção da saúde diante das causas externas, bem como melhorias na assistência de enfermagem durante o internamento e alta do paciente."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa mostra-se relevante com um desenho metodológico adequado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados foram o Termo de Fiel Depositário, Folha de rosto, Carta de Anuência, Termo de dispensa de TCLE e cronograma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicita-se o (a) pesquisador (a) que ao término do estudo envie para o CEP/IJF, o relatório final da pesquisa (resultados, discussão e conclusão) via Plataforma Brasil como notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO 1086174.pdf	27/03/2018 21:31:46		Aceito

*Maria Maria Pinheiro Dantas*  
COORDENADORA - CEP/IJF

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº 1816

Bairro: Centro

CEP: 60.025-061

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3255-5093

Fax: (85)3255-5093

E-mail: cepijf@outlook.com

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -  
IJF/ PREFEITURA DE  
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 2.599.128

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Leiliane_270318_FINAL.pdf	27/03/2018 21:28:16	LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_anuencia.PDF	27/03/2018 21:18:35	LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_fiel_depositario.PDF	27/03/2018 21:16:45	LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3_termo_de_dispensa_e_livre_esclareci do.PDF	27/03/2018 21:13:18	LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES.pdf	27/03/2018 21:08:22	LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoLeiliane.pdf	27/03/2018 21:00:23	LEILIANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 14 de Abril de 2018

*Marcia P. Dantas*

**Assinado por:**  
**Márcia Maria Pinheiro Dantas**  
(Coordenador)

MÁRCIA MARIA PINHEIRO DANTAS  
COORDENADORA - CEP/IJF

**Endereço:** Rua Barão do Rio Branco, nº 1816

**Bairro:** Centro

**CEP:** 60.025-061

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3255-5093

**Fax:** (85)3255-5093

**E-mail:** cepijf@outlook.com

### APÊNDICE C- TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Vicente Matos de Abreu, chefe do Núcleo de Arquivo Médico do IJF (NUAME) fiel depositário dos prontuários e da base de dados desta instituição Instituto Dr. José Frota, declaro que Leiliane de Oliveira Silva, Enfermeira, Aluna da Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Faculdade Metropolitana de Fortaleza-FAMETRO tendo como orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Jorge Magalhães, está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “PERFIL CLÍNICO E SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UNIDADE TRAUMATOLÓGICA PEDIÁTRICA ”, sob a responsabilidade do mesmo, cujo objetivo geral será Identificar o perfil clínico e sócio-demográfico de crianças e adolescentes atendidos na unidade de urgência e emergência pediátrica por acometimento de causas externas em um hospital de referência em traumatologia na cidade de Fortaleza-CE-Brasil.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2. Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
3. Empregó dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
4. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IJF, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## CARTA DE ANUÊNCIA

Solicitamos autorização para a realização da pesquisa intitulada "Perfil clínico e sócio-demográfico de crianças e adolescentes atendidos em unidade traumatológica pediátrica", a ser realizada no Instituto Dr. José Frota no Setor Núcleo de Arquivos Médicos (NUAME), tendo como pesquisadores responsáveis: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Jorge Magalhães, Orientadora e a enfermeira Leiliane de Oliveira Silva, pesquisadora, pós-graduanda em Enfermagem Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

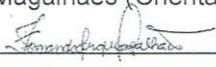
O estudo tem como objetivo Geral: identificar o perfil clínico e socio-demográfico das crianças e adolescentes atendidos em uma unidade traumatológica de um hospital de referência em urgência e emergência da cidade de Fortaleza, Ceará. Informamos que não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das referida unidade.

Estamos cientes de que, a anuência está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se, desde já, a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para fins da pesquisa, como também enviar um relatório final ao término do estudo, e que a mesma só poderá ser realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota.

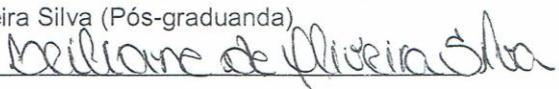
Fortaleza, 23 de Janeiro de 2018.

### NOME DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Fernanda Jorge Magalhães (Orientadora)

ASSINATURA: 

Leiliane de Oliveira Silva (Pós-graduanda)

ASSINATURA: 

( ) Ciente e de acordo

Vicente Matos de Abreu (Chefe do setor-NUAME)-IJF

ASSINATURA: 

CARIMBO: 

