



**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL*

Samara Rodrigues Souza

CARACTERÍSTICA DO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO NO SERVIÇO PRÉ-  
HOSPITALAR FIXO: revisão de literatura

Palmas-TO

2019

Samara Rodrigues Souza

CARACTERÍSTICA DO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO NO SERVIÇO PRÉ-  
HOSPITALAR FIXO: revisão de literatura

Trabalho elaborado e apresentado como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Simone Sampaio da Costa.

Palmas-TO

2019

Samara Rodrigues Souza

CARACTERÍSTICA DO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO NO SERVIÇO PRÉ-  
HOSPITALAR FIXO: revisão de literatura

Trabalho elaborado e apresentado como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de Enfermagem do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Simone Sampaio da Costa

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Simone Sampaio da Costa  
Orientadora CEULP/ULBRA

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Tatiana Peres Santana Porto Wanderley  
Examinador – CEULP/ULBRA

---

Prof<sup>ª</sup>. Mestre Jaminuam Aucê do Nascimento Madame  
Examinador – CEULP/ULBRA

Palmas-TO

2019

... Primeiramente a Deus por ser essencial em  
minha vida, o autor do meu destino, meu guia,  
criador e amparo em todos os momentos. Aos  
meus pais que são os provedores da minha  
realização.

Com amor, dedico!

## AGRADECIMENTOS

Gratidão á Deus, Ele que me deu fôlego e vontade para alcançar meu objetivo, forças para passar por todos os obstáculos, me capacitando e dando sabedoria a cada dia. Me deu colo nos dias que a angústia falava mais alto, enxugou minhas lágrimas quando o desespero era grande e me deu consolo e forças para seguir adiante e aqui estou eu... obrigado Senhor, por tudo.

Dedico essa conquista aos meus pais, que tiveram grande parcela nisso, eles que me ensinam a ser forte, sem perder a doçura, e acreditar nos meus sonhos. Lutaram arduamente e não mediram esforços para que eu chegasse até aqui, são minha inspiração diária de força, determinação e garra. Me faltam palavras para agradecer por todo amor, carinho, cuidado e dedicação que sempre tiveram por mim, espero um dia poder retribuir tudo isso. Fica aqui todo o meu amor e gratidão por ter vocês sempre comigo!

Aos meus familiares (irmãs, avós, tios (as), primos (as), sogro (a), cunhada) e amigos de longa data, que de uma forma especial sempre me apoiaram com palavras de carinho e incentivo, alguns mesmo de longe, não deixavam de passar uma mensagem de incentivo e palavras positivas, fica aqui o meu muito obrigado! Todo apoio e energias positivas que vocês desejavam, contribuíram muito para o meu crescimento como pessoa e profissional.

Um agradecimento Especial ao meu esposo e meus sogros, pela paciência e compreensão pelos momentos que eu precisei me ausentar para construir esse projeto, por todo amor dedicado a mim, pelas orações, pelos abraços nos dias de dificuldade e palavras carinhosas de incentivo nos dias em que eu pensava em desistir.

Aos meus amigos (as) “da faculdade para a vida” ... minha Eterna gratidão por trilharem esse caminho juntos comigo, sozinha tenho certeza que a caminhada seria mais difícil e dolorosa. Vocês que estiveram lado a lado comigo nos momentos de angústia e dor, nos choros e nas alegrias, nas noites em claro de estudos, até nas saidinhas para “tomar uma” ... ninguém soltou a mão de ninguém! E chegou o momento de comemorarmos essa Vitória juntos.

A minha amiga e orientadora Simone Sampaio, muito obrigado por tamanha dedicação, conselhos e ensinamentos ao longo da vida acadêmica e construção do nosso projeto, você é exemplo de profissional e ser humano, a qual eu admiro muito e levarei comigo por toda vida.

Meus singelos agradecimentos a minha banca composta por excelentes profissionais, Tatiana Porto e Jaminuam Aucê, obrigada por aceitar o convite. Vocês que contribuíram de uma forma especial para a minha formação acadêmica, com palavras de aprimoramento e incentivo. Obrigada de coração!

## RESUMO

SOUZA, Samara Rodrigues. **Característica do atendimento pediátrico no serviço pré – hospitalar fixo: revisão de literatura.** 2019. 43f. Trabalho de Conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Enfermagem, Bacharelado, Centro Universitário Luterano de Palmas CEULP/ULBRA, Palmas/TO.

O paciente pediátrico possui características muito peculiares, que o diferenciam significativamente do paciente adulto. A cada etapa, a criança fica vulnerável a diferentes riscos, isso requer uma série de cuidados, ressaltando ainda que a mesma não possui pleno entendimento sobre o grau da situação de perigo no qual estão expostos. Dessa forma, as Unidades de Urgência e Emergência são ambientes de assistência à saúde onde é prestado o cuidado a pacientes em estado crítico que necessitam de cuidados individualizados e especializado. Conhecer o perfil das crianças atendidas no Serviço Pré-Hospitalar fixo, nos permite possibilidades de planejamentos voltados à demanda priorizando uma melhor assistência, podendo acrescentar conhecimentos que possibilitem um melhor desempenho frente aos aspectos mais complicados das urgências e emergências pediátricas. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil das crianças que são atendidas no Serviço Pré-Hospitalar fixo segundo a literatura. Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, de revisão narrativa de literatura, cuja amostra foi fixada em 20 artigos que se fizeram relevantes, e verificou-se que as crianças do sexo masculino são mais vulneráveis e expostas aos riscos, sendo o ambiente doméstico o local mais favorável a isso. A pesquisa evidenciou que ainda é necessário ações voltadas à promoção à saúde e prevenção, de forma que diminua a ocorrência de acidentes na população infantil. Tais intervenções podem ser realizadas por meio de orientações individuais nas atividades de puericultura ou coletivas nas escolas e comunidades, conferindo aos pais e cuidadores o conhecimento necessário para a prevenção de acidentes na infância.

**Palavras-chave:** UPA.Urgência e emergência.Pediatria.

## ABSTRACT

SOUZA, Samara Rodrigues. **Characteristic of pediatric care at the fixed prehospital service: literature review.** 2019. 43f. Preliminary Project for the Completion of Course of Course Completion Work I. Nursing Course, Bachelor's Degree, Lutheran University Center of Palmas CEULP / ULBRA, Palmas / TO.

The pediatric patient has very peculiar characteristics that significantly differentiate him from the adult patient. At each stage, the child is vulnerable to different risks, and this requires a series of precautions, emphasizing that they do not have a full understanding of the degree of danger in which they are exposed. Thus, the Urgency and Emergency Units are health care environments where care is provided to critically ill patients who need individualized and specialized care. Knowing the profile of children assisted in the fixed prehospital service, allows us possibilities of planning focused on demand prioritizing better care, and may add knowledge that enable better performance in the face of more complicated aspects of pediatric emergencies. This study aimed to describe the profile of children who are seen in the fixed prehospital service according to the literature. This is a descriptive, qualitative research, narrative literature review, whose sample was set in 20 relevant articles, and it was found that children (male) are more vulnerable and exposed to risks, with the home environment being the most favorable place for this. The research showed that it is still necessary actions aimed at health promotion and prevention, in order to reduce the occurrence of accidents in the child population. Such interventions can be carried out through individual guidance in childcare or collective activities in schools and communities, giving parents and caregivers the knowledge they need to prevent childhood accidents.

**Key words:** UPA. Urgência and emergência. Pediatria.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APH</b>	AtendimentoPré-Hospitalar
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CEP</b>	Comitê de Ética de Pesquisa
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CONTRAN</b>	Conselho Nacional de Trânsito
<b>DGES</b>	Diretória de gestão de educação em Saúde
<b>MP</b>	Ministério do Planejamento
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>RUE</b>	Rede de Atenção as Urgências e Emergências
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SBAIT</b>	Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado
<b>SBP</b>	Sociedade Brasileira de Pediatria
<b>SCQ</b>	Superfície Corporal Queimada
<b>SESAU</b>	Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCUD</b>	Termo de Compromisso para Utilização de Banco de Dados
<b>TOT</b>	Tubos Orotraqueais
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>ULBRA</b>	Universidade Luterana do Brasil
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>WCOD</b>	The World Congress on Drowning



## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Produções literárias que respondem os objetivos específicos desta pesquisa.....26

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Fatores de risco para acidentes na infância segundo a literatura.....	30
<b>Tabela 2.</b> Os principais acidentes infantis atendidos pelo serviço pré-hospitalar fixo, segundo a literatura.....	32
<b>Tabela 3.</b> Condutas adequadas no momento de cada atendimento pediátrico no Serviço Pré-Hospitalar Fixo.....	33

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA .....	11
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA .....	12
1.3 JUSTIFICATIVA .....	12
1.4 OBJETIVOS .....	13
<b>1.4.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>1.4.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
2.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL .....	14
2.2 ACIDENTES PEDIÁTRICOS .....	15
<b>2.2.1 Acidentes por queimadura.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.2 Acidentes por choques elétricos .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.3 Acidentes por quedas .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.4 Acidentes por intoxicação .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.5 Acidentes de trânsito .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.6 Trauma .....</b>	<b>19</b>
2.3 SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR FIXO .....	20
<b>2.3.1 Urgência e Emergência .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3.2 Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE) .....</b>	<b>20</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
3.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO .....	24
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	24
3.3 FONTE DE DADOS .....	24
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	24
3.5 ESTRATÉGIAS DA PESQUISA .....	25
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>26</b>
4.1 IDADE MAIS SUSCETÍVEL A OCORRÊNCIA DE INJÚRIAS.....	34
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>37</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Pode-se definir o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Fixo como um meio de suporte a vida através de um conjunto de procedimentos técnicos realizados ao paciente necessitado de atendimento de urgência e emergência. Nesse tipo de assistência se faz necessário a monitorização rigorosa dos parâmetros vitais, cuidados intensivos, conhecimento teórico prático, habilidade e assistência de enfermagem contínua (LÚCIO; TORRES; GUSMÃO, 2013).

As manobras citadas acima podem ser executadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, Serviços de Diagnóstico e Terapias, também, pelas Unidades não Hospitalares de Atendimentos às Urgências. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h constituem-se como o modelo de APH fixo mais comum e de maior utilização em casos de urgência/emergência. Criada pelo Ministério da Saúde para reorganizar, qualificar e fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no país (MAIA et al., 2014; BRASIL, 2019).

Dentro do APH fixo existem também os serviços de emergências pediátricas, eles acolhem crianças com necessidade de atendimento imediato. Nestes locais é oferecida uma variedade de serviços que visa atender melhor a demanda desse grupo, garantir todas as manobras de sustentação a vida e com condições de dar continuidade assistencial ao local ou em outro nível de complexidade (MARTINS; BATISTA, 2014).

A fase da infância é marcada por intensas mudanças físicas e psíquicas, essas transformações os deixam vulneráveis a riscos, por essa razão necessitam de uma equipe especializada na assistência em situação de urgência e emergência, pois a tomada de decisão adequada reduz possíveis sequelas e agravos, contribuindo com a sobrevivência (RIBEIRO, 2009; MAGALHÃES, 2011; SANTOS; LIMA, 2011).

Nesse contexto, o objetivo consiste em conhecer o perfil das crianças atendidas no Serviço Pré-Hospitalar fixo, nos permite possibilidades de planejamentos voltados a demanda priorizando uma melhor assistência, podendo acrescentar conhecimentos que possibilitem um melhor desempenho frente aos aspectos mais complicados das urgências e emergências pediátricas.

## 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual o perfil das crianças atendidas no Serviço Pré-Hospitalar fixo segundo a literatura?

## 1.3 JUSTIFICATIVA

Visto que as crianças, de forma geral são mais vulneráveis, pois não conseguem distinguir uma situação de perigo e por isso estão mais expostas a inúmeras situações e riscos, tais como: acidentes de transporte, quedas, queimaduras, violências, lesão auto provocada, agressão/maus tratos, intoxicação por produtos químicos, engasgo, entre outros. Em razão disso, eles necessitam de um olhar diferenciado e mais amplo sobre o atendimento pediátrico realizado por profissionais especializados na área.

Dentre os profissionais que atuam no cuidado da criança e da sua família destaca-se a equipe de enfermagem, composta pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares. Esses permanecem com os pacientes por um período maior e prestam uma assistência direta, exigindo dos mesmos, características diferenciadas (NASCIMENTO et al., 2017).

A escolha do tema deu-se após cursar a disciplina da saúde da criança, devido ter percebido que a grande vulnerabilidade e a dependência de uma observação constante, pois as crianças são mais vulneráveis e frágeis e estão expostas a diversas situações de perigo que são próprias da idade, sendo um período de descoberta e os acidentes são comuns nessa fase da vida.

Com a realização da disciplina de práticas de atendimentos de urgência e emergência tornou-se mais forte o interesse pelo tema, devido à abordagem em que os enfermeiros e outros profissionais de saúde com a conduta correta são capazes de salvar vidas. Visto através de leituras que, podemos identificar quais os riscos que essas crianças estão expostas e assim poder minimizar esses fatores, contribuindo para melhoria na assistência, enriquecimento da literatura, colaboração na formação acadêmica e também para os profissionais.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil das crianças que são atendidas no Serviço Pré-Hospitalar fixo segundo a literatura.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar, com base na literatura, os fatores de risco para acidentes na infância;
- Apontar os principais acidentes atendidos pelo Serviço Pré-Hospitalar Fixo;
- Descrever as condutas adequadas no momento de cada atendimento pediátrico no Serviço Pré-Hospitalar Fixo;
- Indicar, segundo a literatura, a idade mais suscetível a ocorrência de injúrias.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O desenvolvimento humano representa um processo sequencial e contínuo que está relacionado à idade cronológica de cada indivíduo. Cada fase possui suas diferenças anatômicas, potenciais de riscos, mudanças biológicas e psicossociais (WILLRICH et al., 2009).

São considerados recém-nascidos pessoas com idade de 0 a 1º mês de vida. Já a infância corresponde ao 2º mês de vida até os 12 anos. A criança é um ser humano em desenvolvimento, apresenta funções orgânicas e anatomia característica, que proporciona a esse grupo maior risco a adoecimento, a quedas, a traumas e outros danos que podem afetar sua existência e qualidade de vida (TAVANO, 2008).

Ao se iniciar a vida, ainda como recém-nascido, o indivíduo começa vivenciar um “mundo” de descobertas, além de psicologicamente agir diferentemente de um adulto, os recém-nascidos apresentam proporções anatômicas peculiares, seja em tamanhos, formatos e volumes de regiões e órgãos. Eles possuem pouco controle sob o seu próprio corpo e seus movimentos são descoordenados (DIAS; CORREIA; MARCELINO, 2013).

De acordo com Tavano (2008), as crianças carecem de um atendimento especial e diferencial a do adulto, uma prova disso é, por exemplo, a anatomia do corpo infantil. Para melhor entendimento do conteúdo, segue abaixo algumas das particularidades anatômicas pediátricas:

- As vias aéreas da criança são maiores que a do adulto, a via aérea distal não está totalmente formada até 5 anos de idade, levando-os a um aumento da resistência periférica o que pode ocasionar insuficiência respiratória aguda, por aumento do trabalho respiratório;
- As vias aéreas dos recém-nascidos são mais suscetíveis à obstrução devido à imaturidade da musculatura abdominal não favorecer a tosse (o que pode ocasionar acúmulo de secreção e líquidos);
- O esterno é mais maleável e a musculatura intercostal e abdominal é pouco desenvolvida;
- A caixa torácica e o diâmetro Antero posterior do tórax também são maiores em relação ao adulto;
- Os ossos do quadril não estão fundidos. A fusão tende a ocorrer no início da idade adulta, por volta dos vinte anos.

## 2.2 ACIDENTES PEDIÁTRICOS

Os acidentes caracterizam-se como eventos não intencional e evitável, causadores de lesões físicas e emocionais que acarreta danos e sequelas a vítima, bem como de seus familiares (RAMOS; NUNES, 2013).

Nos últimos anos, o perfil da morbidade infantil vem mudando. Os problemas de saúde, antes relacionados a doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição, hoje, estão ligados também a exposição à violência, uso de drogas pelos pais/responsáveis, aumento da obesidade, sedentarismo, desigualdades econômicas, raciais e étnicos (SANTOS, 2014).

Apesar da preocupação por acidentes infantis ser antigo, os conceitos dos agravos por incidente só foram inclusos à literatura médica a partir do ano de 1970. Nesse sentido, entende-se que o conhecimento sobre a incidência dos acidentes, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, é necessário para que seja traçado planos de prevenção para cada faixa etária (AMARAL et al., 2009).

Malta et al. (2016), ainda classificam os fatores de risco para acidentes na infância em:

- Químicos: ocorrências pela ingestão de medicamentos, produtos de higiene, produtos de limpeza doméstica, etc;
- Físicos: acidentes por contato com líquidos quentes, estar próximo a locais perigosos como janelas, escadas, elevadores, banheiro, áreas de serviço, jardins, piscinas e cozinha com armários e gavetas contendo objetos cortantes e perfurantes;
- Biológicos: contato com plantas venenosas, animais domésticos, animais peçonhentos, insetos, roedores, entre outros;
- Estruturais: formação da família, fatores culturais, estilo de vida, hábitos e crenças.

Nota-se, através da literatura, que há maior predomínio de ocorrência de lesões em meninos em relação às meninas, isso explica pela diferença de atividades de cada gênero, no qual, o menino se expõe mais às atividades dinâmicas que envolvem risco, enquanto meninas possuem atividades mais brandas e apresentam mais ferimentos em membros inferiores, enquanto meninos mais no rosto e cabeça (BEM et al., 2009).

Os acidentes domésticos como afogamentos, quedas, queimaduras e intoxicações ainda são a principal causa de morte de crianças no Brasil. Na última década, houve queda nos óbitos de crianças na faixa etária de até 9 anos, no entanto os números ainda são preocupantes, pois boa parte dos acidentes poderiam ser evitados, segundo dados do Ministério da Saúde, as principais causas de mortes são por sufocação na cama, asfixia com



alimentos e outros, seguidos pelos afogamentos e exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (BRASIL, 2017).

Acredita-se que os acidentes domésticos são mais frequentes porque os pais ou tutores, nem sempre conhecem as limitações de cada fase da vida dos filhos, acreditam que dentro de casa a criança estará sempre segura. Comumente se verá adultos crentes que crianças possui entendimento sobre os riscos, no entanto até os 5 anos elas são levadas pela curiosidades, a criança só desenvolve a percepção de risco após dos 7 anos de idade (SBP, 2014).

De acordo com dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, entre setembro e outubro de 2011 aproximadamente 14.225 pessoas foram atendidas por causa de quedas, das quais, cerca de um quinto (24,1%) correspondia a crianças entre 0-9 anos de idade (BARCELOS et al., 2017).

À face do exposto, acredita-se que os acidentes infantis estão muitas vezes relacionados à negligência e imprudência dos responsáveis. Por esta razão, o entendimento de todos esses fatores relacionados aos incidentes evidencia a necessidade de disponibilizar recursos para a prevenção direcionada a cada faixa etária da população alvo em questão (MALTA et al., 2016).

No Brasil, já existem ações que visam à redução da morbimortalidade por acidentes e violência, recomendações realizadas pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, entre elas: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes; sistematização, ampliação e consolidação do APH aos acidentados, entre outras (BARCELOS et al., 2017).

### **2.2.1 Acidentes por queimadura**

Provocada pela ação direta ou indireta do calor sobre o corpo humano devido o contato com o agente causal, chamas, líquidos aquecidos, frio extremo substância químicas e radiação, as queimaduras caracterizam-se como lesões traumáticas causadas por agentes térmicos, químicos ou radioativos, causando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, pode atingir camadas mais profundas, como tecidos celulares subcutâneos, músculos, tendões e ossos. São classificadas de acordo com a profundidade em queimaduras de primeiro, segundo e terceiro Grau (BASTOS et al., 2010).

As lesões são avaliadas quanto à profundidade, extensão, localização, idade do paciente, doenças pré-existentes e possível inalação de fumaça. Em crianças acontecem normalmente quando derrubam conteúdos quentes sobre o próprio corpo como: leite, água,

óleo, caldos que estão sobre fogão ou locais que eles consigam acessar, como mesas ou quando fazem brincadeiras com fogo e também o uso de fogos de artifício. As queimaduras ocasionam traumas físicos e psicológicos, produz uma série de alterações locais que irão resultar no aparecimento de dor e mudanças na aparência (BASTOS et al., 2010).

A maior causa, de morte por trauma térmico, queimaduras químicas em crianças está associado por chama direta envolvendo álcool líquido, as ocorrências dá-se, em sua maioria no ambiente doméstico, quando os adultos não estão presentes. Os membros superiores e inferiores são as regiões do corpo mais afetadas (CANTARELLI-KANTORSKI et al., 2014).

Nas grandes queimaduras, há perdas plasmáticas consideráveis, necessitando, portanto, de urgência para a reidratação, que deve ser realizada via parenteral, devido ao grande risco de choque hipovolêmico. A reposição hidroeletrólítica é realizada por meio do cálculo que utiliza a fórmula de Parkland  $2 a 4 (ml) \times peso (kg) \times Superfície\ Corporal\ Queimada (SCQ)$ , sendo administradas nas primeiras 24 horas pós-trauma térmico (DAIBEM et al., 2011).

A ventilação mecânica invasiva é um recurso para pacientes com a função ventilatória comprometida. Para oferecer ao paciente esse tipo de recurso é imprescindível uma via aérea artificial, que pode ser Tubos Orotraqueais (TOT) e as cânulas de traqueostomia. Estes tubos ou cânulas apresentam na extremidade um manguito inflável conhecido como *cuff* ou *balonete*, que tem a função de vedação hermética (MILLAN et al., 2012).

### **2.2.2 Acidentes por choques elétricos**

O choque elétrico define-se pelo contato a corrente elétricas, o mesmo gera um conjunto de efeitos no corpo humano. Em média, os eventos ocorridos com extensões e fios elétricos são responsáveis diretamente pela grande maioria de queimaduras em crianças de 10 a 15 anos de idade. Alguns casos de choque estão diretamente associados ao contato com fios de alta tensão devido à prática do uso de pipas nas grandes metrópoles, pois sem grande espaço essas pipas acabam entrando em contato diretamente com fios elétricos de alta tensão (MOREIRA et al., 2009).

### **2.2.3 Acidentes por quedas**

Quando se trata de acidentes por quedas, a região mais atingida em crianças é a cabeça. Meninos com idade inferior a 08 anos são as principais vítimas de causas externas, sendo as queimaduras e as quedas os agentes etiológicos mais prevalentes. A maioria das

vítimas possui um único tipo de injúria, sendo os membros superiores, inferiores e a região da cabeça, face e pescoço as áreas do corpo mais lesionadas (CAVALCANTE et al., 2008; MALTA et al., 2016).

A queda refere-se a 46,9% dos casos de acidentes infantis, sendo mais comum em menores de 01 a 03 anos, que pode está associado ao fato das crianças ainda não serem capazes de se proteger, tal fator se justifica pela fase da maturação motora, cognitiva e psicossocial na qual se encontram essas crianças. Indivíduos com idade entre 04 a 12 anos são os mais envolvidos em acidentes, o traumatismo cefálico corresponde a mais prevalente causa de internação e óbito, seguidos por traumatismos de membros superiores e inferiores. Acredita-se que isso se dá devido o reflexo de proteção da cabeça provavelmente durante as atividades de lazer e esportes, próprios dessa faixa etária, destacando-se jogos, bicicleta, patins, bola, entre outros, que expõem mais os membros às lesões (GOMES et al., 2013).

#### **2.2.4 Acidentes por intoxicação**

As intoxicações são provocadas por substâncias tóxicas em decorrência da interação de um agente químico com o sistema biológico resultante da exposição a substâncias químicas encontrada no ambiente (plantas, animais peçonhentos, ou venenosos, agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso industrial, produtos de uso domiciliar) acidentes comuns na infância (PEREIRA et al., 2014).

O uso indevido e indiscriminado de medicamentos sem orientação médica é apontado como uma das causas mais comuns de intoxicações humanas registradas no país. As crianças são as maiores vítimas, pois sofrem com as consequências da prática da automedicação, erros de administração e prescrição médica inadequada. A maioria das intoxicações ocorre no próprio lar, por substâncias não armazenadas adequadamente. Além disso, outros eventos que estão associados à intoxicação infantil em menores de um ano de idade são por ingestão de produtos químicos, inseticidas, álcool, detergentes e outras substâncias tóxicas (WERNECK; HASSELMANN, 2009).

No Brasil as intoxicações medicamentosas em crianças de até 05 anos de idade, corresponde a cinco grupos medicamentosos: descongestionantes nasais, analgésicos, broncodilatadores, anticonvulsivantes e os contraceptivos orais. As causas podem incluir embalagens atrativas, sabor agradável ou mesmo ausência de embalagens adequadas ou a conduta dos pais no armazenamento e na administração de medicamentos. A população em

geral ainda possui pouco conhecimento da intoxicação infantil, fato que a própria residência permanece com elevado números de ocorrência dos envenenamentos (OMS, 2014).

### **2.2.5 Acidentes de trânsito**

O acidente de trânsito constitui-se na principal causa de morte acidental de crianças de 0 a 14 anos de idade no Brasil, em 2014 foram aproximadamente 1.654 mortes de crianças dessa faixa etária devido a esse tipo de acidente. A média nacional de mortes no trânsito desse segmento da população foi de 3,76 a cada 100 mil crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. As 12 capitais brasileiras com os piores indicadores são, respectivamente: Palmas (TO); Macapá (AP); Brasília (DF); Goiânia (GO); Rio Branco (AC); Belo Horizonte (MG); Campo Grande (MS); Belém (PA); Teresina (PI); Porto Velho (RO); Curitiba (PR) e Rio de Janeiro (RJ) (BRASIL, 2017).

Segundo o Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN, 2008):

“as crianças devem ser transportadas no carro de forma segura, bebês de 0 a 1 ano devem ser transportados no bebêconforto, no banco de trás, voltado para o vidro traseiro, crianças de 1 a 4 anos devem ser transportadas em cadeira especial no banco de trás, voltado para frente; crianças de 4 a 6 anos, devem usar os assentos de elevação (boosters), com cinto de segurança de três pontos, e serem conduzidas sempre no banco traseiro. Após os sete anos e meio, as crianças, no banco de trás, podem usar apenas o cinto de segurança de três pontos. Por lei, só é permitido sentar no banco da frente a partir dos 10 anos de idade e com cinto de segurança.” (CONTRAN, 2008, p.1)

### **2.2.6 Trauma**

O trauma representa a principal causa de morte e um dos maiores problemas de saúde pública mundial, tem baixo nível de sobrevivência e índice elevado de sequelas temporárias ou permanentes para quem sobrevive. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBAIT) o trauma é “...uma ou mais lesões, alteração estrutural ou fisiológica de parte ou de todo o corpo, resultante da exposição excessiva a uma energia ou da privação de uma energia essencial, ligados a acontecimentos não previstos, de forma violenta.” (FOLHA DE LONDRINA, 2014; SBAIT, 2016, p.23).

Existem diferenças e proporções variadas anatomicamente, fisiológicas e psicológicas entre doentes adultos e pediátricos, o qual influência de forma significativa na avaliação e no manejo do paciente em trauma. Entre as causas do trauma estão acidentes e a violência, configurando assim agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito. Em contraposto com os adultos, nas crianças, qualquer força aplicada é mais distribuída, fazendo com que lesões

múltiplas disseminem com maior facilidade através do seu corpo (VIEIRA, 2013; SBAIT, 2016).

### 2.3 SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR FIXO

O socorro emergencial teve início durante a guerra civil americana, onde muitos soldados morriam por falta de atendimento imediato. No Brasil, surgiu nos anos 80, após um acordo assinado com a França, quando o Ministério da Saúde optou pelo modelo francês de atendimento com influências do sistema americano de formação dos profissionais (COSTA et al., 2013).

O APH fixo distingue-se por ser uma modalidade de serviço diferente dos demais da área da saúde, pois, trata-se do atendimento em diversificado, cujo intuito é a promoção à saúde e prevenção de agravos e sequelas. É executado pelas UBS, Unidades de Saúde da Família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, Serviços de Diagnóstico e Terapias, também, pelas Unidades não Hospitalares de Atendimentos às Urgências (LÚCIO; TORRES; GUSMÃO, 2013; MAIA et al., 2014).

#### 2.3.1 Urgência e Emergência

Urgência e Emergência referem-se aos agravos à saúde que necessitam de atenção e cuidados da equipe multidisciplinar que deve garantir o bem-estar do paciente. Na urgência o agravo à saúde é proveniente de causa imprevista e que pode ou não oferecer risco eminente de morte, nesses casos indivíduo necessita de assistência médica imediata. Já na emergência os agravos à saúde implicam a vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Exemplos de emergência: Hemorragias, parada respiratória e parada cardíaca; luxações, torções, fraturas (dependendo da gravidade). A caracterização e o discernimento em distinguir os dois casos é crucial para manutenção da vida (MOURA et al., 2014).

#### 2.3.2 Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE)

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reorganizar a atenção à saúde em situações de Urgência e Emergência, definindo fluxos e as referências adequadas. É constituída pelas: Unidades Básicas de Saúde, UPA e outros serviços com funcionamento 24h, SAMU 192, portas hospitalares de atenção às urgências/emergências, enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos, inovações tecnológicas nas linhas de cuidado

prioritárias: Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC), traumas, e atenção domiciliar (BRASIL, 2019).

A RUE tem a finalidade de vincular os serviços de saúde como um todo, a mesma é amparada pela Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

#### 2.3.2.1 As Unidades de Pronto Atendimento (UPA's)

As Unidades de Pronto Atendimento define-se como um conjunto de serviços de urgência 24 horas, que deve ser implementada gradativamente em todo território nacional com base em critérios epidemiológicos e de densidade populacional (UCHIMURA et al., 2015).

De acordo com o Ministério do Planejamento (BRASIL, 2019), existem três Portes de UPA, sendo eles:

- Porte I: dispõe de no mínimo 7 leitos de observação com a capacidade de atendimento médio para 150 pessoas por dia. Uma população na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes;
- Porte II: possui em média 11 leitos de observação com uma capacidade de atendimento médio de 250 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes;
- Porte III: tem em média 15 leitos de observação com a capacidade de atendimento médio de 350 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Esse tipo de serviço foi criado para atuar como facilitadora aos serviços de urgência e emergência. O caso atendido pode ser solucionado no local, ou encaminhado para o hospital. As UPA's devem funcionar 24 horas por dia, 7 dias por semana, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológicos suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (UCHIMURA et al., 2015).

Podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas e cortes com pouco sangramento, quedas, cólicas renais, crises convulsivas, queimaduras, choque elétrico, acidentes de trânsito, agressões físicas, vômitos entre outros.

Oferecem estrutura simplificada como raio-x, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Estima-se que 97% dos casos de agravos a saúde são solucionados na própria unidade (BRASIL, 2019).

Ela deve prestar atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, estabilizar os pacientes e realizar investigação para diagnóstico inicial, e assim definir a conduta necessária para cada caso. Se necessário, deve manter o paciente em observação por um período de até 24 horas, após esse tempo precisam encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas como garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial (BRASIL, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde compete a UPA:

Compete a UPA sempre acolher os usuários e seus familiares; trabalhar articulada com a REDE de Atenção Básica, SAMU 192, Hospitais, apoio diagnóstico e terapêutico, construindo fluxos de referência e contrarreferência regulados pelas Centrais de Regulação e ou Complexo Regulador. Deve ser resolutiva para atender quadros agudos e ou crônicos agudizados, prestar o primeiro atendimento nas urgências visando a estabilização dos casos e avaliando a necessidade do encaminhamento para hospitalização. Alguns pacientes podem permanecer em observação até a alta ou referenciamento para outra unidade. Deve se trabalhar com classificação de risco atendendo os pacientes mais graves, com risco de morte (BRASIL, 2017, p.1).

O atendimento nas UPA's é direcionado pelo sistema de acolhimento com classificação de risco e-SUS (Sistema Único de Saúde), uma ferramenta utilizada para avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, através de um sistema semafórico, de acordo com a gravidade clínica, potencial de riscos e agravos à saúde ou grau de sofrimento, em que o paciente de cor verde corresponde ao atendimento de menor gravidade, sem risco de morte, com atendimento previsto em até 120 minutos; o de cor amarela representa urgência de gravidade maior, com atendimento previsto em até 60 minutos; o de cor vermelha representa emergência, com risco de morte, o que determina o seu atendimento imediato; e o de cor azul representa caso que não se enquadra no perfil de urgência e emergência, ou seja, que deve ser levado ao atendimento nos Centros de Saúde de Comunidade mais próximo ao domicílio do cidadão (PREFEITURA DE PALMAS, 2019).

## 2.4 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 358/09 determina a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do 19 Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (COFEN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) caracteriza-se como uma estrutura teórica e científica, que propicia a continuidade do cuidado, como também, a qualidade da assistência em enfermagem. Representa um conjunto de processos e atividades cujo objetivo consiste na profissionalização da assistência ao paciente por meio de instrumentos de trabalho que auxiliam a tomada de decisão para execução de cuidado baseado em evidência, holístico e constante. A SAE é empregada através do Processo de Enfermagem (PE) (ALMEIDA et al., 2012).

A assistência de enfermagem é de suma importância, pois desde a entrada no atendimento de urgência e emergência no pronto socorro até a alta, o enfermeiro está apto a desenvolver uma assistência de qualidade e segura, fazendo com que o paciente melhore sua qualidade de vida e tenha o melhor atendimento. Os enfermeiros que atuam nesses serviços são responsáveis, entre outras atividades, pela gerência do cuidado, que envolve a administração de recursos, a coordenação e articulação do trabalho da equipe de enfermagem, além da intermediação entre a família e a equipe de atendimento (SANTOS; LIMA, 2011).

O Processo de Enfermagem orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, permite analisar o estado de saúde, assim, proporcionar a assistência adequada para execução de medidas de proteção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde (SOARES; CÂNDIDO, 2014).



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativo, de revisão narrativa de literatura. Segundo Cordeiro et al. (2007), a revisão de literatura narrativa, possui temática aberta sem protocolos rígidos na sua elaboração. As fontes são menos abrangentes, e as buscas não são específicas, dando ao autor direito de escolha em sua seleção, além de interferência no que se refere a percepção do material lido.

#### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A busca nas bases de dados permitiu identificar 59.177 artigos na base de dados seguindo os seguintes descritores DESC (Descritores em Ciência de Saúde): Atendimento Pré-Hospitalar, Pediatria, Urgência e Emergência. para leitura e seleção da amostra, após análise dos textos foram selecionados 38 materiais acadêmicos encontrados, entretanto, a amostra foi fixada em 20 materiais acadêmicos que contemplam os objetivos e os critérios de inclusão e exclusão.

#### 3.3 FONTE DE DADOS

A pesquisa foi realizada via aparelho eletrônico (celular e notebook) na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

#### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão:

- a) Foram considerados como critérios de seleção da população do estudo:
- b) Procedência nacional;
- c) Postagem no período de 2009 até 2019;
- d) Idioma em português;
- e) Conteúdos que retrataram o tema em questão;
- f) Atendimentos de crianças até 12 anos como preconiza a SBP.

Dos critérios de Exclusão. Foram excluídos os materiais bibliográficos que:

- a) Não disponibilizaram o artigo e/ou material na íntegra;
- b) Artigos repetidos que já tenham sido citados em outra base de dados;
- c) Materiais sem data de publicação;

### 3.5 ESTRATÉGIAS DA PESQUISA

Para examinar os materiais literários pesquisados, primeiro foi feita uma leitura criteriosa dos textos, em seguida, realizou-se a observação do conteúdo teórico de cada um deles de forma que permitiu responder todos os critérios contidos nos objetivos, como também no tema. A coleta de dados baseou-se na: identificação do artigo original dos autores; fonte de localização; análise de conteúdo.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na busca pelo fundamento teórico desse estudo, foi realizado uma pesquisa literária em artigos, manuais, monografias, dissertações e teses a partir de característica do atendimento pediátrico no serviço Pré-Hospitalar Fixo, partindo daí múltiplas discussões sobre o assunto. Para isso, foi possível elaborar um quadro com 20 artigos, em ordem cronológica decrescente entre os anos de 2019 a 2009.

O quadro 1 é um demonstrativo das produções literárias, em ordem decrescente, achadas nas bases de dados que respondem os objetivos específicos desta pesquisa.

Quadro 1- Demonstrativo das produções literárias, em ordem decrescente, achadas nas bases de dados que respondem os objetivos específicos desta pesquisa

<b>Ano</b>	<b>Autor</b>	<b>Título</b>	<b>Periódico</b>	<b>Resultados Principais</b>
2019	TONIOLLI, V. et al.	Fratura condilar em criança de 4 meses: relato de caso.	Revista RFO UPF	O estudo refere-se a um quadro clínico de uma criança de 4 anos com fatura condilar. Nele o pesquisador fala sobre a ação adequada a se tomar diante de uma paciente infantil vítima de queda.
2017	BARCELOS, R. S. et al.	Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004	Cad. Saúde Pública	Para os autores o acidente infantil constitui em umas das principais causas de morte para esse grupo.
2016	NEVES, F. G. et al.	O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes	Escola Anna Nery	Os autores relatam a importância da conduta adequada no atendimento ao paciente na criação de vínculos de confiança, fator importante para recuperação.
2015	FARAH, A. C. F.	Análise das internações por causas externas não intencionais em menores de 15 anos em Florianópolis - SC.	Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Santa Catarina centro de Ciências da	Para o pesquisador, o que mais influência para a ocorrência de acidentes em crianças é a idade. A maturidade e o conhecimento estão diretamente ligados aos eventos.

			Saúde.	
2013	MARTINS, C. B.G.	Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. Brasília.	Revista Brasileira de Enfermagem	De acordo com Martins (2013), o ambiente doméstico constitui no maior fator de risco para acidentes em crianças. Para ele o próprio espaço deixa mais vulnerável a acidentes químicos, físicos e ambientais.
2013	DIAS, M. P. et al.	Identificação dos fatores de risco para acidentes na primeira infância no contexto creche	Revista APS.	Os pesquisadores descobriram que os maiores riscos para acidente doméstico estão relacionados ao calçado das crianças.
2013	TAVARES, É. O. et al.	Fatores associados à intoxicação infantil.	Escola Anna Nery	Os autores relatam que a maior causa de internação de crianças está ligado a acidentes domésticos. Os mesmos afirmam que o lar e o que contem nele corresponde ao maior fator de risco para acidentes em crianças.
2013	COSTA, P. C. et al.	Assistência pré-hospitalar pediátrica realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	Biblioteca Virtual em Saúde	Os autores enfatizam a importância do atendimento pré-hospitalar voltado para a crianças. Eles relatam que esse grupo necessita de um olhar mais atendo, tendo em vista que estão sob constante situação de risco a acidentes.
2013	GOMES, L. M. et al.	Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância.	Mundo Saúde	Os pesquisadores relatam que a própria casa possui meios que causam acidentes na população infantil.
2013	RAMOS, L.C.; NUNES, L.R.;	Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças.	Revista de Enfermagem	Os autores apontam que crianças do sexo masculino estão mais sujeitos a acidentes que as meninas. Isso se dá pela cultura onde o homem precisa “aprender” desde cedo a ser

				“forte”.
2012	MILLAN, L.S. et al.	Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de São Paulo.	Revista Brasileira de Cirurgia Plástica	Os autores relatam que a queimadura em crianças consiste em um evento de alta preocupação para a saúde pública, visto que, a maioria dos casos ocorrem dentro do próprio lar.
2012	GOMIDE, M. F. S. et al.	Perfil dos usuários a serviço do pronto atendimento	Medicina (Ribeirão Preto)	Segundo os autores, a melhor conduta inicial em um atendimento se refere a primeiramente tratar a dor.
2011	OLIVEIRA, F. M. C. S. N. et al.	Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem.	Aquichan	De acordo com a pesquisa, em uma conduta, não se deve esquecer de aproveitar oportunidades em falar sobre os métodos preventivos, afim de se evitar os fatores de risco.
2011	SILVEIRA, D. C.; PEREIRA, J. T.	Acidentes prevalentes em crianças de 1 a 3 anos em um pronto-socorro de Belo Horizonte no ano de 2007.	Reme – Revista Mineira de Enfermagem	Para os autores, o acidente pueril deve ser julgado pelos profissionais da saúde como o grave problema público que é. O mesmo é responsável pela morte prematura de crianças, tal fator é altamente prevenível, o que falta são medidas eficazes que levam informações e conscientização aos familiares.
2010	WAKSMAN, R. D.; BLANK, D.; GIKAS, R. M. C.	Injúrias ou Lesões Não-intencionais “Acidentes” na Infância e na Adolescência.	Medicina net.	Para os autores o fator de risco universal para acidentes na infância, constitui na pobreza, segundo eles a pobreza deixa a criança vulnerável e exposto a queimaduras, atropelamento, afogamento, etc. isso decorrente ao ambiente onde habitam, muitas vezes, desfavorável a segurança.
2010	MACHADO FILHO, J. A.	Perfil clínico-epidemiológico das	Revista Brasileira em	Os autores concluíram que é necessário que tanto gestores,

	et al.	crianças e adolescentes hospitalizados por traumatismo crânio encefálico.	Promoção da Saúde	quanto profissionais se conscientizem sobre o atendimento de crianças traumatizadas, analisando sua gravidade.
2009	MOREIRA, B. F. C. et al.	Fatores de risco para queimaduras e choque elétrico em crianças no ambiente domiciliar.	Revista reme	Para os pesquisadores, o ambiente doméstico institui no ambiente de maior fator de risco para acidentes, principalmente choque elétrico e queimaduras.
2009	MALTA, D. C. et al.	Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 2007.	Ciência & Saúde Coletiva	O estudo afirma que são múltiplos os fatores ligados a acidentes na infância. No qual o próprio lar corresponde ao local de maior risco.
2009	AMARAL, E. M. S. et al.	Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil.	Revista Inst. Ciênc. Saúde	Para os autores os acidentes na infância devem ter uma atenção especial devido ao número de mortes que causa.
2009	WERNECK, G. L.; HASSELMA NN, M. H.	Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro.	Revista da Associação Médica do Brasil	Os autores relatam que a intoxicação em crianças consiste em comum e de alto risco a saúde, visto que, a maioria dos casos ocorrem dentro do próprio ambiente doméstico.
2009	BEM, M. A. M. et al.	Epidemiologia dos pequenos traumas em crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão.	Arquivos Catarinenses de Medicina	Para os autores os acidentes em crianças configuram-se como um grave problema de saúde pública. Devendo receber uma atenção sistematizada dos profissionais, visando promover medidas de prevenção.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Os acidentes têm-se revelado como uma das principais causas de incapacidades e óbitos em crianças. Está relacionado a vários fatores interligados ao agente lesivo, o indivíduo lesionado e o ambiente. O indivíduo lesionado, nesse caso a criança, deve ser observado levando em consideração a idade, o sexo, a etapa de desenvolvimento e o ambiente em que vive (SILVEIRA; PEREIRA, 2011).

De acordo com Waksman; Blank; Gikas (2010) os acidentes em criança ocorrem a partir do 1º ano de vida, quando a criança começa explorar o espaço. Os autores afirmam que a causas externas são as principais causas de mortes em crianças do que a soma de todas as principais doenças.

Para melhor compreensão deste conteúdo, elaboramos 4 gráficos, cada um discutido de acordo com os materiais encontrados na base de dados.

Tabela 1. Fatores de risco para acidentes na infância segundo a literatura

<b>Fatores de risco</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ambiente doméstico	05	29,4
Sexo	05	29,4
Idade	02	11,7
Pobreza	02	11,7
Calçado	01	5,9
Supervisão inadequada	01	5,9
Personalidade (hiperatividade, agressividade e distração)	01	5,9
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

A tabela 1 demonstra os fatores de risco relacionados aos acidentes na infância, segundo a literatura, nota-se houve prevalência nos domínios Ambiente doméstico e sexo equivalendo a 29,4% (n=5) dos achados. Justifica-se um total de 17 nesta tabela pelo motivo do mesmo artigo apresentar mais de um fator de risco.

Ramos e Nunes (2013) na análise de pesquisa sobre “Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças”, observaram que as crianças possuem algumas características própria (idade, sexo e ambiente). Eles acreditam que dentre diversos fatores, o sexo da criança parece estar diretamente relacionado com o risco de acidentes, com isso, concluíram que as crianças do sexo masculino apresentam maior probabilidade de sofrerem lesões não intencionais.

Waksman; Blank; Gikas (2010) e Malta et al. (2009) corroboram essa afirmação quando dizem que crianças do sexo masculino estão mais sujeitos a riscos que as meninas.

Amaral et al. (2009) em sua pesquisa sobre acidentes com crianças, constatou que 60% da ocorrência de acidentes ocorre em Meninos.

Para Costa et al. (2013), o predomínio do sexo masculino entre as vítimas pode ser justificado pelos diferentes comportamentos de cada sexo e por fatores culturais, que determinam maior liberdade aos meninos e maior vigilância sobre as meninas. Esse comportamento cultural acaba por levar os meninos a realizar atividades com menor supervisão. As afirmações condizem a 29,4% (n=5) dos materiais encontrados, podendo ser verificado na tabela acima.

O fator ambiente doméstico aparece em 5 dos artigos encontrados, equivalendo a 29,4% (n=5) dos materiais encontrados. Tavares et al. (2013) acreditam que o acidente doméstico tem sido uma das principais causas dos atendimentos, internações, incapacidades e óbitos em crianças, em vários países, e tem contribuído, de forma considerável, para manter elevada taxa de morbimortalidade infantil.

Segundo Martins (2013), o ambiente doméstico pode contribuir para desencadear diversos tipos de acidentes, pois a residência apresenta grande número de produtos e situações facilitadoras para a ocorrência desses eventos.

Em confirmação, Moreira et al. (2009) afirmam que o ambiente doméstico é hostil às crianças, tendo em vista que instrumentos cortantes, móveis, janelas, painéis contendo alimentos fumegantes, fósforo, garrafas de detergentes e produtos tóxicos deixados embaixo da pia da cozinha são atrativos especiais para crianças, contribuindo de modo efetivo para aumentar o número de crianças lesionadas.

Corroborando, Amaral et al. (2009) e Gomes et al. (2013), asseguram que o ambiente domiciliar representa o principal local de ocorrências de injúrias, pois é o de maior permanência da criança.

Já Farah (2015) acredita que dentre os fatores de risco, o que mais predomina é a idade, pois há injúrias físicas específicas para cada faixa etária, sendo assim, quanto menor a idade mais riscos se expõem.

Malta et al. (2009) dizem que a idade diz respeito ao nível de maturidade e experiência, existe fase que a tendência é imitar os adultos sem ao menos terem consciência dos riscos que estão se submetendo.

O fator de risco por idade equivale a 11,7% (n=2) dos materiais obtidos, nota-se que para os dois autores acima quanto mais madura a criança for, cada vez menos ela se coloca em situação de risco.



Waksman; Blank; Gikas (2010) os autores definem a pobreza como um dos principais fatores de risco para acidentes. Isto é, crianças pobres constituem grupo de risco para atropelamento, queimaduras, afogamento e lesões físicas em geral, devido às condições ambientais desfavoráveis, tais como promiscuidade, ausência de locais adequados para recreação, moradias próximas a vias de tráfego intenso e sem controle de velocidade. Barcelos et al. (2017) corrobora esta afirmação quando diz que a pobreza constitui em um dos principais fatores de risco, pois a condição de vida, põe, em muitos casos, a criança em situação de periculosidade. As afirmações correspondem a 11,7% (n=2) dos achados como pode ser visto na tabela 1.

Todavia, para Barcelos et al. (2017) os fatores como a supervisão inadequada e a personalidade infantil contribuem diretamente para ocorrência de acidentes, condizendo então com 5,9% (n=1) dos matérias identificados.

Dias et al. (2013) acredita que os calçados, 5,9% (n=1), são os principais fatores de risco para acidentes como a queda, a qual aumenta o risco de fraturas e traumatismo. Sabe-se que o uso de sapatos ou meias deslizantes, calçados com solado emborrachado que aderem fortemente aos tapetes ou assoalhos contribuem para que os infantes caiam com mais facilidade.

Entendemos que os fatores de risco é tudo ou qualquer coisa que põe a vida ou a saúde em situação de agravo. Como está ilustrado na tabela 1, existem algumas condições que aumentam ainda mais as chances de pôr uma criança em circunstâncias de injúria. Diante disso, a pesquisa mostra-se satisfatória visto que alguns fatores de risco se apresentaram em mais de uma produção literária.

Tabela 2. Os principais acidentes infantis atendidos pelo serviço pré-hospitalar fixo, segundo a literatura

<b>Principais Acidentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Queda	4	57,1
Queimadura	2	28,6
Intoxicações	1	14,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

A tabela 2 demonstra os principais acidentes infantis atendidos pelo serviço pré-hospitalar fixo, segundo a literatura. Observa-se houve prevalência no domínio Quedas com 57,1% (n=4) dos achados.

Amaral et al. (2009) acredita que os acidentes atendidos são em sua maioria por quedas, e que dependem muito da idade, ou seja, no período pré-escolar predominam os acidentes por quedas e atropelamentos, na idade escolar os acidentes por bicicleta e atropelamentos. Segundo os autores, acidentes por queda correspondem a 90% dos casos atendidos. Reafirmando, Gomes et al. (2013) diz que o acidente mais comum nessa fase ocorre em decorrência a quedas.

Em validação Malta et al. (2009) e Machado filho et al. (2010) afirmam que a queda representa a maior frequência de atendimentos de emergência por causas externas, além do mais, no que se refere à mortalidade por esta causa, ocupam a primeira posição entre crianças de um a nove anos de idade. Tais afirmações correspondem a 57,1% (n=4) dos materiais encontrados, como pode ser visto na tabela 2.

No entanto, para Moreira et al. (2009), a queimadura é um tipo de injúria que predomina no Atendimento Pré-Hospitalar. Millan et al. (2012) diz que no Brasil não existem estatísticas precisas sobre a incidência de queimaduras em crianças, apesar disso, configura-se em umas das principais causas de morbidade e mortalidade para este grupo. Sendo assim, “queimadura” diz respeito a 28,6% (n=2) do material encontrado.

Já Werneck; Hasselmann (2009) acredita que crianças formam um grupo particularmente vulnerável às intoxicações acidentais, 14,3% (n=1), principalmente devido à curiosidade inerente à cada idade, elas exploram o ambiente de forma íntima com todos os sentidos, o que favorece o contato e a ingestão de agentes tóxicos.

Tendo e vista que são múltiplos os causadores de acidentes na infância, o resultado da pesquisa foi insatisfatório, logo, nota-se que há uma limitação em trabalhos e pesquisas que aborde o conteúdo.

Tabela 3. Condutas adequadas no momento de cada atendimento pediátrico no Serviço Pré-Hospitalar Fixo

Condutas adequadas	n	%
Medicamentosa	1	20,0
Humanização	1	20,0
Prevenir	1	20,0
Avaliar possíveis fraturas	1	20,0
Observar sinais de trauma	1	20,0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

A tabela 3 retrata as condutas adequadas no momento de cada atendimento pediátrico no Serviço Pré-Hospitalar Fixo. Nota-se que houve singularidade nos resultados, no qual, todos correspondem e 20% (n=1) dos achados.

Em relação as condutas Gomide et al. (2012) diz que a terapia medicamentosa consiste no primeiro e principal atitude a ser realizada. Apesar de não resolver, em sua maioria, a queixa de casos agudos, o medicamento funciona como uma resolução a curto prazo.

Neves et al. (2016) diz que a conduta adequada constitui-se primeiramente, no atendimento humanizado através de uma comunicação efetiva, Assim, se estabelece uma relação de ajuda, confiança e cria-se um vínculo entre os profissionais, crianças e acompanhantes, o que facilita o processo do cuidado.

Oliveira et al. (2011) acredita que apesar do APH ser de uso curativo, se faz necessário, em situações oportunas trabalhar os aspectos relativos a prevenção.

Segundo Toniolli et al. (2019), nos casos de quedas, deve ser avaliado se houve fratura. Machado filho et al. (2010), diz que nos casos de quedas observar se o paciente apresenta algum trauma, primordialmente as equipes de primeiro atendimento devem proceder à desobstrução das vias aéreas, seguida por suporte ventilatório e cardiovascular. Sequencialmente, o direcionamento da conduta ao paciente é realizado com base na classificação do traumatismo crânio-encefálico pela escala de coma de Glasgow.

#### 4.1 IDADE MAIS SUSCETÍVEL A OCORRÊNCIA DE INJÚRIAS

Dias et al. (2013) diz que as idades variam de acordo com os acidentes, como por exemplo, em casos de choques elétricos e queimaduras as idades com maior frequência é de 3 anos a 6 anos, em casos de intoxicação de 1 a 3 anos.

Waksman; Blank e Gikas (2010) também concordam que todas as idades correm risco e que a frequência ocorre de acordo com o tipo de acidente. Para eles crianças nos primeiros meses de vida, 0-1 anos, são atendidos em sua maioria em razão de traumatismo, já infantis com idade pré-escolar, de 1-5 anos, os riscos são de queimaduras, intoxicações, atropelamentos, quedas de lugares altos, ferimentos com brinquedos e lacerações.

Observa-se que, para esses autores, todas as idades possuem grande frequência de atendimento por acidentes, o que difere são os tipos de acidentes.

Para Moreira et al. (2009) as idades com maior incidência de acidentes é entre 3 e 6 anos, indivíduos nessa idade possuem mais dificuldade em aprender e não possuem noção de

segurança, são comuns, portanto, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, quedas e ferimentos.

Bem et al. (2009) em seu estudo sobre a “Incidência de acidentes com crianças” fez uma analogia interessante, levando em consideração que a queda consiste na injúria mais comum, ele acredita que a idade mais vulnerável é entre 1 a 3 anos, pois representa a idade que mais cai.

Entendemos que não exista idade padrão ou de maior risco, tudo depende dos fatores de risco e do quanto essa criança encontra-se vulnerável, no entanto, nota-se que apenas os dois últimos autores citam de fato as idades, com base nisso, julga-se que a idade média de maior risco é de 3 anos, já que a idade aparece nas duas falas. Mesmo assim, conclui-se que o resultado não foi satisfatório, pois, não foi encontrado materiais que corroborasse um com o outro.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa foi possível observar que as crianças compõem um grupo de grande suscetibilidade a acidentes. Nesse sentido acreditamos que os resultados encontrados com a análise dos artigos irão contribuir para novas reflexões sobre esta temática. Acredita-se ainda, que a identificação dos fatores de riscos é um importante mecanismo para prever e evitar os acidentes.

Pode-se observar que o ambiente doméstico constitui-se no local favorável a riscos, isso se dá pelo tempo que as crianças passam em casa, como também, pela facilidade em acessar materiais de limpeza, locais altos, entre outros. Verificou-se que os meninos (sexo masculino) são mais vulneráveis, tal fator está associado questões culturais, onde pais acreditam que os meninos são mais “Fortes” e resistentes em relação as meninas.

Os acidentes podem levar a morte, sendo a queda o incidente mais prevalente. Observa-se ainda que não há uma idade de maior vulnerabilidade, por essa razão, entende-se que todas as faixas etárias da infância estão expostas e sujeitas a qualquer tipo de acidente. Observamos que para cada injúria existe um procedimento diferente.

O estudo permitiu refletir sobre a triste dificuldade que é encontrar as condutas adequadas no atendimento pediátrico no Serviço Pré-Hospitalar fixo, visto que a maioria dos materiais se referem a pacientes de todas as idades, restringindo a busca. A partir desses resultados, pode-se frisar a importância de avançar na realização de novas pesquisas direcionada a pediatria.

Verifica-se a necessidade de novos estudos que aprofundem e relacione os fatores de risco e de proteção no sentido de produzir informações que mostrem, efetivamente, qual a dimensão do problema e os agravos que podem gerar, como quedas, seqüelas, queimaduras, entre outros. Dessa forma é de fundamental importância verificar um estudo dessa natureza.

Por fim, torna-se necessárias intervenções voltadas à promoção à saúde e prevenção, de forma que diminua a frequência com que dos acidentes que acometem a população infantil. Tais intervenções podem ser realizadas por meio de orientações individuais nas atividades de puericultura ou coletivas nas escolas e comunidades, conferindo aos pais e cuidadores o conhecimento necessário para a prevenção de acidentes na infância.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. et al. Tempo despendido na execução do processo de enfermagem em um centro de tratamento intensivo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.292-296, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127722728012>>. Acesso em: 15 de out. 2018.
- AMARAL, E. M. S. et al. Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil. **RevInstCiêncSaúde.** 2009. Disponível em: <[https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/04\\_out\\_dez/V27\\_n4\\_2009\\_p313-317.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/04_out_dez/V27_n4_2009_p313-317.pdf)>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- BARCELOS, R. S. et al. Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 33, n. 2. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000205001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- BASTOS, G. P. F. S. et al. Estudo epidemiológico dos pacientes idosos queimados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Instituto Doutor José Frota do município de Fortaleza-CE no período de 2004 a 2008. **Revista Brasileira de Queimaduras,** v. 9, n. 1, p. 7-10, 2010. Disponível em: <<http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/marco-2010/02estudoepidemiologico.pdf>>. Acesso em: 25 de mar. 2019.
- BEM, M. A. M. et al. Epidemiologia dos pequenos traumas em crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Arquivos Catarinenses de Medicina,** v. 37, n. 2, p. 59-66. 2009. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/550.pdf>>. Acesso em: 29 de mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)> Acesso em: 29 de abr. 2019.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Palmas, Macapá e Brasília têm piores índices de mortes de crianças no trânsito.** 2017. Disponível em: <<https://criancasegura.org.br/noticia/palmas-macapá-e-brasília-tem-piores-indices-de-mortes-de-criancas-no-transito/>>. acesso em: 29 de abr. 2019.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências.** 2019. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- CANTARELLI-KANTORSKI, K. J. et al. Caracterização dos atendimentos por queimaduras em um serviço de pronto-socorro. **Revista Brasileira de Queimaduras,** v. 13, p. 38-43, 2014. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/content/imagebank/pdf/v13n1.pdf>>. Acesso em 12 de mar. de 2019.
- CAVALCANTI, A. L. et al. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. **ArqCatarinMed,** v. 37, n. 3, p. 27-33, 2008. Disponível em:

<Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba>. Acesso em: 28 de mar. 2019.

CONFEN. Conselho federal de enfermagem. **Resolução cofen-358/2009**. 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html)> . Acesso em: 15 de out. 2018.

CONTRAN. O Conselho Nacional de Trânsito. **Resolução Contran nº 277**. 2008. Disponível em: <[https://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/RESOLUCAO\\_CONTRAN\\_277](https://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/RESOLUCAO_CONTRAN_277)>. Acesso em: 29 de abr. 2019.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** vol.34 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912007000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000600012)>. Acesso em: 30 de out. 2019.

COSTA, P. C. et al. Assistência pré-hospitalar pediátrica realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Biblioteca Virtual em Saúde**, v. 5, n. 4, p. 614-621, 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2258/pdf\\_938](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2258/pdf_938)> Acesso em: 28 de mar. 2019.

DAIBEM, C. G. L. et al. Análise das variações da pressão do *cuff* em paciente grande queimado. **Revista Brasileira de Queimadura**, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/details/59/pt-BR/analise-das-variacoes-da-pressao-do-cuff-em-paciente-grande-queimado>>. Acesso em: 28 de mar. 2019.

DIAS, I. S.; CORREIA, S.; MARCELINO, P. Desenvolvimento na primeira infância: características valorizadas pelos futuros educadores de infância. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 7, n. 3, p.9-24. 2013. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/483/288>>. Acesso em: 28 de abr. 2019.

DIAS, M. P. et al. Identificação dos fatores de risco para acidentes na primeira infância no contexto creche. **Rev APS**. jan/mar. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14974>>. Acesso em: 30 de out. 2019.

FARAH, A. C. F. **Análise das internações por causas externas não intencionais em menores de 15 anos em Florianópolis -SC**. 2015. Universidade Federal de Santa Catarina centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Mestrado em Saúde Coletiva. Florianópolis-SC. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/160694/338195.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 de out. 2019.

FOLHA DE LONDRINA. **Trauma é maior causa de morte em crianças**. 2014. Disponível em: <<https://www.folhadelondrina.com.br/cidades/trauma-e-maior-causa-de-morte-em-criancas-900978.html>>. Acesso em: 29 de abr. 2019.

GOMES, L. M. et al. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 4, p. 394-400, 2013. Disponível em: <[www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/155558/A03.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155558/A03.pdf)>. Acesso em: 28 de abr. 2019.

GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil dos usuários a serviço do pronto atendimento. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/47569/51298>>. Acesso em: 30 de out. 2019.

LÚCIO, M. G.; TORRES, M. C.; GUSMÃO, C. M. P. Riscos ocupacionais do Atendimento pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**. Aracaju, V.1 , N.3, p. 69-77, jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/754>>. Acesso em: 03 de mar. 2019.

MACHADO FILHO, J. A. et al. Perfil clínico-epidemiológico das crianças e adolescentes hospitalizados por traumatismo crânio encefálico. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 23, núm. 4, pp. 335-342, outubro-diciembre, 2010. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/7898/114114697>>. Acesso em: 30 de out. 2019.

MAGALHÃES, F. J. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria: fatores intervenientes na implementação**. 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: ciências da Enfermagem em tempos da interdisciplinaridade, p. 1521-1524, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000300262&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000300262&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

MAIA, E. R. et al. Conhecimentos em Atenção Pré-Hospitalar e Suporte Básico de Vida por Estudantes Recém-ingressos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-718350>>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

MALTA, D. C. et al. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 21, n. 12, p. 3729-3744, dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001203729&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203729&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14974>>. Acesso em: 30 de out. 2019.

MARTINS, C. B.G. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Rev Bras Enferm.**, Brasília. Jul/ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672013000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672013000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 30 de out. 2019.

MARTINS, E. M.; BATISTA, G. S. **Percepção dos riscos ocupacionais enfrentados pelos profissionais de enfermagem do SAMU: uma revisão integrativa**. 2014. Pró-Reitoria de Graduação Curso de Enfermagem Trabalho de Conclusão de Curso. Brasília. Disponível em: <<https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/10512/1/GabrielaSouzaBatistaeEmersonMendesMartinsTCCGraduacao2014.pdf>>. Acesso em: 30 de mar. 2019.



- MILLAN, L.S. et al. Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. V. 27, n. 4, p. 611-617, 2012. Disponível em: <[http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/12953/art\\_MILLAN\\_Estudo\\_epidemiologico\\_de\\_queimaduras\\_em\\_crianças\\_atendidas\\_em\\_2012\\_por.PDF?sequence=2&isAllowed=y](http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/12953/art_MILLAN_Estudo_epidemiologico_de_queimaduras_em_crianças_atendidas_em_2012_por.PDF?sequence=2&isAllowed=y)>. Acesso 24 fev. 2019.
- MOREIRA, B. F. C. et al. Fatores de risco para queimaduras e choque elétrico em crianças no ambiente domiciliar. **Revista reme**. 2009. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/242>>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- MOURA, M. A. A. et al. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 4, n. 11, p. 10-17, 2014. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/71/133>>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- NASCIMENTO, W. S. M. et al. Cuidado da equipe de enfermagem na emergência pediátrica: revisão integrativa. **Sanare**, V.16 n.01,p. 90-99, Jan./Jun. 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1099/610>>. Acesso em: 28 de abr. 2019.
- NEVES, F. G. et al. O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. **Esc. Anna Nery** vol.20 no.3 Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300208&script=sci\\_arttext#B6](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300208&script=sci_arttext#B6)>. Acesso em: 31 de out. 2019.
- OLIVEIRA, F. M. C. et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan** vol.11 no.1 Bogotá Jan./Apr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300208&script=sci\\_arttext#B6](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300208&script=sci_arttext#B6)>. Acesso em: 31 de out. 2019.
- OMS. **Organização Mundial da Saúde**. 2014. Disponível em: <<https://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- PEREIRA, J. R. et al. Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento. **Univille**. 2014. Disponível em: <[bvsm.sau.de.gov.br/bvs/premio\\_medica/.../januaria\\_ramos\\_trabalho\\_completo.pdf](bvsm.sau.de.gov.br/bvs/premio_medica/.../januaria_ramos_trabalho_completo.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2019.
- PREFEITURA DE PALMAS. Secretaria da saúde. **Centros de Saúde ou Upas: conheça os tipos de atendimentos realizados nestas unidades**. 2019. Disponível em: <<https://www.palmas.to.gov.br/secretaria/saude/noticia/1509597/centros-de-saude-ou-upas-conheca-os-tipos-de-atendimentos-realizados-nestas-unidades/>>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- RAMOS, L.C.; NUNES, L.R.; Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. **Rev. Enf. Ref. vol.II n.11 Coimbra**, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000300013](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300013)>. Acesso em: 28 de abr. 2019.

- RIBEIRO, M. O. **Enfermagem e a saúde da criança na Atenção Básica**. Barueri: Manole, p. 61-90, 2009.
- SANTOS, G. S. Apostila de Pediatria. **Portal EBAH**, 2014. Disponível em: <[http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA\\_xQAA/apostila-pediatria?part=9](http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA_xQAA/apostila-pediatria?part=9)>. Acesso em: 12 de abr. de 2019.
- SANTOS, L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS), 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000400009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000400009&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 28 de mar. 2019.
- SBAIT. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado. **Trauma, Edição de 2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.sbait.org.br/br/publicacoes/espaco-do-trauma>>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Quedas**. 2014. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/quedas/>> . Acesso em: 29 de abr. 2019.
- SILVEIRA, D. C.; PEREIRA, J. T. Acidentes prevalentes em crianças de 1 a 3 anos em um pronto - socorro de Belo Horizonte no ano de 2007. **Reme – Rev. Min. Enferm.**; abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/23>>. Acesso em: 31 de out. 2019.
- SOARES, J. S.; CÂNDIDO, A. S. C. A assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer e aos seus cuidadores. **Revista Enfermagem Contemporânea**. Jun. 2014. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/313>>. Acesso em: 18 de out. 2018.
- TAVANO, P. T. Anatomia do recém-nascido e da criança: características gerais. **Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde** Vol. XII, Nº. 1, Ano 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/260/26012806006.pdf>>. Acesso em: 25 de abr. 2019.
- TAVARES, É. O. et al. Fatores associados à intoxicação infantil. **Esc Anna Nery** (impr.) jan/mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100005)>. Acesso em: 30 de out. 2019.
- TONIOLLI, V. et al. Fratura condilar em criança de 4 meses: relato de caso. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 24, n. 1, p. 127-131, jan./abr. 2019. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/7898/114114697>>. Acesso em: 30 de out. 2019.
- UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPA's): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, out-dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>>. Acesso em: 29 de abr. 2019.
- VIEIRA, C. L. Ferimento transfixante em criança: relato de caso clínico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 13, n. 2, p. 57-61, 2013. Disponível em: <<http://www.revistacirurgiabmf.com/2013/2/8.pdf>>. Acesso em: 26 de mar. 2019.

WAKSMAN, R. D.; BLANK, D.; GIKAS, R. M. C. Injúrias ou Lesões Não-intencionais “Acidentes” na Infância e na Adolescência. **Medicina net**. 2010. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1783/injurias\\_ou\\_lesoes\\_ao\\_intencionais\\_%E2%80%9Cacidentes%E2%80%9D\\_na\\_infancia\\_e\\_na\\_adolescencia.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1783/injurias_ou_lesoes_ao_intencionais_%E2%80%9Cacidentes%E2%80%9D_na_infancia_e_na_adolescencia.htm)>. Acesso em: 29 de out. 2019.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro. **RevAssocMedBras**, v. 55, n. 3, p. 302-7, 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302009000300023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300023)>. Acesso em: 29 de mar. 2019.

WILLRICH, A. et al. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, v. 17, n. 1, p. 51-56, 2009. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%202009%201/226%20.pdf>>. Acesso em: 28 de mar. 2019.