

## Acidentes na Criança: «Mea Culpa»! Experiência dum Hospital Distrital

CARVALHO F., GONÇALVES OLIVEIRA J. M.

Hospital São João de Deus – Vila Nova de Famalicão  
Serviço de Pediatria

### Resumo

Os acidentes constituem a primeira causa de morte na idade pediátrica e são a causa mais importante de ida ao serviço de urgência.

Os autores propuseram-se determinar o volume de acidentes que recorriam ao Hospital Distrital de Vila Nova de Famalicão e identificar os agentes causais e associados na origem dos traumatismos. Foram inquiridas 586 crianças através de um questionário efectuado ao seu acompanhante. Utilizaram o teste do Qui-quadrado para comparação das proporções e adoptaram o nível de significância de 0,05.

A maioria dos acidentes ocorreu no sexo masculino (63%), abaixo dos 6 anos de idade (67,8%) e fora do domicílio (62,8%). Sessenta e dois por cento destas crianças estava acompanhada por um adulto.

Pela análise estatística dos dados, os autores concluíram que o sexo, o grupo etário e a classe social são determinantes importantes nas características do acidente. Apontam a necessidade de uma visão multidisciplinar do problema e o contributo importante do médico na prevenção dos acidentes.

**Palavras-chave:** Acidente; criança, prevenção.

### Summary

Accidents are the first cause of death in childhood and are the most important cause of Hospital emergencies.

The authors intend to establish the number of childhood accidents seen in Hospital Distrital of Vila Nova de Famalicão and to identify the causal and associated factors of injuries. Information was collected from 586 children. The statistical analysis was obtained using  $\chi^2$  test and the significance level was 0,05.

A higher number of accidents was observed among male sex (63%), under the age of 6 years (67,8%) and outdoors (62,8%). When the accident happened, 62% of this children was in the presence of their parents or other adults.

The authors concluded that sex, age and social groups are important in accident characteristics. They show the necessity of an enlarged view of the problem and the important role of Pediatrician in accident prevention.

**Key-Words:** Accident, child, prevention.

### Introdução

Nunca é de mais falar em «acidentes», sobretudo, se soubermos que constituem, nos países industrializados, a primeira causa de morte na faixa etária dos 1 aos 19 anos. Além disso, os «acidentes» representam, na infância e adolescência, a causa mais importante de doença, internamento, idas ao serviço de urgência, incapacidades

temporárias e definitivas, e conseqüentemente, um dos problemas com custos económicos mais elevados <sup>(1-4)</sup>.

Dados epidemiológicos indicam que a maioria dos «acidentes» ou mais correctamente traumatismos, ferimentos e lesões acidentais (TFLA) <sup>(1)</sup> são previsíveis e, por isso, passíveis de prevenção <sup>(2)</sup>.

Várias organizações europeias e norte-americanas, têm vindo a prestar cada vez mais atenção a este problema de saúde pública. Assim, nos últimos anos, a Academia Americana de Pediatria, entre outros, vem referindo que os conselhos sobre prevenção de traumatismos deveriam

fazer parte integrante da assistência médica prestada a todos os lactentes, crianças e adolescentes <sup>(5)</sup>.

Perante o interesse crescente pela luta anti-traumatismos, realizaram este trabalho com o objectivo de efectuar uma investigação epidemiológica dos acidentes infantis (entre os zero e 12 anos) observados no serviço de urgência do Hospital Distrital de Vila Nova de Famalicão, tentando calcular o seu volume, identificando agentes causais e associados na origem dos TFLA e determinando a responsabilidade destes agentes.

### Material e Métodos

Os autores realizaram um estudo das crianças, até aos 12 anos, que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital de São João de Deus de Vila Nova de Famalicão, entre 1 de Novembro de 1994 e 31 de Outubro de 1995, por TFLA.

Aos acompanhantes de cada criança foi realizado um questionário em que constava a data e hora da ocorrência, idade e sexo da criança, classe social, local do acidente e a cargo de quem se encontrava a criança, tipo de acidente, natureza da lesão e destino da criança. Este questionário teve a aprovação da comissão de ética e direcção do Hospital.

Os dados foram gravados com o programa Excel e analisados com o SPSS 6.1. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para comparação de proporções e adoptou-se um nível de significância de 0,05.

As crianças foram distribuídas pelos seguintes grupos etários: I-0 a 2 anos; II-3 a 5 anos; III-6 a 12 anos.

Foram socialmente classificadas segundo a Classificação de Graffar e incluídas em dois grupos: I-Classe social média (Graffar II e III); II-Classe social baixa (Graffar IV e V).

### Resultados

#### Descrição das variáveis estudadas

Responderam ao questionário, no Serviço de Urgência do Hospital de São João de Deus de Vila Nova de Famalicão, 586 crianças entre os zero e 12 anos de idade, que ali acorreram por TFLA. Destas, 369 (63%) eram do sexo masculino.

A distribuição etária pode ser observada na Fig. 1, onde se destaca um predomínio abaixo dos 6 anos de idade (67,8%).

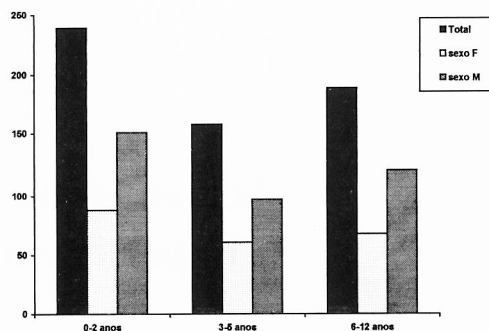


FIG. 1 – Grupos Etários

Em relação à classe social há um predomínio das classes III e IV de Graffar (Quadro I).

QUADRO I  
Classe Social (Classificação de Graffar)

II	40	6,8%
III	257	43,9%
IV	244	41,6%
V	45	7,7%

O período do dia em que ocorreram mais acidentes foi das 16 às 19 horas como se pode observar no Quadro II.

QUADRO II  
Horário dos acidentes (horas)

08-11	74	12,6%
12-15	142	24,2%
16-19	223	38,1%
20-23	133	22,7%
24-03	11	1,9%
04-07	3	0,5%

Relativamente ao local do acidente, verificamos que 62,8% ocorreram fora do domicílio, sendo a rua o cenário em 133 casos. No domicílio, destaca-se a sala como local do acidente em 53,2% dos casos (Quadro III).

**QUADRO III**  
Local do acidente

no domicílio	218	37,2%
sala	116	19,8%
cozinha	73	12,5%
casa de banho	12	2,0%
escadas	12	2,0%
outros	5	0,8%
fora do domicílio	368	62,8%
rua	133	22,7%
quintal	119	20,3%
escola	69	11,8%
garagem	11	1,9%
outros	36	6,1%

A criança encontrava-se entregue a outra criança ou adolescente em 28,3% do total de casos e em 18,3% sozinha (Quadro IV).

**QUADRO IV**  
Acompanhamento da criança

Adulto	104	17,7%
Pais	209	35,7%
Menor / criança	166	28,3%
Sozinha	107	18,1%

No Quadro V podemos observar os tipos de acidente que recorreram ao Serviço de Urgência, onde predominam as quedas (69,8%).

**QUADRO V**  
Tipo de acidente

Queda sem TC	234	40,0%
Queda com TC	175	29,9%
Queimadura	28	4,8%
Atropelamento	22	3,8%
Corte com arma branca	15	2,6%
Acidente de viação	9	1,5%
Intoxicação	9	1,5%
Mordedura de cão	6	1,0%
Ingestão de corpo estranho	5	0,9%
Outros	62	10,6%

TC - Traumatismo Craneano

O tipo de lesão mais observado foram as soluções de continuidade com necessidade de sutura (35,7%) e hematomas e contusões em 35,5% dos casos (Quadro VI).

**QUADRO VI**  
Natureza da lesão

Soluções de continuidade	209	35,7%
Hematomas / Contusões	208	35,5%
Fracturas	65	11,1%
	MI-29	
	MS-33	
Queimaduras	28	4,9%
Outros	76	12,8%

MI - Membro Inferior; MS - Membro Superior

Oitenta por cento das crianças (469) regressaram ao seu domicílio e das restantes 20%, 61 ficaram internadas, 55 foram transferidas para um Hospital Central e uma faleceu.

O motivo de transferência foi em 20% dos casos a necessidade de uma Unidade de Cuidados Intensivos, sendo estes doentes politraumatizados vítimas de acidente de viação ou atropelamento. Das 55 crianças transferidas, 3 vieram a falecer.

#### **Análise dos factores associados**

Na análise das variáveis grupo etário, classe social, local do acidente, tipo de acidente, acompanhante da criança e destino, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos. No entanto, em relação ao tipo de lesão verificou-se um maior número de fracturas (70,1%) e feridas com necessidade de sutura (71,3%) no sexo masculino contra um domínio de queimaduras (60,7%) e pronação dolorosa (70,6%) no sexo feminino ( $p < 0,05$ ).

Relativamente ao grupo etário, não se observaram diferenças com significado estatístico na análise das variáveis sexo, classe social e destino. Na análise das restantes variáveis (local e tipo de acidente, natureza da lesão e acompanhante da criança) verificamos que:

- A frequência de acidentes no domicílio foi decrescendo do grupo I para o grupo III, sendo respectivamente de 61,0%; 24,8% e 14,2% ( $p < 0,05$ ).
- As intoxicações (77,8%); as queimaduras (53,6%) e as quedas (41,6%) foram mais frequentes antes dos 3 anos de idade enquanto os acidentes de viação e os atropelamentos predominaram após os 6 anos (53,3%) ( $p < 0,05$ ).

- A pronação dolorosa ocorreu predominantemente no grupo I (76,5%). As fracturas e as lesões articulares (entorses e luxações) foram frequentes acima dos 6 anos (60%) ( $p < 0,05$ ).
- Mais de sessenta por cento das crianças abaixo dos 6 anos (62,2%) se encontrava acompanhada aquando do acidente. No grupo III, 65,1% das crianças estava sozinha ou com outra criança ( $p < 0,05$ ).

Considerando a situação social da criança, verificaram um predomínio de acidentes fora do domicílio (58,7%), de fracturas e queimaduras (65,9% e 60,7%, respectivamente) na classe social baixa ( $p < 0,05$ ). Sessenta e um por cento das crianças internadas e 58,2% das transferidas pertenciam a este grupo social ( $p < 0,05$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, grupo etário, tipo de acidente e acompanhante da criança.

### Discussão e Conclusões

Tal como tem sido descrito em outros artigos<sup>(6-14)</sup>, os autores verificaram uma maior incidência de acidentes no sexo masculino e antes dos 6 anos de idade, predominando as quedas.

Da análise estatística efectuada, concluíram que o sexo, o grupo etário e a classe social são determinantes nas características do «acidente». O facto da maioria das crianças, com menos de 6 anos, se encontrar acompanhada por um adulto na altura do acidente, contrasta com o não acompanhamento após essa idade e o aumento de acidentes na via pública nesta faixa etária. O acompanhamento menos atento de crianças nos primeiros anos de vida e a demasiada confiança depositada na criança em idade escolar são certamente contributos importantes para o número elevado de acidentes na infância.

As classes sociais mais desfavorecidas tem, muitas vezes, dificuldade de inserção social. Isto leva a que as crianças não encontrem aconchego e felicidade no seio familiar e o procurem na rua. Aqui, o perigo é constante. E, apesar de a multiplicidade de riscos ser igual para todos, constata-se que as crianças «pobres» apresentam lesões mais graves e uma necessidade maior de internamentos ou transferências para um Hospital Central.

A sociedade não pode impedir a «traquinice» dos rapazes mas pode, e deve, informar e pensar PREVENÇÃO e modificar as condições sociais adversas. A luta contra o «acidente» é um marcador de evolução duma sociedade<sup>(15)</sup>.

Em Portugal, os «acidentes» foram responsáveis em 1995, de acordo com dados do Instituto Nacional de

Estatística, por 662 mortes no grupo etário dos zero aos 19 anos. Além disso, representaram nesta faixa etária, 60 000 dias de internamento; 6 000 dias de vida perdidos; 3 600 crianças e adolescentes com incapacidades, custando à população cerca de 2 000 contos por minuto. Há que olhar com objectividade para estes números no sentido de os vir a modificar. O controle de traumatismos tem de ser multidisciplinar, combinar várias estratégias – educação; alterações ambientais; administração e componentes legislativos. Este é o maior desafio de todos quantos tratam de crianças e se preocupam com elas.

A classe médica deve encarar o acidente como uma doença que pode ser prevenida. Deve informar, sistematicamente, os pais e conviventes da criança. E, à medida que este cresce, dirigir-lhe a informação e o aconselhamento, de modo a torná-la responsável pelo seu próprio comportamento<sup>(16, 17)</sup>.

### Agradecimentos

Os autores agradecem reconhecidamente a colaboração prestada pelo Dr. Rui Maio, Assistente de Epidemiologia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, pelo trabalho estatístico efectuado.

### BIBLIOGRAFIA

1. Rivara F. P., Grossman D. C. Prevention of traumatic deaths to children in the United States: how far have we come and where do we need to go? *Pediatrics* 1996; 4 (6): 791-98.
2. Committee on injury and poison prevention. Efforts to reduce the toll of injuries in childhood requires expanded research. *Pediatrics* 1996; 4 (6): 765-69.
3. Rivara F. P., Brownstein D. R.. Injury control. In: Berham R. E., ed Nelson Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia: W B Saunders Company, 1995: 226-32.
4. Cordeiro M. J.. [Editorial]. *Boletim APSI* 1994; 1:1.
5. Bradley T., McCann B., Glasgow J. F., Patterson C. C.. Paediatric consultation patterns in general practice and the accident and emergency department. *Ulster Med J* 1995; 64 (1): 51-7.
6. Garcia O., Almeida F., Ferreira D.. Acidentes da criança no Distrito de Viana do Castelo. *Juvenil* 1992; 8: 69-75.
7. Committee on injury and poison prevention. Skateboard injuries. *Pediatrics* 1995; 95 (4): 611-13.
8. Mercier C., Blond M. H.. Enquête epidemiologique française sur la brûlure de l'enfant de 0 à 5 ans. *Arch Pediatr* 1995; 2: 949-56.
9. Sanchez-Cruz J. J., Martinez J., Perea E.. A population survey of childhood accidents in Anadalusia (Spain). *Eur J Epidemiol* 1995; 11 (3): 297-303.
10. Marganitt B., MacKenzie E. J., Deshpandi J K., Kamzy A. I., Haller J. A. Hospitalizations for traumatic injuries among children in Maryland: trends in incidence and severity: 1979 through 1988. *Pediatrics* 1992; 89 (4): 608-13.
11. Dowd M. D., Knapp J. F., Fitzmaurice L. S.. Pediatric firearm injuries, Kansas city, 1992: a population based study. *Pediatrics* 1994; 94 (6): 739-43.
12. Agran P. F., Winn D. G., Anderson C. L.. Differences in child pedestrian injury events by location. *Pediatrics* 1994; 93 (2): 284-89.

13. Chiaviello C. T., Christoph R. A., Bond G. R.. Stairway-related injuries in children. *Pediatrics* 1994; 94 (5): 679-82.
14. Masson F., Salmi L. R., Maurette P., Dartigues J. F., Versey J., Erny P. et al. Particularités des traumatismes crâniens chez les enfants; épidémiologie et survi à 5 ans. *Arch Pediatr* 1996; 3: 651-60.
15. Committee on injury and poison prevention. Bicycle Helmets. *Pediatrics* 1995; 95 (4): 609-11.
16. Gerbake B. Epidémiologie des accidents chez l'enfant libanais. *Arch Pediatr* 1996; 3 (4): 398-99.
17. Committee on injury and poison prevention. Office-based counseling for injury prevention. *Pediatrics* 1994; 94 (4): 606-9.

*Correspondência:* Fernanda de Jesus Carvalho  
Hospital de S. João de Deus  
Serviço de Pediatria  
Rua Cupertino de Miranda  
4760 Vila Nova de Famalicão