

PRINCIPAIS LESÕES DE MEMBRO SUPERIOR POR CAUSAS EXTERNAS EM CRIANÇAS MENORES DE 15 ANOS NO ESPÍRITO SANTO, BRASIL. ¹

ELEM GUIMARÃES DOS SANTOS²

ARIANNE MIRANDA FERREIRA ³

GILMA CORREA COUTINHO ⁴

EDSON THEODORO DOS SANTOS NETO ⁵

RESUMO

As lesões provocadas pelas chamadas “causas externas”, devido a acidentes e violências, vêm sendo apontada mundialmente como sério e importante problema da modernidade sendo considerado um grande problema de saúde pública com impactos nos padrões morbimortalidade. A proposição do presente estudo é descrever a ocorrência das principais lesões de membro superior por causas externas nos serviços de internação hospitalar entre menores de 15 anos, residentes no Espírito Santo, no ano de 2005, através de análise de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Foram selecionadas para o estudo as causas que provocaram a lesão, o tipo e natureza da lesão, ambos segundo a Classificação Internacional de Saúde e Problemas Relacionados à Saúde-Décima revisão (CID-10). As quedas foram a principal causa de lesões estabilizando-se em torno das 140/100.000, enquanto os acidentes de transporte aumentaram gradativamente chegando próximo a 60/ 100.000. As fraturas foram a consequência mais prevalente correspondendo a 79,38/100.000, predominando as de antebraço com 65,5%. Quanto aos locais de acometimento os traumas de cotovelo e antebraço ocorreram em 61,4% dos casos, os traumas de ombro e braço 21,5%, e os traumas de punho e mão 16,2%. Conclui-se que o perfil das causas externas é caracterizado por crianças vítimas de quedas e acidentes de transporte, com alta prevalência de fraturas de

¹ Artigo recebido em 13 de março de 2007. Aceito para publicação em 17 de abril de 2007.

² Terapia Ocupacional e Pós-graduação em Reabilitação de Membro Superior pela FAESA; Terapeuta Ocupacional Prefeitura Municipal de Marechal Floriano.

³ Graduação em Terapia Ocupacional e Pós-graduação em Reabilitação de Membro Superior pela FAESA

⁴ Graduação em Terapia Ocupacional pela FRASCE/RJ e Mestrado em Ciências Fisiológicas pela UFES. Docente das Faculdades Integradas São Pedro – FAESA

⁵ Graduação em Odontologia pela UFES/Vitória e mestrando em Saúde Coletiva pela UFES.

membro superior, principalmente as fraturas de antebraço. Considera-se a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas voltadas para promoção, prevenção e reabilitação das vítimas desses acidentes através de equipes multidisciplinares.

Palavras-chave: Causas Externas, Assistência Integral à Saúde da criança e do adolescente, Membro Superior.

MAIN UPPER EXTREMITY WOUNDS DUE TO EXTERNAL CAUSES IN CHILDREN UNDER 15, ESPIRITO SANTO, BRAZIL

ABSTRACT

The injuries provoked for the calls “external causes”, due to accidents and violence, are being considered world-wide as an expressive modern problem as well as an important public health issue whose impact can be felt at the rates patterns of the morbidity and mortality. This paper proposes to describe the occurrence of the main upper extremity lesions, due external causes in children under 15 who lived in Espírito Santo in 2005, through the analysis of secondary data from the Hospitals Information System of the Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). The causes of wounds, the type and the origin were detailed according to the International Classification of Diseases -10 (ICD-10). The Fallings were the main cause of wounds stabilizing around 140/100.000, while transportation accidents increased gradually up to 60/100.00. Fractures were the most prevalent consequence corresponding to 79,38/100.000 and forearm fractures prevailed among them (65,5%). Trauma was located on the elbow and forearm in 61,4% of cases, shoulder and upper arm in 21,5% and hand and wrist in 16,2%. It could be concluded that the profile of external causes of upper extremity wounds is characterized by fallings and transportation accidents with high prevalence of arm fractures, mainly forearm. The need of development of public policies carried by multidisciplinary teams, focused at health promotion, prevention and rehabilitation of victims of such accidents is clear.

Key Words: External Causes, Comprehensive Health Care, Upper Extremity.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as lesões provocadas pelas chamadas “causas externas”, devido a acidentes e violências, vêm sendo apontadas mundialmente como sério e im-

portante problema da modernidade (PLESS, 2002)¹⁸. No campo da saúde, essas causas têm sido estudadas, predominantemente, no que se refere à sua expressão em lesões e traumas no corpo dos indivíduos que che-

gam a receber algum tipo de assistência médica ou que evoluem para o óbito. (GAWRYSZEWSKI, 2004)⁹

Como definição, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências do Ministério da Saúde adota a expressão “causas externas” para morbimortalidade devido ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas, originárias do trânsito, do trabalho, de quedas, de envenenamentos, de afogamentos e de outros tipos de acidentes. Também estão incluídas as causas intencionais, as agressões e as lesões autoprovocadas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimentos nos serviços de saúde (BRASIL, 2005)⁴. Por isso os acidentes e violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Saúde e Problemas Relacionados à Saúde sob a denominação de causas externas (CID-10, 2000)⁶.

Dentro do capítulo XIX do CID-10 estão sistematizadas as categorias de lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, que se refere à natureza das lesões, como traumatismo de cabeça, pescoço, tórax, abdômen, dorso, coluna lombar, pelve, os traumatismos de membro superior envolvendo ombro, braço, cotovelo, punho e mão, traumatismos de membro inferior, dentre outros (CID-10, 2000)⁶. Essa classificação viabiliza o monitoramento e avaliação das causas externas nos serviços de saúde.

Nesse contexto, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) contém informações que possibilitam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), “*mediante a captação de dados via Autorização de Internação Hospitalar (AIH) relativas ao volume de internações/mês, ocorridas no Brasil*” (BRASIL-CONASS, 2003, p. 106)⁵. Portanto, a (AIH) além de ser um instrumento de preenchimento obrigatório para a internação de

paciente e posterior recebimento dos pagamentos referentes às internações pelo (SUS) é também um meio fundamental para obtenção de dados sobre a ocorrência de morbimortalidade na população brasileira.

As lesões de cabeça e pescoço ocupam a primeira colocação quanto à ocorrência, em segundo, as lesões de membro superior e, em terceiro, as de membro inferior. Enquanto as fraturas e os traumatismos superficiais são os responsáveis pelo maior número de internações, seguidas de lesões por ferimentos. (LEBRÃO, MELLO e LAURENTI, 1997)¹³, (MARTINS e ANDRADE, 2005)¹⁶, (GAWRYSZEWSKI, KOIZUMI e MELLO-JORGE, 2004)⁹ O mesmo ocorre proporcionalmente com crianças menores de 15 anos.

A criança, por sua imaturidade, curiosidade e intenso crescimento e desenvolvimento, encontra-se propensa a acidentes, indefesa e vulnerável a violências. Maluf (2003)⁽¹⁴⁾ descreve que a fisiopatologia do trauma na criança se destaca por algumas características comportamentais próprias de cada faixa etária como a falta de noção de perigo, a curiosidade, a autonomia, a controle motor ainda em desenvolvimento, a inexperiência, a despreocupação com seu corpo e a vontade de imitar os mais velhos.

Para a Secretaria Nacional de Defesa Civil (BRASIL-SEDEC, 2002, p.10)⁽³⁾ “*o grupo infantil constituído por menores de quinze anos é o estrato populacional mais vulnerável aos desastres e violências*” e essa vulnerabilidade é variável, em função do nível de coordenação de seu sistema nervoso, aptidão motora, senso de percepção de risco e da instintiva proteção a ela dispensada pela mãe e demais familiares.

Por isso torna-se relevante conhecer as características e as conseqüências dos acidentes e violências, pois a informação se constitui num importante instrumento para o planejamento e administração dos serviços de saúde, “*permitindo-lhes preparar-se melhor para o atendi-*

mento da demanda tanto em termos de recursos humanos como de recursos materiais” (MATTOS, 2001, p. 195)⁽¹⁷⁾. Somando-se a isso, o conhecimento sobre o perfil da morbimortalidade da população “permite aos planejadores e executores de políticas públicas definir bases concretas às ações que deveriam ser prioritárias a fim de contemplar a prevenção e a atenção às vítimas dessas causas” (MARTINS e ANDRADE, 2005, p.195) ⁽¹⁵⁾.

Diante das bases apresentadas, o presente trabalho se propõe descrever a ocorrência das principais lesões de membro superior por causas externas nos serviços de internação hospitalar entre menores de 15 anos, residentes no Espírito Santo, no ano de 2005, através do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma análise de dados secundários do banco do SIH/SUS, disponibilizado oficialmente pelo Ministério da Saúde via internet através do site *www.datasus.gov.br* e por acesso autorizado direto aos registros da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, analisados no período de setembro a outubro de 2006. Foram considerados todos os registros do SIH/SUS de menores de 15 anos, residentes no Estado do Espírito Santo, vítimas de acidentes ou violências, com lesões de membro superior atendidos em serviços hospitalares no ano de 2005.

Para ajuste de acordo com o quantitativo populacional de menores de 15 anos, foram consultados as estimativas preliminares dos totais populacionais para os anos intercensitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censos Demográficos e Contagem Populacional também disponibilizado no site *www.datasus.br*.

O banco de morbidade hospitalar do SIH/SUS é alimentado através da AIH, documento obrigatório nas

internações realizadas pelo SUS, considerando como acidentes ou violências os eventos classificáveis nos códigos do capítulo XX (causas externas de morbidade e de mortalidade) do CID-10 e o trauma gerado pelo acidente ou violência segundo o capítulo XIX (lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas) no período de janeiro a dezembro de 2005, por faixa etária menor de 15 anos.

Em relação ao capítulo XX – CID 10 foram selecionados e classificados quanto ao grupo de causas: acidentes de transporte (V1-V99), quedas (W00-W19), exposição a forças mecânicas inanimadas (W20-W49) e animadas (W50-W64), afogamentos e submersão acidentais (W65-W74), outros riscos acidentais à respiração (W75-W84), exposição à corrente elétrica, à radiação, às temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85-W99), exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (X00-X09), contato com fonte de calor e substâncias quentes (X10-X19), contato com animais e plantas venenosas (X20-X29), envenenamento e intoxicação acidental por exposição à substâncias nocivas (X40-X49), lesões auto-provocadas intencionalmente (X60-X84), agressões (X85-Y09), eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), complicações de assistência médica (Y40-Y84), seqüelas de causas externas (Y85-Y89), e fatores suplementares relacionados a outras causas externas (Y90-Y98).

Quanto ao capítulo XIX - CID-10 as lesões foram classificadas relacionando-as com o membro superior, sendo assim: traumatismo do ombro e dos braços (S40-S49), traumatismo de cotovelo e antebraço (S50-S59), traumatismo de punho e mão (S60-S69), fratura de membro superior, nível não especificado (T10) dentro da classificação de traumatismos de localização não especificada de tronco, membro e outra região do corpo (T08-T14), queimaduras e corrosões (T20-T32) e seqüelas de traumatismo, de intoxicações e de outras conseqüências de causas externas (T90-T98) relacio-

nado a membro superior (T92).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no Sistema Operacional *Windows XP Professional* pelo programa *Microsoft Office Excel 2003*. O método de análise utilizado foi quantitativo por análise do conteúdo dos dados e por agrupamento das categorias da natureza da lesão/causa externa conforme o CID-10 analisados segundo o diagnóstico principal e causa externa da lesão.

RESULTADOS

As frequências absolutas sobre ocorrência de causas externas extraídos do SIH/SUS, mostram que o número de crianças vítimas de causas externas no Estado

do Espírito Santo tem aumentado, consideravelmente desde o ano de 2000 conforme a Quadro 1. Entretanto apenas com dados absolutos não é possível afirmar que a morbidade está realmente aumentando na população de interesse.

Em relação à categoria causas conforme o CID-10, as quedas representaram a principal causa de atendimento pediátrico por causas externas com 772 casos que levaram as lesões de membro superior, vindo em segundo lugar os acidentes de transporte com 37 casos e exposição a forças mecânicas inanimadas com 38 casos, as demais causas não apresentaram ocorrência significativa.

Quadro 1. Morbidade hospitalar no SUS por grupo de causas em menores de 15 anos no Espírito Santo, 2000-2005.

Grupo de Causas	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Acidentes de transporte	256	422	426	492	456	534	2586
Quedas	1159	1152	1351	1274	1266	1361	7563
Outras Causas Externas de Lesões por acidentes	732	632	467	376	444	442	3093
Lesões auto provocadas voluntariamente	14	16	10	48	39	43	170
Agressões	31	20	14	26	27	45	163
Eventos cuja intenção é indeterminada	22	34	58	32	24	25	195
Complicações assistência médica e cirúrgica	28	34	44	32	28	24	190
Seqüelas de causas externas	6	4	1	6	5	2	24
Fatores suplementares relacionados a outras causas	1	2	2	0	19	17	41
Total	2249	2316	2373	2286	2308	2493	14025

(Fonte: SIH/SUS)

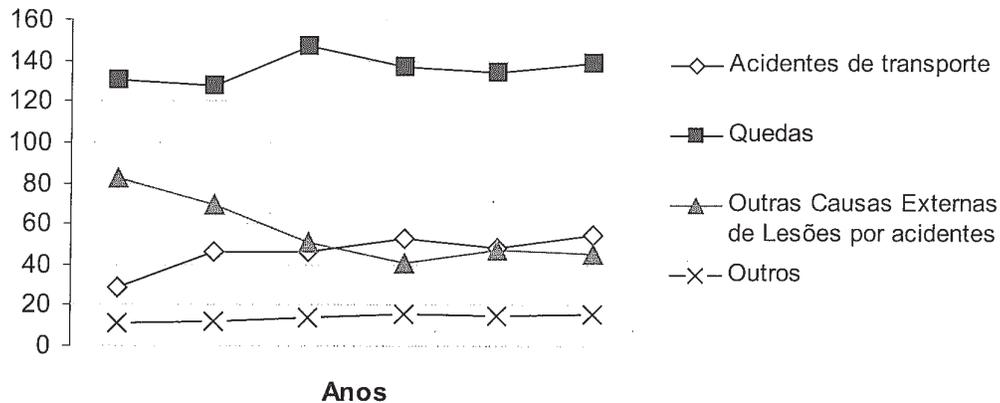
O Gráfico 1 apresenta a evolução dos grupos de causas ajustados pela população na faixa etária menor de 15 anos. Devido a ocorrência rara, as lesões autoprovocadas voluntariamente, os eventos cuja intenção é indeterminada, as causas decorrentes de complicações de assistência médica e cirúrgica, as sequelas das causas externas e os fatores suplementares a ou-

tras causas, foram agrupados em "outros" para facilitar a compreensão dos resultados. Torna-se nítido a grande participação das quedas como a principal causa de lesões que parece estabilizar-se em torno das 140/100.000 crianças menores de 15 anos. Enquanto os acidentes de transporte vêm aumentando gradativamente ao longo dos últimos 5 anos chegando

próximo a 60/ 100.000 crianças menores de 15 anos. Por outro lado, as outras causas externas de lesões por acidentes vem reduzindo sua participação nos índices, deixando de ocupar a segunda colocação de 80/100.000 em 2000, para assumir a terceira colocação perto das

60/100.000 em 2005. Já a soma de “outros” grupos de causas parece sofrer ligeira evolução estabilizando seu índice próximo de 20/100.000 crianças menores de 15 anos.

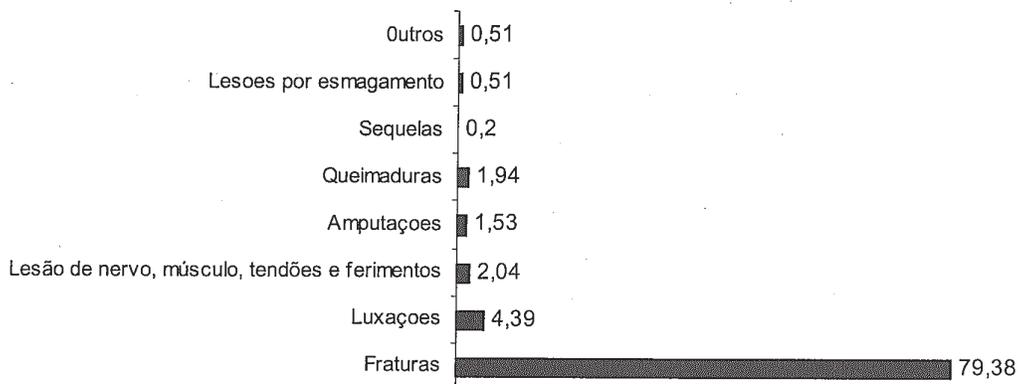
Gráfico 1. Evolução da morbidade hospitalar por causas externas em crianças menores de 15 anos/ 100.000, Espírito Santo, 2000-2005



No gráfico 2 são demonstrados os índices das principais consequências das causas externas ajustadas pela população menor de 15 anos para o ano de 2005. Nota-se que as fraturas é a consequência mais prevalente correspondendo a 79,38 por 100.000. Seguido das luxações 4,39/ 100.000 e as lesões de nervos, músculo,

tendões e ferimentos que somam 2,04/100.000. Os demais eventos são extremamente raros, sendo o menor as sequelas 0,2/100.000 e o maior as queimaduras que atingem 1,94 crianças menores de 15 anos a cada 100.000.

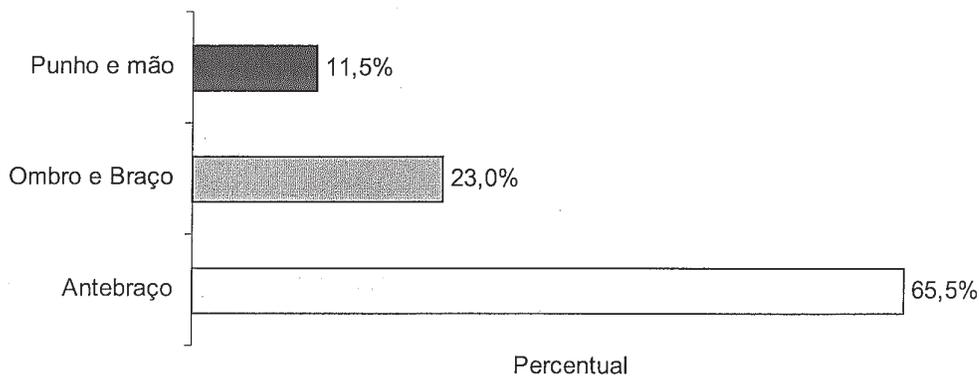
Gráfico 2. Consequências das causas externas em menores de 15 anos/ 100.000, Espírito Santo, 2005.



Como as fraturas se destacaram por sua prevalência elevada, julgou-se relevante destacar quais as principais regiões do membro superior são mais ou menos acometidas. Os resultados apresentados no Gráfico 3 mostraram que as fraturas de antebraço corresponderam a 65,5% (509 casos) dos atendimentos hospitalares a crianças de 0 a 15 anos, as fraturas de ombro e braço prevalecem com 23,0% (179 casos), fraturas em nível

de punho e mão correspondem a 11,5% (89 casos). Com esses resultados pode-se constatar que a maioria das crianças atendidas nas instituições hospitalares chegam com fraturas principalmente de antebraço, ombro e braço, e que essas fraturas estão também relacionadas às quedas seguidas dos acidentes de transporte e exposição a forças mecânicas inanimadas.

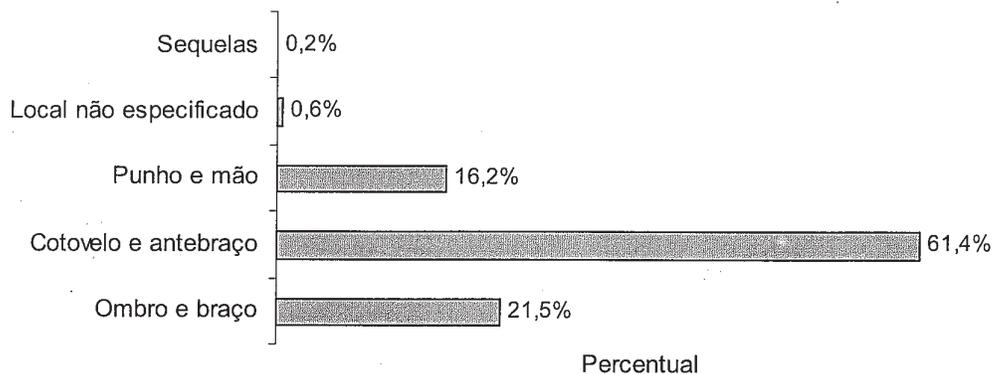
Gráfico 3. Fraturas de membro superior por causas externas em crianças menores de 15 anos, Espírito Santo, 2005.



Contudo, os resultados disponibilizados no Gráfico 2 apresentam a natureza da lesão num grupo mais geral envolvendo lesão de membro superior com a categoria causa externa conforme o CID-10. Em relação à natureza das lesões entre crianças menores de 15 anos, os traumas de cotovelo e antebraço predominaram em primeiro lugar com 61,4% (545 casos), os traumas de

ombro e braço ocuparam a segunda colocação com 21,5% (181 casos), em terceira colocação estão os traumas de punho e mão com 16,2% (135 casos), os demais obtiveram proporções mínimas em relação à população estudada, variando de 0,2% (10 casos) as seqüelas de traumas de membro superior a 0,6% (5 casos) lesões em outros locais não especificados.

Gráfico 4. Locais de acometimento de lesões por causas externas de membro superior em menores de 15 anos, Espírito Santo, 2005.



DISCUSSÃO

No Brasil, muitos programas são criados para reduzir os índices de violências e acidentes, principalmente na população infanto-juvenil. O Ministério da Saúde, preocupado com a questão da assistência e prevenção relativa às causas externas, responsáveis pela segunda maior causa de mortalidade, criou em 1998 o Comitê Técnico Científico para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)¹⁹

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, regulamentada pela portaria GM/MS Nº 737/2001, do Ministério da Saúde, prevê ações intersetoriais de prevenção, atenção integral e recuperação de pessoas em situação de risco de acidentes e violências, a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, visando reduzir os índices de internação e mortalidade no país. O Ministério da Saúde, desenvolve em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a sua implantação, fomentando a elaboração de planos estaduais e municipais de enfrentamento intersetorial para superação da violência. (BRASIL, 2005)⁴

Toda a fundamentação para proteção da infância e adolescência no Brasil está garantido na Constituição Federal em seu art. 277, que reforça o “*dever da família, da sociedade e do Estado*”, para a garantia dos seus direitos, inclusive saúde integral, que compreende também a identificação e o tratamento diferenciado das situações de violência. O Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 - estabelece como “*dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde...*” (art.4º). E acrescenta que a garantia da prioridade compreende, entre outras: “*a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias e a precedência de atendimento*

to nos serviços públicos ou de relevância pública” (ARAÚJO, 2003) ⁽¹¹⁾

As medidas gerais de prevenção a acidentes e violências na infância incluem ações voltadas à motivação da sociedade sobre o problema, a produção e difusão de recursos didáticos para sensibilização da população quanto aos perigos domiciliares, extradomiciliares e decorrentes de agressões contra a infância e juventude. Além disso, o Ministério da Saúde desenvolve ações para mobilização dos gestores e planejadores dos serviços de saúde para a ampliação do cuidado prioritário à criança e adolescente vítima de acidente e violência, assumindo a sua participação junto à sociedade na construção da cidadania e qualidade de vida, utilizando para isto estratégias para melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação (BRASIL-SEDEC, 2002)³.

O IBGE estima que aproximadamente um quarto da população residente no estado do Espírito Santo (26%) seja de crianças menores de 15 anos (IBGE, Censo 2000)¹¹. Como demonstrado no Gráfico 1 a ocorrência de causas externas vem aumentando no estado nos últimos cinco anos. O que pode explicar esse fenômeno é o acelerado processo de urbanização no estado, representado pela taxa de urbanização que chega a quase 74%. Isso responde, em grande parte, ao aumento desses acidentes e violências dentre eles a violência urbana, acidentes de transporte e maiores riscos a doenças. Esses acidentes ocorrem principalmente no ambiente doméstico, passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas. Entretanto entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios. (BRASIL- SEDEC, 2002)³.

O fato da criança ser mais vulnerável a acidentes e violências devido ao seu desenvolvimento ainda imatu-

ro, exige uma atenção maior por parte dos programas de saúde no sentido de reduzir esse alto índice de morbimortalidade por causas externas, que implica em elevados gastos com internações e reabilitação daqueles que adquirem alguma seqüela. (IUNES, 1997)¹² O estudo detalhado das consequências das causas externas em relação ao tipo de lesão, detalhado no Gráfico 2, se “constituem em importante fonte de informação para o planejamento e administração dos serviços de saúde, permitindo-lhes prepara-se melhor para o atendimento da demanda” (MATTOS, 2001, p.195)⁽¹⁷⁾.

As quedas foram a causa mais freqüente dos acidentes infantis 140/100.00. Outros estudos realizados com crianças menores de 15 anos relatam também altas prevalências de traumatismos e lesões de membro superior devido a quedas nessa faixa etária. (MARTINS e ANDRADE, 2005)¹⁶; (BARACAT et al, 2000)²; (FILÓCOMO et al, 2002)⁷ e (MATTOS, 2001)¹⁷. Entretanto Baracat et al (2000, p. 371)⁽²⁾ relata que as circunstâncias desse tipo de acidente também variam de acordo com a faixa etária, pois “*nos lactentes predominam as quedas do colo e da cama, na idade pré-escolar as quedas de escadas e na idade escolar as quedas relacionadas com bicicletas e prática de esportes*”. As quedas da própria altura são observadas como importante causa de acidentes para essas lesões e geralmente ocorrem na faixa etária menor de 2 anos, devido às características do desenvolvimento neurológico deste grupo, ainda em fase de maturação motora, cognitiva e psicossocial, em que nessa faixa etária a criança está aprendendo a conhecer seus limites e adaptando-se ao meio. Acima dos 4 anos, as quedas são provenientes de eventos relacionados a atividades de lazer e esportes como jogos, bicicletas, patins entre outros, próprios dessa faixa etária. Em crianças acima de 9 anos observa-se quedas seguidas de lesões de membros, caracterizada pela faixa etária de maior

interação com o meio e maior atividade de risco, além disso nessa faixa etária já se desenvolveu o reflexo de proteção da cabeça ao cair. Na faixa etária de 7 a 12 anos observa-se ainda uma predominância de acidentes por quedas pelo fato da criança ainda “*não possuir completo domínio de noções como distância, velocidade, espaço e tempo*” (FILÓCOMO et al, 2002, p. 43)⁽⁷⁾. A maioria desses acidentes poderiam prevenidos se houvesse supervisão adequada do adulto responsável, uso de equipamentos de proteção, programas educacionais e modificações ambientais.

Na maior parte dos casos, as quedas e os acidentes de transporte são devidos a acidentes com bicicletas e atropelamentos, apontados por esses estudiosos como importante causa de mortalidade e trauma. Já em relação ao tipo de lesão, resultados semelhantes aos do Gráfico 4 foram encontrados por Martins e Andrade (2005)^{15,16}, Baracat et al (2000)², Mattos (2001)¹⁷ e Gomes et al (2006)¹⁰. Além disso, as fraturas representam a maioria nas lesões por causas externas em crianças menores de 15 anos e também estão relacionadas a faixa etária de acordo com o desenvolvimento da criança.

As fraturas de antebraço que se destacaram como as mais freqüentes (65,5%). É válido destacar que a fratura mais comum é a do terço distal do rádio e muito pouco tem-se descrito sobre as complicações dessa fratura nas crianças, mas sabe-se que sua evolução é variável, podendo sofrer algumas deformidades típicas como o desvio dorsal e consolidação inadequada evoluindo um mau prognóstico. (SANTILI et al, 1999)²⁰. Contudo as fraturas punho/mão, mesmo em menor ocorrência, constituem-se em importantes traumas que também podem levar à limitações de funções. (FONSECA, 2006)⁸

Os resultados permitiram concluir que as quedas, apontadas por outros estudos como a principal causa de atendimento em pronto-socorro e de internações não fatais, constituem a causa mais freqüente dos acidentes infan-

tis, porém não foi possível avaliar o local onde ocorreu o acidente, visto que a maioria dessas quedas não está especificada, havendo necessidade de estudos que determinem as suas circunstâncias para cada faixa etária e orientem medidas efetivas de prevenção.

A importância do conhecimento das causas externas e da natureza das lesões que acometem crianças menores de 15 anos nos hospitais do Estado do Espírito Santo pode colaborar para o planejamento da assistência, para reestruturação dos serviços e para a oferta atendimento especializado. Contudo, tão importante quanto o conhecimento do perfil epidemiológico é o fomento de medidas voltadas à prevenção do problema, por meio de campanhas educativas, treinamento de equipes especializadas para atendimento às seqüelas, estabelecimento de diretrizes para a redução dos acidentes de trânsito, educação familiar sobre os perigos dentro do domicílio. Além disso, é necessário maior interesse por parte dos planejadores e executores das ações em saúde a fim de reduzir os altos índice de morbimortalidade da população infantil.

Outra questão importante, apontada por Baracat et al (2000 p. 372)⁽²⁾, é que a criança vítima de acidente ou violência “*só pode ser tratada de forma ideal se o sistema de saúde para o qual ela se apresenta estiver preparado adequadamente para tratar as lesões resultantes dos acidentes*”. Por isso abordagem multidisciplinar e intersetorial para o planejamento e a implementação de serviços integrados e especializados de prevenção, tratamento e reabilitação, alocação de recursos e a capacitação de profissionais, podem contribuir para a redução da morbimortalidade por causas externas

CONCLUSÕES

Os achados do presente trabalho possibilitaram conhecer o perfil da população infantil que utiliza os serviços hospitalares no Estado do Espírito Santo, assim como

as causas que levaram as lesões e suas conseqüências para as vítimas em relação ao tipo de lesão. Observou-se que esse perfil é caracterizado por crianças vítimas de quedas e acidentes de transporte, com a prevalência de fraturas de membro superior, principalmente as fraturas de antebraço.

Pode-se afirmar então que se a demanda dos hospitais do Espírito Santo é receber crianças vítimas de lesões de membro superior principalmente por quedas, nada mais adequado de que o serviço está preparado e equipado com recursos materiais e uma equipe adequada para atender a essa demanda, que neste caso, o serviço deveria disponibilizar uma equipe composta por no mínimo um médico cirurgião de mão e um profissional (fisioterapeuta ou um terapeuta ocupacional) especializado em reabilitação de membro superior.

É responsabilidade da saúde pública o desenvolvimento de políticas voltadas ao atendimento diferenciado a crianças e adolescentes, o estabelecimento de diretrizes e responsabilidades institucionais em que se contemplem e valorizem medidas inerentes à promoção, prevenção e reabilitação aos agravos das causas externas. Reduzir sua morbimortalidade é um dos principais desafios para a saúde pública, por isso são necessários estudos aprofundados para o conhecimento do perfil da população que é atendida nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, Márcia de Fátima Pereira. Direitos da criança e do adolescente. **Análise da real aplicada do Estatuto da Criança e do Adolescente**. Goiânia: UNIP, 2003.
2. BARACAT, Emílio C. E. et al. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. **JORNAL DE PEDIATRIA**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 5, p. 368-374, set./out. 2000.
3. Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC). **Redução das**

vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância /Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: **Portaria MS/GM n.737** de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

6. Classificação Estatística Internacional de Saúde e Problemas Relacionados à Saúde – **CID 10** Décima Revisão. v. 01, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm> Acesso em: 24 out 2006.

7. FILÓCOMO, Fernanda R. F. et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. **REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM**, São Paulo, v.10, n.1, p. 41-47, jan./fev. 2002.

8. FONSECA, Marisa C. R. et al. Traumas de mão. **REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 181-186, 2006.

9. GAWRYSZEWSKI, Vilma P.; KOIZUMI, Maria.; JORGE, Maria H. P. M. As causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 995-1003, jul./ago. 2004.

10. GOMES, Maria L. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um serviço de apoio à mulher, Recife, Pernambuco. **REVISTA BRA-**

SILEIRA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL, Recife, v.6, n.1, supl. p. S27-S34, maio. 2006.

11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Censo 2000**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao> Acesso em: 24 out. 2006.

12. IUNES, Roberto F. III - Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**, São Paulo, v. 31, n. 4, supl. p. 38-46, ago. 1997.

13. LEBRÃO, Maria L.; JORGE, Maria H. P. M.; LAURENTI, Ruy. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 26-37, 1997.

14. MALUF, Eliane Mara C. P. Trauma: a epidemia silenciosa. **JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA**. Paraná, n. 03, ano 04, p. 119-127, 2003.

15. MARTINS, Christine B. G.; ANDRADE, Selma 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**, São Paulo, v.8, n. 2, p. 194-204, jun. 2005.

16. MARTINS, Christine B. G.; ANDRADE, Selma M. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região Sul do Brasil. **REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM**, São Paulo, v.13, n.4, p. 530-537, jul./ago. 2005.

17. MATTOS, Inês E. Morbidade por causas externas em crianças de 0 a 12 anos: uma análise dos registros de atendimentos de um hospital do Rio de Janeiro. **INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 189-198, 2001.

18. PLESS I.B. Keys to success: WHO's world report on violence and health, Montreal declaration, motor

vehicle injuries. **INJ PREV**, v.8, n.3, p.173-174, 2002.

19. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, ago. 2000.

20. SANTILI C. et al. Fraturas do terço distal do rádio na criança. **REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA**, São Paulo, v. 34 n. 1, p. 9-13, 1999.