

QUEDAS DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES: PREVENINDO AGRAVOS POR MEIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**FALLS OF CHILDRENS AND TEENS: PREVENTING INJURIES THROUGH HEALTH EDUCATION****CAÍDAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: PREVENIENDO ENFERMEDADES MEDIANTE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Marcia Adriana Poll¹
Terezinha Weiller Heck²
Rosana Huppel Engel³
Tatiane Angélica Phelipini Borges⁴
Andressa Oliveira Rios⁵
Valquiria Acosta Catarina Carpes⁶

Doi: 10.5902/2179769211021

RESUMO: Objetivo: conhecer o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes acometidas por quedas, a fim de contribuir na construção de estratégias para ações educativas em âmbito escolar sobre prevenção deste evento na infância. **Método:** pesquisa quantitativa, desenvolvida em Pronto Socorro, com 68 crianças no período de janeiro a junho de 2013. A coleta foi por meio dos registros das fichas de atendimento ambulatoriais, analisadas pelo programa *Statistic Package for Social Sciences (SPSS®)*. **Resultados:** dentre 3.144 atendimentos realizados no Pronto Socorro, 390 foram quedas que ocorreram dos zero aos dezenove anos, com maior incidência de sexo masculino. As quedas sem especificações nas fichas ambulatoriais foram o motivo de atendimento mais frequente e a morbidade que mais ocasionou ferimentos foram as lesões cortantes. **Conclusões:** conhecer o perfil das quedas possibilita definir ações prioritárias oferecendo suporte e contemplando a prevenção, a educação em saúde e a atenção às vítimas dessas causas.

Descritores: Acidentes por quedas; Educação em saúde; Crianças; Adolescentes; Enfermagem.

ABSTRACT: Aim: know the epidemiological profile of children and adolescents affected by falls, looking to help strategies for educational activities in the school to prevent this event in childhood. **Method:** quantitative research, developed in emergency, with 68 children, in the period of January to June, 2013. The collection was through the records of ambulatory care sheets, analyzed by the *Statistic Package for Social Sciences (SPSS®)*. **Results:** among

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem PPGEnf /FURG. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Uruguaiiana, RS, Brasil. Email: adripoll@hotmail.com

²Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública PPGEnf/USP. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. Email: weiller2@hotmail.com

³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem - PPGEnf/UFSM. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde. Santa Maria, RS, Brasil. Email: nanaengel@gmail.com

⁴Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do projeto PROEXT 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Uruguaiiana, RS, Brasil. Email: tphelipini@hotmail.com

⁵Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do projeto PROEXT 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Uruguaiiana, RS, Brasil. E-mail: andressa-rios@hotmail.com

⁶Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do projeto PROEXT 2013 - Programa de Extensão Universitária MEC/SESu. Uruguaiiana, RS, Brasil. E-mail: valquiria.carpes@hotmail.com

3,144 attendances in emergency, 390 were falls that occurred from zero to nineteen, struck the male. The falls without specifications in the ambulatory sheets were the reason for frequent attendance and the morbidity that most injuries were caused sharp injuries. **Conclusions:** know the profile of the falls, allows to define priority actions and supporting including prevention, health education and care of victims of these causes.

Descriptors: Accidental falls; Health education; Child; Adolescent; Nursing.

RESUMEN: Objetivo: conocer el perfil epidemiológico de niños y adolescentes afectados por caídas, para contribuir en la construcción de estrategias para acciones educativas en escuelas sobre la prevención de estos acontecimientos infantiles. **Método:** investigación cualitativa, desarrollada en Salas de Emergencias, con 68 niños por el período de enero/junio de 2012. La recopilación fue mediante registros de fichas de atención ambulatoria, analizados por el programa StatisticPackage for Social Sciences(SPSS®). **Resultados:** fueron 3.144 atendimientos realizados en Salas de Emergencia, 390 fueron caídas que ocurrieron en edades de cero a diecinueve años, en mayor ocurrencia en varones. Las caídas sin especificaciones en fichas de emergencia fueron el motivo de atendimento más frecuente y la morbilidad que más ocasionó heridas fueron las lesiones cortantes. **Conclusiones:** conocer el perfil de las caídas posibilita definir las acciones prioritarias ofreciendo soporte y contemplando la prevención, la educación en salud y atención a las víctimas de esas causas.

Descriptores: Accidentes por caídas; Educación en salud; Niños; Adolescentes; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de óbito na população geral. As quedas definidas como causas externas de morbidade e mortalidade representam a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, porém 80% das mortes ocorrem em países de baixos e médios rendimentos.¹

Em nível mundial, as quedas abrangem maior morbimortalidade entre pessoas com mais de 65 anos, adultos jovens com idades entre os 15 e os 29 anos e crianças com 15 ou menos anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Sendo que, anualmente, cerca de 37,3 milhões de quedas, exigem atenção médica, resultando em custos financeiros substanciais.¹

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, aprovada pela Portaria 737/2001 do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais que atendam e valorizem medidas de promoção à saúde e à prevenção de agravos externos, entre eles estão acidentes relacionados às quedas de crianças e adolescentes.²

Considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompleto e adolescente a pessoa de doze até dezenove anos, conforme o estatuto da criança e do adolescente. O Estatuto regulamentado na lei n° 7.069, de 13 de Julho de 1990, assegura proteção integral aos direitos da criança e adolescente como um dever da sociedade e do poder público.³

Tais convenções sobre os direitos da criança e do adolescente normatizam que deve-se garantir a todos os setores da sociedade, em especial aos pais e a própria população atingida, o direito a conhecer os princípios básicos de saúde incluindo, ações de prevenção para acidentes. Para tanto, os "cuidadores", como os principais responsáveis pela atenção aos riscos de acidentes, necessitam de orientações por parte dos setores de saúde para trabalharem na prevenção de acidentes.⁴

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e adolescente desenvolve ações que vão desde o pré-natal de qualidade para a mulher e o bebê, nascimento seguro e humanizado com a adoção de boas práticas, tais como: atenção à saúde do recém-

nascido; aleitamento materno; estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e prevenção de violências e acidentes.⁵

Adentrando na prevenção de violências e acidentes na infância e adolescência, destaca-se que dentre os acidentes infantis, as quedas são os eventos mais frequentes e a principal causa de atendimento hospitalar e de internação. As quedas são responsáveis por grande parte dos traumatismos não fatais, como por exemplo, déficits neurológicos persistentes em razão de traumatismos cranioencefálicos, atingindo também os adolescentes.⁴

Tendo este cenário como pano de fundo, torna-se essencial ampliar o conhecimento sobre os acidentes na infância e na adolescência, a fim de subsidiar o planejamento de ações preventivas por meio da educação em saúde, visando à redução desse agravo em nossa sociedade.

As ações educativas para a prevenção de acidentes infantis e na adolescência, em especial as quedas, podem ser trabalhadas em diversos cenários, dentre eles o ambiente escolar, pois a escola constitui-se em um local favorável, tendo em vista que transcende a formação acadêmica, perpassando pelos princípios da socialização, do comportamento e da cidadania, além de sua relevância para a vida cotidiana das crianças e dos adolescentes.⁶

Assim, educar não é transferir conhecimento, e sim, uma forma de intervenção e, para tanto, exige do educador respeitar os saberes do educando e à sua autonomia, liberdade e criatividade. A disponibilidade verdadeira para o diálogo é essencial e, nessa perspectiva, a educação tem uma relação íntima com a saúde e a prevenção de agravos que podem advir, principalmente, das causas externas.⁷

O enfermeiro exerce a função de educador, um agente transformador, e deve estar apto para realizar programas educacionais que envolvam pais e crianças no que diz respeito à prevenção de acidentes e às condutas a serem tomadas nesses casos.⁸

Dentre as diretrizes, da Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, ressalta-se a monitorização da ocorrência de acidentes e violências, a capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área. Partindo dos pressupostos relacionados às características específicas da infância e da adolescência, como a imaturidade, a curiosidade, o crescimento e o desenvolvimento é fundamental utilizar estratégias que levem em conta a sua evolução cognitiva para a efetiva adesão, especialmente, no tocante a estilos de vida saudável.^{1,8}

Corroborando com a prevenção de acidentes na infância e adolescência, os Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Fundamental preconizam que a escola deve oferecer oportunidades para que o aluno seja capaz de conhecer e evitar os fatores de risco para a incidência de acidentes domésticos, entre eles, as quedas na escola ou nos demais locais públicos, assim como, no ambiente intradomiciliar.

Além disso, a promoção em saúde ocorreria por meio da educação e das estratégias de adoção de estilos de vida saudável, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, bem como na produção de um ambiente saudável.⁹ Para tanto, torna-se imprescindível a combinação de medidas preventivas ativas e passivas, os esforços educacionais e o acesso mais fácil às informações, com simplicidade de vocabulário e ao mesmo tempo seguras.

Diante do exposto, observa-se que a temática de quedas é socialmente relevante, pois acomete crianças e adolescentes de uma forma geral, bem como, em idade escolar, momento em que este agravo poderia ser prevenido e até mesmo diminuído por meio da educação em saúde pautada na sensibilização acerca dos fatores de risco e de proteção para a ocorrência desse acidente na infância e na adolescência. Dessa forma, a realização de ações educativas no contexto escolar justifica-se com vistas a evitar danos e sequelas de possíveis quedas, além de contribuir para a diminuição de gastos do setor saúde.

Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes acometidas por quedas, a fim de contribuir na construção de



estratégias para ações educativas em âmbito escolar sobre prevenção deste evento na infância.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa quantitativa, documental, com delineamento transversal descritivo. O estudo foi desenvolvido em uma unidade de urgência e emergência denominado Pronto Socorro (PA) de uma instituição filantrópica, geral de abrangência regional, referencia para 13 Municípios da região da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil, denominada Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, a qual disponibiliza para o atendimento imediato a situações de emergências, possui 9 leitos no PA, 26 nas Unidades de terapias Intensivas (UTIs) e 16 no CentroCirúrgico (CC), totalizando 119 leitos juntamente com as Unidades de Internações.

A população geral do estudo compreendeu 3.144 vítimas que foram atendidas no setor de Pronto Socorro (área vermelha) no período de 01 de janeiro de 2013 a 30 de junho de 2013. Porém, a população alvo deste estudo foram as crianças e os adolescentes acometidos por quedas, compreendendo um total de 390 vítimas.

Os critérios de inclusão do estudo foram todos os sujeitos que se enquadraram dentro da classificação para causas externas do código internacional das doenças (CID)10 capítulo XX: acidentes de trânsito (V01-V99), outras causas externas de traumatismos acidentais (W00-X59), lesões autoprovocadas (X60-x84) e agressões (X85-Y09), dentre outros que enquadraram-se como causas externas. Já os fatores de exclusão compreenderam todos os sujeitos que não se enquadraram dentro dos critérios de classificação das causas externas determinado pelo CID 10 e também aqueles sujeitos que foram acometidos por causas externas, mas que adentraram ao setor de emergência por outra porta de entrada que não a área vermelha, como por exemplo, sujeitos que passaram pelo setor de triagem e foram encaminhados à área amarela, ou diretamente ao traumatologista.

Os dados foram coletados por meio de busca documental de forma retrospectiva a partir de análise dos registros das fichas de atendimento ambulatoriais (FAA). Para coleta das informações utilizou-se um roteiro elaborado que continham questões como sexo, idade, cidade de procedência, data e horário de atendimento, motivo do atendimento, morbidade ocasionada pela causa externa e desfecho do caso, o qual serviu para busca direcionada de informações. A coleta de dados ocorreu diariamente no período disponibilizado pela instituição ou conforme acordado entre os responsáveis pela instituição coparticipante e responsável pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

Os dados foram transcritos, tabulados e armazenados em Planilha Eletrônica Excel® para o processamento. Para análise, utilizou-se o programa *StatisticPackage for Social Sciences* (SPSS®), versão 21.0, ambos em plataforma Windows®. A análise dos dados desenvolveu-se de forma estatística descritiva, a fim de apresentar os resultados no formato de tabelas por meio de frequências absolutas e porcentagens.

Para a realização desta pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos do Código de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução número 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰ Bem como, aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA, conforme o número de protocolo CAEE nº 04010912.9.0000.5323 - Parecer 123.629, com data de aprovação em 17/10/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 3.144 atendimentos por causas externas, triados para área vermelha da unidade de pronto socorro, no período pré-determinado, 390 (12,4%) tratavam-se de quedas em crianças e adolescentes dos zero aos dezenove anos, sendo a maior parte do sexo masculino (63,1%), de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das quedas, segundo sexo. Uruguaiana, RS, 2013. (N=390).

Sexo	Frequência (N)	Porcentagem (%)
FEMININO	144	36,9
MASCULINO	246	63,1
Total	390	100

Banco de dados da pesquisa "Perfil dos usuários atendidos por causas externas em uma unidade de pronto socorro de um município da região da fronteira oeste do RS"

A Tabela 2 refere-se à distribuição das faixas etárias, no qual foram subdivididas em cinco faixas de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), levando-se em consideração O Estatuto da Criança e do Adolescente.

Tabela 2 - Distribuição das quedas, segundo faixa etária. Uruguaiana, RS, 2013. (N=390).

Faixa Etária	Frequência (N)	Porcentagem(%)
FAIXA 1 - < 1 ano	28	7,2
FAIXA 2 - 1 a 4 anos	132	33,8
FAIXA 3 - 5 a 9 anos	109	27,9
FAIXA 4 - 10 a 14 anos	74	19,0
FAIXA 5 - 15 a 19 anos	47	12,1
Total	390	100

Banco de dados da pesquisa "Perfil dos usuários atendidos por causas externas em uma unidade de pronto socorro de um município da região da fronteira oeste do RS"

Para entender os dados acima é necessário considerar alguns fatores fundamentais relacionados à criança e ao adolescente, como idade, sexo, etapa do desenvolvimento neuropsicomotor, grau de maturidade física e mental, inexperiência, incapacidade de prever e evitar situações de risco, curiosidade, tendência a imitar comportamentos, falta de noção corporal e espacial, além de características de personalidade, como: hiperatividade, agressividade, impulsividade e distração.¹¹

No que se refere à frequência de quedas (N=390; 12,4%) em crianças e adolescentes atendidos no Pronto Socorro, no período de janeiro a junho de 2013, destaca-se que o sexo masculino foi mais acometido pelo evento, o que pode ser justificado por meio da diferença de comportamento de cada sexo e por fatores culturais, que determinam maior liberdade aos meninos e, em contrapartida, maior vigilância sobre as meninas, aspectos estes, que podem estar intimamente relacionados com o comportamento da família, aspectos sociais, econômicos, educacionais e culturais.¹²

As quedas fazem parte do processo de desenvolvimento normal de uma criança saudável que busca constantemente explorar o ambiente físico a fim de passar por todas as etapas de seu crescimento como andar, correr, brincar e até se aventurar. Porém, mesmo diante de um comportamento de risco esperado para a idade, as crianças e adolescentes necessitam ser acompanhadas e orientadas pelos adultos quanto aos riscos inerentes a cada fase do desenvolvimento humano.⁴

Quanto aos motivos que levaram as crianças e os adolescentes a sofrerem quedas, foram as quedas sem especificações (48,7%) descritas na FAA que destacaram-se. Dados

estes que podem indicar a falta de registro adequado por parte da equipe de saúde que presta o primeiro atendimento no Pronto Socorro, conforme demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das quedas, segundo os motivos de atendimentos. Uruguaiana, RS, 2013. (N=390).

Motivo do Atendimento	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Queda	190	48,7
Queda de Bicicleta	91	23,3
Queda da própria altura	46	12,0
Queda da cama	15	3,9
Queda de altura	12	3,0
Queda do cavalo	7	1,8
Queda do carrinho de bebê	5	1,3
Queda da escada	5	1,3
Queda no banheiro	2	0,5
Queda da árvore	2	0,5
Queda da cadeira	2	0,5
Queda do berço	2	0,5
Queda do skate	2	0,5
Queda do telhado	2	0,5
Queda praticando esporte	2	0,5
Queda do andador	1	0,3
Queda do automóvel	1	0,3
Queda do carrinho de supermercado	1	0,3
Queda da motoca	1	0,3
Queda do sofá	1	0,3
Total	390	100

Banco de dados da pesquisa "Perfil dos usuários atendidos por causas externas em uma unidade de pronto socorro de um município da região da fronteira oeste do RS"

Frente aos fatores causadores de quedas em crianças e adolescentes, excluindo as sem especificações, as atividades recreativas e esportivas envolvendo a presença da bicicleta apresentou um percentual com maior destaque, representando uma brincadeira de risco para sofrer queda. Vale atentar para as quedas de berço e carrinho de bebê, isso pode refletir a falta de supervisão do responsável pelo cuidado da criança naquele momento. É consenso na literatura que, a partir do momento em que a criança amplia seu espaço, seja engatinhando, andando ou correndo, intensifica a exploração do ambiente e afasta-se com mais facilidade da vigilância dos adultos, aumentando a probabilidade de acidentes.¹¹

No entanto, é preciso ter atenção nessa fase de crescimento para evitar os riscos das quedas serem mais do que simples escoriações e atentar para os perigos de lesões mais graves. O fato de as quedas acontecerem, em grande parte, envolvendo situações do ambiente doméstico sugere a sua modificação como forma efetiva de prevenção. Além dos cuidados com o ambiente doméstico, a supervisão direta sobre a criança parece ser a ação preventiva mais eficaz.

Quanto à morbidade que mais ocasionou ferimentos nas crianças e adolescentes atendidos foram as lesões cortantes (36,7%), conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das quedas, segundo as morbidades. Uruguaiiana, RS, 2013. (N=390).

Morbidade	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Lesão cortante	143	36,7
Trauma	83	21,3
Não consta	55	14,0
Escoriações	36	9,2
Algia	29	7,4
Edema	17	4,4
Hematoma	6	1,5
Desmaio	5	1,3
Fratura	5	1,3
Êmese	3	0,8
Vertigem	3	0,8
Acrocianose	2	0,5
Epistaxe	2	0,5
Entorce	1	0,3
Total	390	100

Banco de dados da pesquisa "Perfil dos usuários atendidos por causas externas em uma unidade de pronto socorro de um município da região da fronteira oeste do RS"

Em relação aos desfechos dos atendimentos das crianças e adolescentes na área vermelha, 61 dos casos (15,6%) foram encaminhados ao traumatologista, 54 (13,9%) receberam alta do pronto socorro, 13 (3,3%) ficaram em observação, conforme demonstra a Tabela 5.

Tabela 5 - Desfechos após o atendimento às crianças e aos adolescentes. Uruguaiiana, RS, 2013. (N=390).

Desfecho	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Não consta	255	65,3
Enc Traumatologista	61	15,6
Alta Pronto Socorro	54	13,9
Enc Observação	13	3,3
Enc Buco-maxilo-facial	3	0,8
Evadiu-se	2	0,5
Enc Oftalmologista	1	0,3
Enc Pediatria	1	0,3
Total	390	100

Banco de dados da pesquisa "Perfil dos usuários atendidos por causas externas em uma unidade de pronto socorro de um município da região da fronteira oeste do RS"

Porém, destacam-se novamente 225 FAA, correspondendo a (65,4%) preenchidas inadequadamente. Sabe-se que existe falha na investigação do motivo da queda e no registro dos casos por parte dos profissionais de saúde ao não identificar corretamente a real causa e/ou lesão ocorrida. Motivo que impossibilita a coleta dos dados sobre o real motivo das quedas nesta população, mascarando desta forma, o levantamento e o diagnóstico epidemiológico sobre este evento. Corroborando neste aspecto, algumas limitações marcaram a realização do estudo, associadas à estratégia de busca de dados em documentos, o que permitiu mostrar registros incompletos e/ou inexistentes, impossibilitando uma leitura mais detalhada sobre os casos de quedas em crianças e adolescentes.

Outro fator que deve ser considerado e que pode estar embutido nas causas aparentemente acidentais e não intencionais são as lesões ou danos à integridade física de criança ou adolescente que podem estar associadas às quedas, e que na realidade podem não ser, e sim estar associados às questões da violência e negligência. Ou ainda, as vítimas são levadas para atendimento pelos próprios agressores que omitem sobre o fato real, e a violência é

atribuída a uma queda ou a um acidente corriqueiro, no qual os familiares não se opõem a tal situação, por envolver a dominação ou opressão e ainda a dependência econômica.¹¹

As situações de violências contra crianças e adolescentes são responsáveis pelo aumento dos números das taxas da mortalidade infantil e de adolescentes, tornando-se um desafio para a área da saúde. Sendo assim, o ambiente escolar passa a ser um aliado aos profissionais de saúde, especialmente ao enfermeiro para prevenção e educação em saúde, além de um local favorável para reconhecimento das crianças e dos adolescentes em situação de vulnerabilidade ao sofrimento de violência sob os mais variados aspectos.¹³

Assim, os profissionais que trabalham direta e/ou indiretamente, com crianças e adolescentes necessitam estar alertas para a detecção dessas circunstâncias. É necessário treinamento que proporcione a estes profissionais, seja no âmbito hospitalar, unidade básica/ESF ou escolar detecção precoce de atos de violência contra a criança e o adolescente. E o enfermeiro, por ser um integrante da equipe de saúde e um dos profissionais que mais rotineiramente presta o primeiro atendimento as vítimas deste evento e ou acidentes envolvendo "quedas", necessita desenvolver habilidades indispensáveis para discernir quedas relacionadas à violência e dar os encaminhamentos cabíveis.

Diante das particularidades em que as crianças estão vulneráveis a sofrerem quedas, no qual muitos dos casos podem ocorrer em ambiente escolar, o Ministério da Educação aponta que no ensino fundamental é essencial trabalhar as informações relativas à incidência de agravos à saúde por acidentes de forma geral.

O ambiente escolar é um local favorável para o trabalho com a promoção da saúde e conceitos relacionados à segurança, tanto do ponto de vista da aplicação de estratégias de prevenção, como do conhecimento das medidas de primeiros socorros, ao alcance das crianças. Assim, a promoção da saúde deve transcender particularmente, a realidade escolar, identificando os comportamentos seguros pertinentes a cada situação.^{1,6,14}

Desse modo, parte-se da concepção de que a criança em idade escolar encontra-se numa das fases mais decisivas do processo de desenvolvimento de seus valores socioculturais, sendo a escola um ambiente destinado a promover a fundamentação do processo de educação em saúde no intuito de prevenir os vários agravos que as crianças estão expostas, entre eles as quedas.^{6,15}

Afirma-se que a escola constitui um espaço privilegiado, onde ocorre um conjunto de interações sociais favorável a oferecer oportunidades para que o aluno seja capaz de (re)conhecer e até evitar os fatores de risco tanto para acidentes domésticos, quanto na escola como também nos demais locais públicos.^{6,15}

Assim, surge a atuação da Enfermagem, de modo a compreender os contextos que permeiam os agravos das causas externas que tem se mostrado um fator determinante para morbimortalidade em crianças e adolescentes dos 0-19 anos, dentre eles as quedas.

A inserção de profissionais de enfermagem no ambiente escolar corrobora no reconhecimento dos fatores de riscos através de prevenção e promoção da saúde para redução não só das quedas, mas também de diversos acidentes envolvendo esta população. O processo educacional direcionado para o desenvolvimento de competências desejáveis no aluno garante também o desenvolvimento de habilidades sociais condizentes com o exercício da cidadania, cooperando para que a escola seja um ambiente formador de pessoas reflexivas e críticas da realidade, capaz de reconhecer possíveis danos a sua integridade física.¹⁵

A união de educação e saúde se dá através de adoção de estilos de vida saudável com segurança por meio do ensino e desenvolvimento da capacidade de reconhecer situações de perigo, bem como organizar um ambiente seguro para as crianças e os adolescentes. O reconhecimento dos riscos pela população alvo revela-se efetiva quando a criança e o adolescente por meio das aprendizagens adquiridas na escola, passam a utilizar e até mesmo replicar este conhecimento e suas atitudes podendo, dessa forma, servir de exemplo a outras pessoas que a cercam, multiplicando saberes e incentivando o cuidado.¹⁵

O acesso às informações permite que as crianças e adolescentes criem possibilidades de usar sua cognição, além de poder incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas inteiramente associadas ao acesso de atitudes e ações protegidas e protetoras.¹⁶

Frente a esta contextualização resalta-se a grande importância do papel de educador que o enfermeiro possui, não só na assistência ao cuidado, mas principalmente atuando em conjunto com professores em ambiente escolar na prevenção e promoção da saúde, proporcionando conhecimento e aprendizagem às crianças e aos adolescentes, reafirmando a importância do autocuidado.

CONCLUSÕES

Como limitação do estudo, destaca-se que foi avaliado somente as crianças e os adolescentes atendidos na área vermelha do Pronto Socorro pesquisado, o que pode refletir numa subestimação do percentual de quedas em geral relacionadas à faixa etária compreendida entre os menores de um a 19 anos de idade. Além disso, nem todos que sofrem quedas nessa faixa etária não são tratados no ambiente hospitalar, o que também contribui para não se ter um diagnóstico da prevalência de quedas de crianças e de adolescentes no município da fronteira oeste do RS.

Diante do contexto, o estudo evidencia que a maior causa dos acidentes na infância e na adolescência atendidos no Pronto Socorro pesquisado está relacionada aos objetos de diversão como a bicicleta, além da prevalência e a queda da própria altura. Essas quedas podem influenciar diretamente no absentéismo escolar.

Nesse sentido, os profissionais de saúde e de educação podem contribuir por meio de estratégias práticas sensibilizando os alunos para a mudança de comportamento de risco para este evento. Tais estratégias iniciam-se no espaço escolar e passam por conhecer a vulnerabilidade das instalações, dos equipamentos e dos espaços onde as crianças, adolescentes circulam com o objetivo de corrigi-los ou eliminá-los. Bem como, detectar os riscos do ambiente, como as áreas de lazer inadequadas, bueiros abertos, muros e vias de acesso e trânsito e outros que ofereçam riscos aos escolares. Assim como, apelar à participação dos jovens nos processos de tomada de decisão/ações que contribuam para um ambiente saudável e sustentável, por meio de um trabalho em rede que envolva escola e comunidade .

Para tanto, destaca-se, a necessidade de estudos que venham a identificar e analisar fatores de risco para as quedas na população infanto-juvenil, para que se possa atuar sobre as condições geradoras de tais eventos. Ademais, conhecer o perfil de morbimortalidade desta população por causas externas possibilitam, aos planejadores e executores de políticas públicas, definir ações no âmbito da prevenção, da educação em saúde, bem como, na atenção à assistência primária, a fim de contribuir na redução do número de vítimas acometidas por este evento que adentram ao setor terciário, considerado de alta densidade tecnológica, portanto, destinada a alta complexidade clínica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de situação em saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília (DF); 2001.
3. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.



4. Martins CBG, Andrade SM. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 2):3167-3.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. Passaporte da Cidadania. 7ª ed. Brasília (DF); 2011.
6. Vilas BB, Gimenez PSR. Ação educativa no ensino fundamental com material paradidático sobre prevenção de quedas acidentais. *Rev LEVS/UNESP-Marília*. 2012;(10):301-12.
7. Dias da Silva L, Beck CLC, Dissen CM, Tavares JP, Budó MLD, Silva HS. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2012 ago [acesso em 2013 out 16];2(2):412-9. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2676>.
8. Lima RP, Barbosa XL, Silva JE, Vieira LJES, Oriá MOB. Acidentes na infância: local de ocorrência e condutas dos familiares no âmbito domiciliar. *Enferm Glob [Internet]*. 2009 fev [acesso em 2013 jul 26];(15):1-13. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000100011&lng=es.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. 2ª ed. Brasília (DF): Ed do Ministério da Saúde; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.
11. Del Ciampo LA, Ferraz IS, Tazima MFGS, Bachelette LG, Ishikawa K, Paixão R. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas em um serviço de pronto-atendimento. *Pediatria (São Paulo)*. 2011;33(1):29-34.
12. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:347-7.
13. Belentani L, Sartorelli ACM, Meschial WC, Lima MF, Oliveira MLF. Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2012 abr [acesso em 2013 out 16];2(1):10-9. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3944>.
14. Gimenez-Pascoal SR, Monteiro VBPN, Keppler MABB, Gonsales TP, Boas BV, Costa PF. Estratégia educativa sobre prevenção de acidentes infantis para o ensino fundamental. *Rev LEVS/UNESP-Marília*. 2010;6(6):216-26.
15. Rocha JF, Carrara K. Formação ética para a cidadania: reorganizando contingências na interação professor-aluno. *Psicol Esc Educ*. 2011;15(2):221-30.
16. Oliveira LG, De Brum ZP, Oliveira SG, Wunsch S, Garcia RP, Simon BS, et al. Oferta de serviços assistenciais aos adolescentes em seis municípios da 12ª Coordenadoria Regional da Saúde. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2011 out [acesso em 2013 out 16];1(3):335-42. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3584>.

Data de recebimento: 16/10/2013

Data de aceite: 17/01/2014

Contato com autor responsável: Marcia Adriana Poll

Endereço postal: Rua Iris Ferrari Valls, 1814, ap: 202 CEP:97500-340. Uruguaiana, RS, Brasil.

E-mail: adripoll@hotmail.com