



CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS EXTERNAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

CHARACTERIZATION OF EXTERNAL CAUSES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS CARRIED OUT IN AN EMERGENCY SERVICE

CARACTERIZACIÓN DE LAS CAUSAS EXTERNAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN SERVICIO DE EMERGENCIA

Rafaela Almeida da Silva¹, Adriana Alves Nery², Marcela Andrade Rios³, Cezar Augusto Casotti⁴, Murilo da Silva Alves⁵

RESUMO

Objetivo: descrever as características das causas externas em crianças e adolescentes atendidos em emergência hospitalar. **Método:** estudo quantitativo, transversal e descritivo, em que foram analisados 3.154 prontuários referentes às hospitalizações por causas externas envolvendo crianças e adolescentes em um hospital geral, de acordo com as características sociodemográficas, tipos de causas externas e atendimento prestado pela unidade de saúde. Os dados foram fornecidos pelo Núcleo Hospital de Epidemiologia e analisados por meio do Programa Epi Info, versão 7.0. **Resultados:** as hospitalizações por causas externas, envolvendo crianças e adolescentes, corresponderam a 30,1% das ocorrências, principalmente devido a quedas (48,8%) e às demais causas (21,4%), sendo, em sua maioria, indivíduos do sexo masculino (62,9%), na faixa etária entre os 15 aos 18 anos (26,8%). **Conclusão:** as principais causas de hospitalizações na emergência foram as quedas, seguidas por contato com animais, acidentes de transportes e agressões. **Descritores:** Causas Externas; Emergência; Morbidade; Crianças; Adolescentes.

ABSTRACT

Objective: to describe the characteristics of external causes in children and adolescents seen in a hospital emergency. **Method:** a quantitative, cross-sectional and descriptive study, in which 3,154 medical records were analyzed regarding hospitalizations due to external causes involving children and adolescents in a general hospital, according to sociodemographic characteristics, types of external causes and care provided by the health unit. The data were provided by the Hospital Epidemiology Center and analyzed through the Epi Info Program, version 7.0. **Results:** hospitalizations due to external causes, involving children and adolescents, corresponded to 30.1% of the occurrences, mainly due to falls (48.8%) and other causes (21.4%). (62.9%), aged between 15 and 18 years (26.8%). **Conclusion:** the main causes of emergency hospitalizations were falls, followed by contact with animals, transport accidents and aggressions. **Descriptors:** External Causes; Emergency; Morbidity; Children; Adolescents.

RESUMEN

Objetivo: describir las características de las causas externas en niños y adolescentes atendidos en emergencia hospitalaria. **Método:** estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, en el que se analizaron 3.154 prontuarios referentes a las hospitalizaciones por causas externas involucrando niños y adolescentes en un hospital general, de acuerdo con las características sociodemográficas, tipos de causas externas y atención prestada por la unidad de salud. Los datos fueron suministrados por el Núcleo Hospital de Epidemiología y analizados a través del Programa Epi Info, versión 7.0. **Resultados:** las hospitalizaciones por causas externas, involucrando a niños y adolescentes, correspondieron al 30,1% de las ocurrencias principalmente debido a caídas (48,8%) y las demás causas (21,4%), siendo, en su mayoría, individuos del sexo masculino (62,9%), en el grupo de edad entre 15 a 18 años (26,8%). **Conclusión:** las principales causas de hospitalizaciones en la emergencia fueron las caídas, seguidas por contacto con animales, accidentes de transportes y agresiones. **Descriptores:** Causas externas; Emergencia; Morbilidad; Niños; Adolescentes.

¹Fisioterapeuta, Mestranda, Programa de Pós-Graduação de Mestrado e Doutorado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: rafaela_niobe@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Saúde I e II, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: aanery@uesb.edu.br; ³Enfermeira, Doutoranda, Professora, Universidade do Estado da Bahia - UNEB, campus XII, Guanambi (BA), Brasil. E-mail: marcelariosenf@gmail.com; ⁴Cirurgião dentista, Professor Doutor, Departamento de Saúde I e II, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: casasotti@uesb.edu.br; ⁵Enfermeiro, Doutorando, Professor, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC, Ilhéus (BA), Brasil. E-mail: murilosevla@gmail.com

INTRODUÇÃO

As causas externas são os traumatismos, lesões ou quaisquer agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo de agravos incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).¹

Tais agravos são considerados como um problema de saúde pública e responsáveis por vitimar crianças e adolescentes, tornando-se cada vez mais relevante compreender sua distribuição, causas, características, magnitude e demais aspectos relacionados à sua ocorrência.² Entre os indivíduos menores de vinte anos, excluindo-se os óbitos infantis, as causas externas são a primeira causa de morte no país, representando 53% de todas as causas de morte nesta faixa etária.³

Verifica-se o aumento na mortalidade de crianças com menos de 1 ano de idade no Brasil, cujas taxas passaram, entre 2000 e 2010, de 2,8 para 4,6 mortes em cada 100 mil crianças, o que representa um crescimento de 61,4%. De maneira similar, neste mesmo período, constata-se um crescimento na faixa etária a partir dos 14 anos, em que esse aumento supera os 50%. Nas idades intermediárias, dos 2 aos 13 anos, houve redução da mortalidade.⁴

A interiorização das ocorrências por causas externas justifica a importância de estudos em cidades de médio porte, pois, contribui para a compreensão do perfil epidemiológico dessas ocorrências.

OBJETIVO

- Descrever as características das causas externas em crianças e adolescentes atendidos em uma emergência hospitalar.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal e descritivo, elaborado a partir de dados secundários de ocorrências por causas externas, no ano de 2011, na emergência do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), que é referência para a microrregião de saúde de Jequié-Bahia, composta por 25 municípios.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HGPV disponibilizou dados dos atendimentos por causas externas, envolvendo crianças e adolescentes, ocorridos no período entre 01

de janeiro a 31 de dezembro de 2011. Considerou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para delimitar a faixa etária da criança como pessoa até doze anos de idade incompletos, e de adolescentes aquela entre os 12 aos 18 anos de idade.⁵

As variáveis estudadas foram: características sociodemográficas (sexo, idade em anos, raça/cor, município e bairro de residência); referentes ao agravo (município e local da ocorrência, tipo de causa externa, lesão provocada e segmento corporal afetado) e referentes ao atendimento (mês, dia da semana, período do atendimento, evolução, tempo de permanência).

Os tipos de acidentes e violências foram classificados de acordo com o capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10): acidentes de transporte (V01-V99), outras causas externas de lesões acidentais (W00-X59), quedas ([W00-W19](#)) e agressões (X85-Y09).

Não foram considerados no estudo, os casos de causas externas envolvendo crianças e adolescentes que ocasionaram no óbito no local da ocorrência, bem como aqueles que não procuraram atendimento no serviço público de saúde hospitalar.

Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico Epi Info, versão 7.0, no qual se realizou a estatística descritiva, sendo os dados apresentados em frequências absoluta e relativa.

Este estudo teve o projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié/BA, aprovado sob o protocolo n.º 069/2010.

RESULTADOS

No período avaliado, ocorreram 10.462 atendimentos por causas externas, sendo que 30,1% (n=3.154) envolvendo crianças e adolescentes. Na tabela 1, podem ser visualizadas as características de sexo e faixa etária dos indivíduos, segundo tipo de causa externa, demonstrando maiores frequências no sexo masculino e faixa etária de 15 a 18 anos, com média de idade de 9,6 (dp±5,5).

Não foram apresentadas as frequências de sexo e faixa etária para os casos de não informação do tipo de causa externa.

Tabela 1. Sexo e faixa etária das crianças e adolescentes hospitalizados devido à causa externa em hospital baiano, no ano de 2011, segundo classificação da causa externa. Jequié (BA), Brasil, 2015.

Características das vítimas	Acidente de transporte		Demais causas acidentais		Queda		Agressões		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Feminino	168	29,6	301	44,7	574	37,3	42	29,8	1170	37,1
Masculino	400	70,4	373	55,3	965	62,7	99	70,2	1984	62,9
Faixa etária (em anos)										
Menor de um	10	1,8	4	0,6	19	1,2	5	3,5	45	1,4
1 a 4	51	9,0	193	28,7	443	28,8	8	5,7	733	23,2
3 a 5	93	16,4	160	23,7	429	27,9	14	9,9	751	23,8
10 a 14	145	25,5	170	25,2	368	23,9	39	27,7	781	24,8
15 a 18	269	47,3	147	21,8	280	18,2	75	53,2	844	26,8

Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HGPV, 2011.

Ao analisar a descrição do tipo de cada causa externa (tabela 2), houve predomínio de quedas do mesmo nível, contato com

animais, acidentes de transporte, envolvendo motociclistas, agressões com uso de força física e espancamento.

Tabela 2. Descrição dos tipos de causas externas que levaram à hospitalização de crianças e adolescentes em hospital baiano, no ano de 2011. Jequié (BA), Brasil, 2015.

Tipo de causas externas	N	%
Outras causas externas de lesões acidentais	674	21,4
Intoxicação	17	2,5
Afogamento	2	0,3
Contato com animais	279	41,4
Queimadura	64	9,5
Outros	275	40,8
Não especificado	37	5,5
Acidente de transporte	568	18,0
Ocupante de automóvel e caminhonete	47	8,3
Ocupante de caminhão e ônibus	1	0,2
Motociclista	195	34,3
Ciclista	168	29,6
Pedestre	100	17,6
Outros	13	2,3
Não especificado	44	7,7
Agressões	141	4,5
Agressão física e espaçamento	75	53,2
Instrumento cortante	24	17,0
Arma de fogo	24	17,0
Violência sexual	1	0,7
Outros	12	8,5
Não especificado	5	3,6
Quedas	1539	48,8
Mesmo nível	470	30,5
Móvel	122	7,9
Edifício/árvore	69	4,5
Escada	49	3,2
Não informado	829	53,9
Outros e indeterminado	10	0,3
Não especificado	222	7,0

Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HGPV, 2011.

As variáveis local de ocorrência e evolução apresentaram elevada frequência de subregistro (94,7% e 91,2% respectivamente), o que impossibilitou a análise dessas variáveis.

Quanto à natureza da lesão, não houve variação (tabela 3), prevalecendo demais

lesões para todos os tipos de causas externas. Os membros superiores foram os mais atingidos por lesões resultantes de quedas; os membros inferiores, nos casos de acidentes de transportes e demais causas acidentais, e cabeça/pescoço nos casos de agressões.

Tabela 3. Distribuição das causas externas envolvendo crianças e adolescentes atendidas na emergência de um hospital baiano no ano de 2011, segundo características dos agravos. Jequié (BA), Brasil, 2015.

CAUSAS EXTERNAS										
Características dos agravos	Acidente de Transporte		Demais causas acidentais		Queda		Agressões		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Natureza da lesão										
Traumatismo	192	33,8	69	10,2	525	34,1	19	13,5	884	28,0
Fratura	23	4,1	7	1,0	100	6,5	1	0,7	148	4,7
Distensões, entorses	3	0,5	6	0,9	34	2,2	-	-	51	1,6
Queimadura	1	0,2	66	9,8	-	-	-	-	68	2,2
Intoxicações	-	-	47	7,0	-	-	3	2,1	51	1,6
Demais lesões	290	51,0	413	61,3	708	46,0	106	75,2	1621	51,4
Não Informado	59	10,4	66	9,8	172	11,2	12	8,5	331	10,5
Local da Lesão										
Cabeça/pescoço	99	17,4	136	20,2	409	26,6	60	42,5	746	23,7
Tórax	22	3,9	15	2,2	25	1,6	8	5,7	75	2,4
Abdome/dorso/quadril	24	4,2	23	3,4	43	2,8	9	6,4	102	3,2
Membros superiores	103	18,1	163	24,2	551	35,8	22	15,6	915	29,0
Membros inferiores	132	23,2	199	29,5	283	18,4	8	5,7	691	21,9
Múltiplos segmentos	113	20,0	38	5,7	47	3,0	14	9,9	215	6,8
Não Informado	75	13,2	100	14,8	181	11,8	20	14,2	410	13,0

Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HGPV, 2011.

No que concerne ao turno de ocorrência das hospitalizações, o turno vespertino (12h às 17h59min) concentrou o maior percentual de atendimentos (n=1418; 45%), seguido do matutino (6h às 11h59min), com n=925; 29,3%. A busca por atendimento no serviço se deu, com maior frequência, nos finais de semana (sábado e domingo), com n=965; 30,6%.

Quanto à classificação de risco, verificaram-se atendimentos considerados como de urgência (n=684; 21,7%), relativamente rápidos (n=447; 14,2%) e os sem especificação (n=1784; 56,6%). O mês do ano, no qual ocorreu a maior busca pelo atendimento, foi janeiro (n=388; 12,3%), seguido por março (n=382; 12,1%) e fevereiro (n=339; 10,8%).

DISCUSSÃO

As lesões não intencionais representam o grupo predominante de causas de morte em crianças a partir de um ano de idade e a terceira causa de internação de crianças e adolescentes no Brasil.³

Neste estudo, constatou-se um maior envolvimento do sexo masculino, o que corrobora com outros estudos, de âmbito nacional, envolvendo toda a população.⁶⁻¹⁴ Esta maior vulnerabilidade do sexo masculino é justificada, por alguns autores, como consequência de fatores comportamentais, o que o coloca em situações de maior exposição à ocorrência de acidentes e violência.^{7,14-5}

Além do sexo, a idade também apresenta relação com as causas externas, uma vez que adolescentes e jovens têm sido frequentemente envolvidos em acidentes e violências em função, possivelmente, de comportamentos e atividades que os mesmos assumem socialmente e os colocam em condições de maior vulnerabilidade.¹⁶⁻⁷

A faixa etária em que houve o maior número de atendimento neste estudo foi a de 15 a 18 anos. Semelhante ao encontrado em estudo realizado em Belo Horizonte, objetivando identificar a prevalência dos traumas maxilofaciais em crianças e adolescentes decorrentes da violência urbana, no qual, ao comparar crianças e adolescentes, evidenciou-se que os adolescentes apresentaram um padrão mais importante quanto à abrangência de tipos de trauma e de eventos de violência, concluindo que esse grupo está mais exposto ao risco e a um aumento na prevalência dos traumas maxilofaciais.⁷

Ao estratificar os casos segundo o tipo de causa externa, observou-se que as quedas do mesmo nível e o contato com animais mostraram-se como principais causas externas de hospitalização envolvendo crianças e adolescentes. Tais achados convergem com estudo realizado em 74 serviços de urgência do Distrito Federal e 23 capitais, no ano de 2009, onde as ocorrências mais frequentes foram quedas, seguidas de outros acidentes e acidentes de transporte.⁸

Considerada um dos graves problemas de saúde pública e segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais,¹⁸ as quedas podem apresentar repercussões distintas à saúde do indivíduo tanto em termos de hospitalização, quanto de mortalidade.¹⁷

Estas se configuram como uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, em virtude do seu elevado número de ocorrências. A exemplo disto, nos Estados Unidos, este tipo de agravo é responsável pelo maior número de lesões em crianças e adolescentes com até 19 anos.¹⁹ O maior impacto desse tipo de agravo, no Brasil, se dá na morbidade da população onde, em 2009, houve 320 mil internações no Sistema Único Brasileiro por lesões decorrentes de quedas.²⁰

As quedas consistem num tipo de agravo que se destaca na faixa etária pediátrica. Algumas características da criança, como idade e fase do desenvolvimento, podem influenciar na ocorrência de lesões como, também, no aumento da sua exposição. Já em crianças de seis a nove anos de idade, agregam-se outros fatores, como atividades de lazer e esportes, próprios desta idade.⁸

Observou-se que as demais causas externas de lesões acidentais aparecem como a segunda causa de atendimentos por causas externas, com destaque para o contato com animais.

Os acidentes com animais peçonhentos são uma emergência clínica que se faz frequente em vários países tropicais, sobretudo, em áreas rurais de países da América Latina, África, Ásia e Oceania.²¹ No Brasil, durante o ano de 2013, houve 158.002 registros de casos de envenenamentos por animais peçonhentos. Tal agravo constitui um problema de saúde pública, em muitos países, sobretudo envolvendo a faixa etária pediátrica.²²

Uma maior gravidade desses agravos em crianças se justifica por elas apresentarem baixa capacidade imunológica e menor massa muscular, quando comparadas aos adultos, podendo ter uma maior gravidade no quadro de envenenamento e, também, apresentam maior risco de reações à soroterapia.²³

Em terceira posição aparecem os acidentes de transportes, que representam 18% dos atendimentos. Os acidentes envolvendo motociclistas se destacam tanto no que se refere à hospitalização, quanto à mortalidade.²⁴

Este achado difere de outro estudo,²³ que identificou os acidentes de transporte como a segunda maior causa de internações hospitalares, em ambos os sexos e em todas as idades.²⁵ No Brasil, a probabilidade de

internação por lesões decorrentes de acidentes de transporte aumentou em 8,7%, entre os anos 2000 e 2010. Enquanto isso, o risco de internação por acidente de motocicleta triplicou. Entretanto, para os pedestres e ocupantes de outros veículos, houve uma redução do índice de internações no mesmo período.²⁶

Em seguida, estão as agressões, com destaque para a agressão física e o espancamento. A extensão da violência é mostrada por Malta et al.²³ em pesquisa com adolescentes matriculados no nono ano de escolas particulares e públicas: nos 30 dias que antecederam à aplicação do questionário, 12,9% dos jovens relataram que estiveram envolvidos em brigas com agressão corporal e, ainda, 9,5% mencionaram agressão física praticada por componente da família.

A maioria dos atendimentos (74,3%) ocorreu durante o dia. Tal concentração neste período talvez possa estar relacionada ao fato de que muitos dos agravos envolvam acidentes domésticos e em vias públicas, que são problemas que têm uma maior probabilidade de acontecer durante o dia.

No que se refere às características das hospitalizações, verificou-se que o fim de semana concentrou o maior percentual de ocorrências. A predominância de atendimento nesses dias pode ser justificada por ser o período em que os indivíduos destinam um tempo maior para seu lazer individual ou familiar. As crianças tendem a frequentar lugares de maior concentração, como parques e praças, por exemplo. Já os adolescentes, por vezes, fazem um maior consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas. Além disso, também tendem a frequentar bares e clubes, aumentando, assim, o fluxo de veículos, o que amplia a exposição a acidentes.^{25,27}

CONCLUSÃO

Com este estudo, foi possível identificar que ocorreram 3.154 hospitalizações por causas externas com crianças e adolescentes no ano de 2011, em sua maioria envolvendo o sexo masculino e faixa etária de 15 a 18 anos. As quedas configuraram o principal tipo de causas externas que levaram crianças e adolescentes a buscarem o serviço, sendo as mais frequentes as do mesmo nível.

A caracterização das hospitalizações por causas externas pode auxiliar na implementação de medidas de prevenção, reduzindo as ocorrências por tais agravos, além de contribuir na melhoria dos serviços de saúde, proporcionado um atendimento de

qualidade que reduza o número de sequelas e óbitos.

Salienta-se a necessidade e importância do melhor preenchimento das variáveis nos registros de saúde, a fim de permitir dados mais precisos, que possam contribuir para a melhor compreensão das causas externas, auxiliando na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde.

Uma limitação encontrada neste estudo foi constatar a não completude no preenchimento dos registros de algumas das variáveis estudadas. Além disso, trata-se de um estudo transversal e descritivo, o que dificulta estabelecer relações causais por não provar a existência de uma sequência temporal.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Settervall CHC, Domingues CA, Sousa RMC, Nogueira LS. Preventable trauma deaths. Rev Saúde Pública. 2012 Apr; 46(2):367-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000010>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf
3. Ministério da Saúde (BR), Portal da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2015 July 15]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
4. Waiselfisz JJ. Homicídios e Juventude no Brasil: mapa da violência [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2013 [cited 2017 Feb 16]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf
5. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (BR). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá providências. Diário Oficial da União [Internet]. 13 jul 1990 [cited 2017 Feb 19]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
6. Lanetzki CS, Oliveira CAC, Bass LM, Abramovici S, Troster EJ. The epidemiological profile of Pediatric Intensive Care Center at Hospital Israelita Albert Einstein. Einstein (São Paulo). 2012 Jan/Mar;10(1):16-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082012000100005>
7. Silva CJP, Ferreira EF, Paula LPP, Naves MD, Vargas AMD, Zarzar PMPA. The urban violence against children and adolescents in Belo Horizonte: a story told through the maxillofacial traumas. Physis. 2011;21(3):1103-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300018>
8. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Viegas APB, Sá NNB, Silva JJB. Accidents and violence in childhood: survey evidence of emergency care for external causes - Brazil, 2009. Ciênc Saúde Coletiva. 2012 Sept;17(9):2247-58. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900007>
9. Waksman RD, Carrera RM, Santos E, Abramovici S, Schvartsman C. Morbidity due trauma in children of the community of Paraisópolis, São Paulo, Brazil. Einstein (São Paulo). 2014 Mar;12(1):1-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014AO2434>
10. Figueiredo JI, Carvalho MV, Lima GM. Pediatric trauma due to motor vehicle accidents on high traffic roadway. Einstein (São Paulo). 2012 Mar;10(1):29-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082012000100007>
11. Bacchieri G, Barros AJD. Traffic accidents in Brazil from 1998 to 2010: many changes and few effects. Rev Saúde Pública. 2011 Oct; 45(5):949-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000069>
12. Marin-Leon L, Belon AP, Barros MBA, Almeida SDM, Restitutti MC. Trends in traffic accidents in Campinas, São Paulo State, Brazil: the increasing involvement of motorcyclists. Cad Saúde Pública. 2012 Jan;28(1):39-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100005>
13. Rezende NDS, Alves AKS, Leão GM, Araújo AA. Profile of multiple trauma occurrences in motorcycle drivers attended by the SAMU of Teresina-PI. Rev Bras Enferm. 2012 Dec;65(6):936-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600008>
14. Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira LMAC, Brasil VV. Traffic injuries among youth in Goiânia, Goiás State. Ciênc Saúde Coletiva. 2010 July;15(4):2075-84. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400021>

15. Matos KF, Martins CBG. Epidemiological profile of mortality by external causes in children, teenagers and young people in the capital of the State of Mato Grosso, Brazil, 2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012 Mar; 21(1):43-53. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100005>

16. Martins CBG. Accidents and violence in childhood and adolescence: risk and protective factors *Rev Bras Enferm*. 2013 Aug; 66(4):578-84. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400017>

17. Malta DC, Silva MMA, Mascarenhas MDM, Sá NNB, Moraes Neto OL, Bernal RTI, et al. The characteristics and factors of emergency service visits for falls. *Rev Saúde Pública*. 2012 Feb; 46(1):128-37. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100016>

18. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Caídas [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

19. Centers for Disease Control and Prevention. Protect the ones you love: child injuries are preventable: fall prevention [Internet]. Atlanta: CDC; 2016 [cited 2015 July 25]. Available from: <http://www.cdc.gov/safecild/Falls/index.html>

20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 [cited 2017 Feb 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf

21. World Health Organization. Neglected tropical diseases [Internet]. Ginebra: WHO; 2017 [cited 2016 Apr 02]. Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/

22. Ministério da Saúde (BR), Sistema de Informação de Agravos de Notificação. O Sinan [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 Apr 02]. Available from: <http://portalsinan.saude.gov.br/>

23. Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva, CS, Andreazzi, MAR, Crespo C, et al. Violence exposures by school children in Brazil: results from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE). *Ciênc Saúde Coletiva*.

2010 Oct; 15(Suppl 2):3053-63. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800010>

24. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2010: anatomia dos Homicídios no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2010 [cited 2016 Apr 21]. Available from: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2010/MapaViolencia2010.pdf>

25. Cecilio LPP, Garbin CAS, Roviada TAS, Queiróz APDG, Garbin AJI. Interpersonal violence: descriptive study of not fatal cases assisted in an emergency reference unit to seven municipalities of the state of São Paulo, Brazil, from 2008 to 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012 June; 21(2):293-304. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000200012>

26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf

27. Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Women interned due to aggression at an emergency hospital: (in)visibility of violence. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 June; 31(2):328-34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200018>

Submissão: 16/05/2017

Aceito: 10/11/2017

Publicado: 15/12/2017

Correspondência

Rafaela Almeida da Silva
Avenida João Leal Sales, 570
Bairro Centro
CEP: 45315-000 – Milagres (BA), Brasil