



RELATÓRIO FINAL – MAIO 2011

I – Enquadramento e objectivos

Em Portugal, tal como no resto da Europa, as quedas são o mecanismo de acidente mais frequente em crianças e jovens e a maior causa de idas às urgências nestas faixas etárias (OMS, 2008, ADÉLIA, 2006-2008). Na maior parte das vezes, as consequências das quedas não são graves, no entanto, algumas podem originar traumatismos graves, incapacidade e até mesmo a morte. Na Europa todos os anos morrem 1500 crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos na sequência de uma queda. De acordo com a OMS, até 90% das mortes por quedas poderiam ser evitadas na Europa. A criação e manutenção de ambientes e produtos seguros para as crianças e jovens são medidas fundamentais para a redução da sua exposição ao risco de quedas graves.

Com o objectivo de caracterizar as quedas nas crianças e jovens, e promover um conhecimento mais aprofundado das suas consequências e das condições em que ocorrem, a APSI realizou o presente estudo sobre este mecanismo de acidente no período de 2000 a 2009, a partir da análise de dados disponibilizados por diferentes organismos. Pretendia-se, para além de avaliar o seu impacto em termos da mortalidade e internamentos, identificar os padrões de ocorrência deste tipo de acidentes, nomeadamente, o local do acidente, a actividade no momento do acidente, a parte do corpo lesionada e os produtos envolvidos. Este conhecimento mais específico é essencial para uma boa definição de estratégias de prevenção, assim como, para o estabelecimento de prioridades de intervenção

II – Metodologia

O presente estudo sobre quedas em crianças e jovens em Portugal teve como base a análise da informação referente a mortalidade e internamentos por quedas, entre 2000 e 2009, idas às urgências na sequência de quedas, entre 2003 e 2008 e casos de quedas registados pela imprensa entre 2001 e 2009. Esta informação foi cedida, respectivamente, pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), pelo Alto Comissariado para a Saúde (ACS) e pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA – Sistema ADELIA, Acidentes Domésticos e de Lazer, Informação Actualizada). Os casos relatados na imprensa foram recolhidos pela APSI.

A unidade de análise é a queda accidental que inclui as quedas sofridas pelas crianças e jovens de forma não intencional. O universo de estudo é as crianças e jovens entre os 0 e os 18 anos, sendo que, no caso da mortalidade, e por não ser possível desagregar os 19 anos, os dados apresentados incluem esta idade.

A análise e caracterização das quedas tiveram em conta os parâmetros disponíveis nas diferentes fontes de dados (INE, ACS, ADÉLIA, APSI).

Os dados cedidos pelo INE (2000 a 2009) relativos à mortalidade cuja causa foi a queda accidental foram caracterizados segundo os parâmetros: sexo, grupo etário, tipo de queda e tipo de lesão associada à queda. Uma vez que a desagregação dos dados por ano não permitiu obter, devido ao segredo estatístico¹, informação para diversos parâmetros, optou-se por analisar os 10 anos em estudo de forma global. Por razões relacionadas com diferentes classificações dos parâmetros só foi possível fazer a análise global, no que se refere aos mesmos, de 2002 a 2009. Apesar de, desta forma

¹ Nos casos em que o número é reduzido os dados estão sujeitos a segredo estatístico.



ter sido possível obter mais informação sobre a mortalidade por queda e uma melhor caracterização dos parâmetros em análise, continua a haver lacunas de informação pelo que pode acontecer que para determinada variável não sejam referidos alguns dos seus parâmetros.

Os dados cedidos pelo ACS permitiram analisar e caracterizar os internamentos por queda não intencional entre 2000 e 2009 segundo os parâmetros: sexo, grupo etário, tipo de queda, tipo de lesão, bem como, o número de óbitos relativos a estes internamentos.

A análise dos dados recolhidos pelo ADÉLIA (respeitantes a aproximadamente 50.000 idas às urgências, entre 2003 e 2008²) foi realizada de acordo com os seguintes parâmetros: sexo, grupo etário, local de ocorrência, actividade desenvolvida durante o acidente, tipo de lesão, parte do corpo lesionada e seguimento após observação.

No estudo dos casos dos recortes de imprensa foram analisados os acidentes por queda registados na imprensa nacional no período de 2001 a 2009, que foram caracterizados segundo os parâmetros: sexo, grupo etário, zona do país, tipo de queda, local de ocorrência, actividade desenvolvida durante o acidente, produtos envolvidos no acidente e causadores da lesão, tipo de lesão, parte do corpo lesionada e o seguimento que a criança teve após o acidente (cuidados hospitalares, sem seguimento, falecimento, ...). Foram seleccionados na imprensa os acidentes referentes a quedas acidentais e comparados os registos que se referiam ao mesmo caso, a fim de retirar o máximo de informação possível sobre cada um (através de publicações diferentes e investigação complementar, sempre que possível).

A análise de dados do ADÉLIA e dos casos recolhidos na imprensa, apesar destes não serem representativos do universo de estudo, permitem identificar alguns dos padrões de ocorrência deste tipo de acidentes (local do acidente, actividade no momento do acidente, parte do corpo lesionada, produtos envolvidos). Este conhecimento mais aprofundado que não é dado pelos dados referentes à mortalidade e internamento, é essencial para uma boa definição de estratégias de prevenção, assim como, para o estabelecimento de prioridades de intervenção. Por esta razão, este estudo reúne e analisa de forma complementar as diferentes fontes de dados.

Para efeitos de elaboração das conclusões, considerou-se sempre a fonte de dados com maior representatividade e/ou fiabilidade, ainda que, em traços gerais, os dados do ADÉLIA e o estudo de casos do registo de recortes de imprensa da APSI, corroboram as tendências encontradas, no que diz respeito ao sexo, idade das crianças e tipo de queda associada.

III – Resultados

1 - Quedas em crianças e jovens até aos 19 anos – Mortalidade

Entre 2000 a 2009 (INE) **104 crianças morreram** em consequência de uma queda, de acordo com a seguinte distribuição:

| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 21 | 15 | 15 | 13 | 9 | 9 | 6 | 5 | 6 | 5 |

Entre 2002 e 2009 (INE) das 68 crianças que morreram por quedas:

² Estes dados não representam todas as idas às urgências mas apenas as registadas nos serviços de urgência da rede de hospitais e centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde que integram o sistema ADELIA.

- 76% eram do sexo masculino e 24% do sexo feminino.
- 35% (n=24) tinham idades entre os 15 e 19 anos; 28% (n=19) entre o 1 e os 4 anos e 18% (n=12) entre os 5 e os 9 anos.
- 31% (n=21) das mortes foram devido a queda de/ou para fora de edifícios ou outras estruturas (12 em crianças do sexo masculino e 9 do sexo feminino) - 36% (n=8) ocorreram em crianças entre o 1 e os 4 anos, 33% (n=7) em crianças entre os 5 e os 9 anos, 14% (n=3) entre os 10 e 14 anos e 14% (n=3) entre os 15 e 19 anos.
- 10% (n=7) das mortes foram devido a outras quedas de um nível para o outro; 3 crianças tinham entre 1 e 4 anos.
- Em 50% dos casos desconhece-se o tipo de queda associado à morte da criança.
- Existem outros tipos de quedas associadas à mortalidade no período em análise que, no entanto, não é possível quantificar por razões relacionadas como o segredo estatístico. São elas, a queda de leito, queda de árvore, queda de penhasco, mergulho ou salto para a água causando outro traumatismo que não o afogamento ou submersão e outras quedas no mesmo nível.
- De uma maneira geral o tipo de lesão associada à mortalidade por queda é: lesão traumática intracraniana (n=29); lesão traumática múltipla não especificadas (n=12); fractura do crânio e dos ossos da face (n=7); lesão traumática envolvendo múltiplas partes do corpo, não classificadas em outra parte (n=6); e lesão traumática dos nervos e da espinal-medula ao nível do pescoço (n=3).

2 - Quedas em crianças e jovens até aos 18 anos – Internamentos

Entre 2000 e 2009 (ACS) registaram-se em Portugal Continental pelo menos **40 080 internamentos** por queda em crianças e jovens até aos 18 anos, de acordo com a seguinte distribuição:

| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 5072 | 4749 | 4695 | 4566 | 4039 | 3978 | 3747 | 3008 | 3208 | 3018 |

Numa análise mais específica dos internamentos por queda verificou-se que:

- 69% das crianças são do sexo masculino e 31% do sexo feminino.
- As crianças com idades entre os 5 e os 9 anos (29%) e entre os 0 e os 4 anos (29%) registaram uma maior percentagem de internamentos, seguidas das crianças com idade entre os 10 e 14 anos (26%). As crianças entre os 15 e os 18 anos são as que tiveram uma menor percentagem de internamentos por queda (16%).

Número e percentagem de internamentos por grupo etário entre 2000 e 2009 (ACS)

| Grupo etário | Total | Percentagem |
|--------------|--------|-------------|
| 0-4 | 11.523 | 29% |
| 5-9 | 11.555 | 29% |
| 10-14 | 10.536 | 26% |
| 15-18 | 6.466 | 16% |

- As quedas de um nível para o outro (E880 a E884, n=7295, 18% do total) são responsáveis pelo maior número de internamentos em crianças e jovens até aos 18 anos, seguidas das quedas no mesmo nível – escorregão ou tropeção e colisão ou empurrão (E885 e E886 - n=4744; 12% do total). Relativamente a 70% dos internamentos não se conhece o tipo de queda associada.

- Nas quedas de um nível para o outro, as outras quedas de um nível para o outro (quedas sem correspondência na classificação existente para este parâmetro - n=4859) e as quedas de/ou fora de edifício ou outra construção (n=1137) são as responsáveis pelo maior número de internamentos, seguidas de quedas de escadas ou degraus (n=1025) e quedas em buraco ou outra abertura na superfície (n=184).
- Nas quedas ao mesmo nível as que acontecem por escorregão ou tropeção (n=3420) originam mais frequentemente o internamento do que as quedas ao mesmo nível por colisão ou empurrão (n=1324).

Distribuição percentual de internamentos por mecanismo de lesão 2000 e 2009 (ACS)

| Mecanismo da lesão | | Subtotal | | Total |
|---|---|----------------|-------|-----------------|
| Queda de um nível para o outro | E880 – Queda de escadas ou degraus | 1.025 (14%) | | 7.295 (18%) |
| | E881 – Queda de escadote ou andaime | 90 (1,2%) | | |
| | E882 – Queda de/ou fora de edifício ou outra construção | 1.137 (16%) | | |
| | E883 – Queda em buraco ou outra abertura na superfície | 184 (2,3%) | | |
| | E884 – Outras quedas de um nível para outro | 4.859 (67%) | (61%) | |
| Queda no mesmo nível | E885 – Queda no mesmo nível – escorregar ou tropeçar | 3.420 (72%) | | 4.744 (12%) |
| | E886 – Queda no mesmo nível – colisão ou empurrão | 1.324 (28%) | (39%) | |
| Total de internamentos por quedas cujo mecanismo é conhecido | | | | |
| 12.039 | | | | |
| Tipo de queda desconhecido | E887 – Fractura de causa não específica | 1.792 | | 28.041 (70%) |
| | E888 – Outra queda não específica | 26.249 | | |
| Total de internamentos | | | | 40.080 |

A análise do tipo de queda nos vários grupos etários permite observar que:

- O internamento por queda de escadas ou degraus e de escadotes ou andaimes é maior na faixa etária dos 0 aos 4 anos.
- O internamento por queda de/ou fora de edifício ou outra construção é maior nos grupos etários dos 5 aos 9 anos e 0 aos 4 dos anos.
- O internamento por queda em buraco ou outra abertura na superfície é maior nos grupos etários dos 15 aos 18 anos e dos 10 aos 14 anos.
- O internamento por outras quedas de um nível para o outro é maior no grupo etário dos 0 aos 4 anos.
- O internamento por queda no mesmo nível (escorregar ou tropeçar) é maior no grupo etário dos 5 aos 9 anos.

- O internamento por queda ao mesmo nível (colisão ou empurrão) é maior no grupo etário dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 18 anos.

Distribuição percentual de internamentos por mecanismo de lesão e grupo etário 2000 e 2009 (ACS)

| Mecanismo da lesão | | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-18 | Total |
|---------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| Quedas de um nível para o outro | E880 – Queda de escadas ou degraus | 477 (47%) | 257 (25%) | 183 (18%) | 108 (11%) | 1025 |
| | E881 – Queda de escadote ou andaime | 41 (46%) | 19 (21%) | 15 (17%) | 15 (17%) | 90 |
| | E882 – Queda de/ou fora de edifício ou outra construção | 352 (31%) | 368 (32%) | 253 (22%) | 164 (14%) | 1.137 |
| | E883 – Queda em buraco ou outra abertura na superfície | 26 (14%) | 29 (16%) | 60 (33%) | 69 (38%) | 184 |
| | E884 – Outras quedas de um nível para outro | 2.525 (52%) | 1203 (25%) | 745 (15%) | 386 (8%) | 4.859 |
| Queda no mesmo nível | E885 – Queda no mesmo nível – escorregar ou tropeçar | 806 (24%) | 1184 (35%) | 955 (28%) | 475 (14%) | 3.420 |
| | E886 – Queda no mesmo nível – colisão ou empurrão | 56 (4%) | 184 (14%) | 554 (42%) | 530 (40%) | 1.324 |
| Tipo de queda desconhecido | E887 – Fractura de causa não específica | 209 | 410 | 634 | 539 | 1792 |
| | E888 – Outra queda não específica | 7.031 | 7.901 | 7.137 | 4.180 | 26.249 |
| Total de internamentos | | 11.523 | 11.555 | 10.536 | 6.466 | 40.080 |

A análise da mortalidade nas crianças que foram internadas na sequência de uma queda permite observar que:

- No total das crianças internadas por queda ocorreram 63 mortes (0,16%) no período em análise (ACS): 43% (n=27) de crianças com idade compreendida entre os 0 e os 4 anos, 27% (n=17) entre os 15 e 18 anos, 18% (n=11) entre os 5 e 9 anos e 11% (n=7) entre os 10 e 14 anos.
- As quedas de um nível para o outro (n=35) são, no conjunto, as responsáveis pelo maior número de mortes nas crianças e jovens internados. A salientar neste grupo 10 mortes por queda de/ou fora de edifício ou outra construção (n=10).
- Nas quedas no mesmo nível as por escorregão ou tropeção são as responsáveis pela totalidade de mortes em crianças internadas (n=5).

Mortalidade nos internamentos por queda entre 2000 e 2009 (ACS)

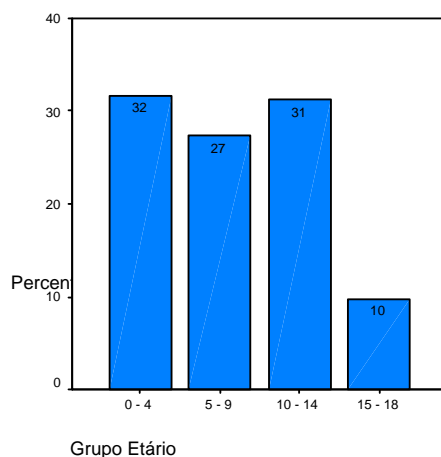
| Mecanismo da lesão | | Total | Total |
|---------------------------------|---|-------|-------|
| Quedas de um nível para o outro | E880 – Queda de escadas ou degraus | 4 | 35 |
| | E881 – Queda de escadote ou andaime | 1 | |
| | E882 – Queda de/ou fora de edifício ou outra construção | 10 | |
| | E883 – Queda em buraco ou outra abertura na superfície | 3 | |
| | E884 – Outras quedas de um nível para outro | 17 | |
| Queda no mesmo nível | E885 – Queda no mesmo nível – escorregar ou tropeçar | 5 | 5 |
| | E886 – Queda no mesmo nível – colisão ou empurrão | 0 | |
| Tipo de queda desconhecido | E887 – Fractura de causa não específica | 0 | |
| | E888 – Outra queda não específica | 23 | |

3 - Quedas em crianças e jovens até aos 18 anos – Idas às urgências

A análise dos dados recolhidos pelo ADÉLIA, respeitantes a 49.557.000 idas às urgências, entre 2003 e 2008, na sequência de uma queda acidental, permitem verificar que:

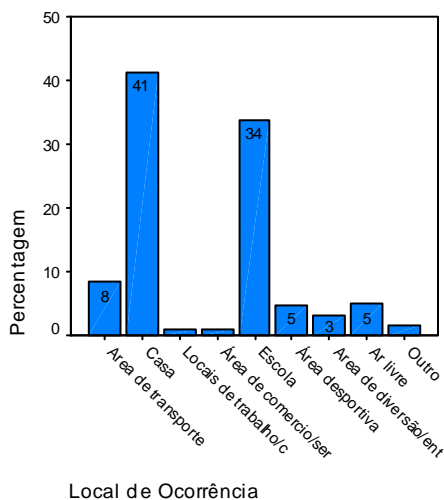
- 60% eram crianças do sexo masculino, 40% crianças do sexo feminino.
- 32% das crianças tinham idade compreendida entre os 0 e os 4 anos; 31% entre os 10 e os 14 anos, 27% entre os 5 e os 9 anos e 10% entre os 15 e os 18 anos.

Distribuição percentual dos acidentes por queda por grupo etário (ADÉLIA)



- 41% dos acidentes ocorreram em casa, 34% na escola, 9% em áreas de transporte, 5% ao ar livre e em área desportiva (exequo) e 3% em área de diversão e entretenimento.

Distribuição percentual dos acidentes por queda pelo local de ocorrência (ADÉLIA)

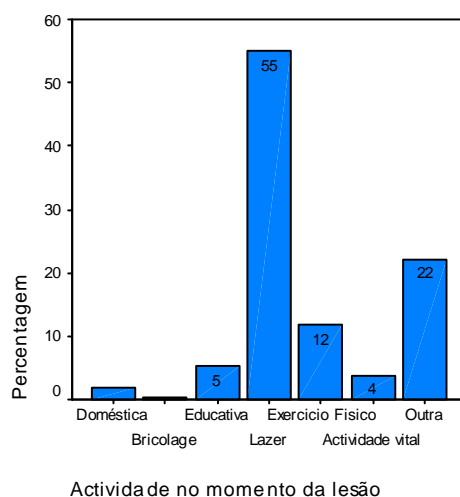


- As quedas em casa ocorreram em maior percentagem nas crianças com idades entre os 0 e os 4 anos (53%).
- Nas áreas de transporte em crianças entre os 5 e 9 anos (33%) e entre os 10 e 14 anos (31%).
- Nas áreas de serviço e comércio em crianças entre os 0 e os 4 anos (62%).
- Na escola em crianças entre os 10 e os 14 anos (54%).
- Nas áreas desportivas em crianças entre os 10 e 14 anos (49%).
- Nas áreas de diversão e entretenimento em crianças entre os 5 e os 9 anos (36%).
- E ao ar livre em crianças entre os 10 e os 14 anos (34%).

No que diz respeito à actividade desenvolvida na altura do acidente, bem como, ao tipo de lesões e parte do corpo mais afectada, a análise dos dados recolhidos pelo ADÉLIA, permitiu ainda observar que:

- 55% das crianças desenvolviam actividades de lazer na altura da queda, 12% desporto/exercício físico, 5% actividade educativa e 4% actividade vital. 22% desenvolviam outro tipo de actividade ou actividade desconhecida.

Distribuição percentual dos acidentes por queda por actividade desenvolvida (ADELIA)



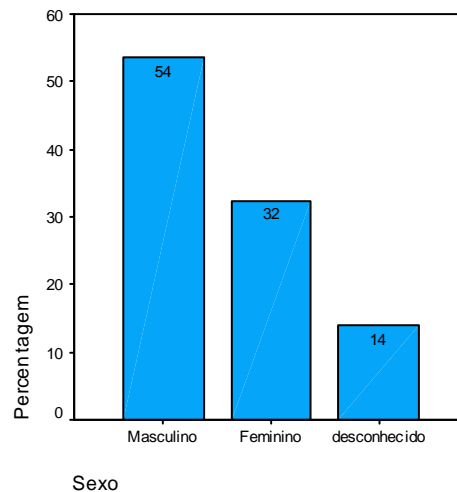
- 39% das crianças sofreram contusão/hematomas, 17% concussões, 13% esfolamentos e 12% ferida aberta. Em 19% dos casos não é especificado o tipo de lesão associada à queda.
- Os membros foram a parte do corpo mais afectada (41%) seguidos da cabeça (34%) e do tronco (14%). 4% das crianças sofreram lesões múltiplas (em várias partes do corpo). Na cabeça, o crânio é a parte mais frequentemente lesionada (19%); no tronco é a coluna (2,4%) e nos membros são os braços (16%) e o pé (14%).
- 52% das crianças que sofreram lesões na cabeça tinham entre os 0 e os 4 anos, 34% das que sofreram lesões no tronco entre os 10 e 14 anos e 43% das que sofreram lesões nos membros entre os 10 e 14 anos..
- Após observação, 74% das crianças não teve seguimento, 13% foram referenciadas para consulta, 6% faleceram, 4% foram internadas e 3% tiveram outro seguimento.

4 - Estudo de casos de quedas recolhidos em recortes de imprensa (2001 a 2009)

Entre 2001 e 2009 registaram-se na imprensa **114** acidentes por quedas em crianças e jovens até aos 18 anos, sendo que:

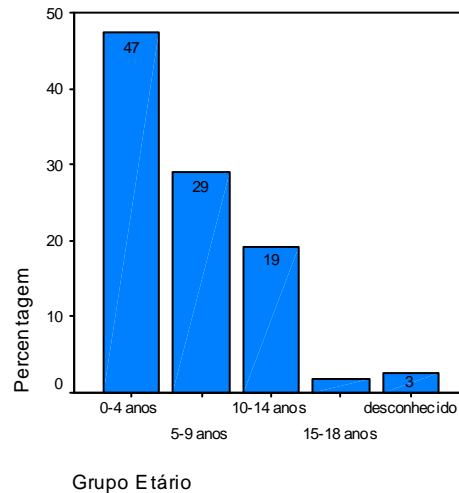
- 54% (n=61) ocorreram em crianças do sexo masculino e 33% (n=37) em crianças do sexo feminino; em 14% dos casos desconhece-se o sexo da criança.

Distribuição percentual dos acidentes por queda por sexo (Recortes de Imprensa)



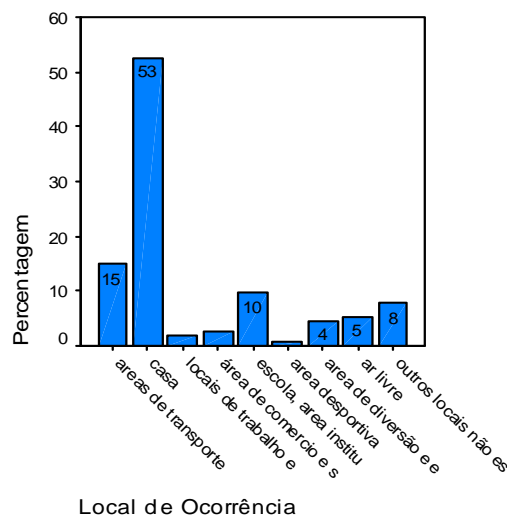
- 76% das quedas ocorreram em crianças com idade até aos 9 anos de idade. Mais especificamente 47% (n=54) em crianças entre os 0 e os 4 anos, 29% (n=33) em crianças entre os 5 e 9 anos e 19% (n=22) em crianças entre os 10 e 14 anos. É entre os 15 e os 18 anos de idade que se verificam menos acidentes por quedas registados pelos recortes de imprensa (2%, n=2). Em 3% dos registos desconhece-se a idade da criança.

Distribuição percentual dos acidentes por queda por grupo etário (Recortes de Imprensa)



- A casa é o local onde se registaram mais acidentes por queda (53%; n=60), seguida das áreas de transporte (15%, n=17), escola/área institucional (10%; n=11), ar livre (5%; n=6) e área de diversão ou entretenimento (4%, n=5). A registar a ocorrência de 2 acidentes por queda em locais de trabalho e campo. 8% dos registos não identificam o local de ocorrência do acidente.

Distribuição percentual dos acidentes por queda por local de ocorrência (Recortes de Imprensa)



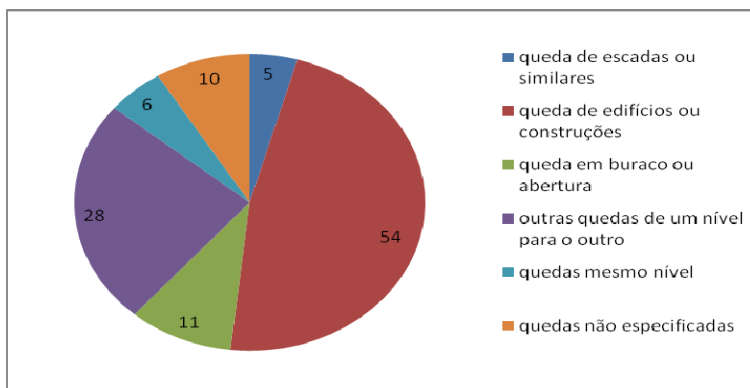
- 86% das quedas são de um nível para o outro e 5% são quedas no mesmo nível. Em 9% (n=10) dos registos não é mencionado o tipo de queda.
- Das quedas de um nível para o outro, 54 ocorreram de/ou fora de edifício ou outra construção³, 28 foram outras quedas de um nível para o outro (ex: muro, cavalo, postes de AT,

³ As quedas de edifícios ou outras construções incluem quedas de varandas e janelas bem como de terraços e telhados de construções mais térreas (casa de banho numa piscina por exemplo). Os produtos principais envolvidos foram codificados

falésia, carro, equipamento de uso individual com rodas – 5 casos -, equipamentos desportivo e parque infantil – 3 casos, ...), 11 quedas em buracos ou outras aberturas (ex: poços, abertura de contentor ao nível do solo, buraco em obras, caixa de escoamento de águas aberta, ...) e 5 foram quedas em ou de escadas ou similares.

- As quedas ao mesmo nível são quedas por escorregão, tropeção, colisão e empurrão.

Distribuição dos acidentes por queda por mecanismo de lesão (Recortes de Imprensa)



- As quedas em escadas ou similares são mais frequentes nas crianças com idade entre os 5 e os 9 anos (40%, n=2) e os 10 e os 14 anos (40%, n=2).
- As quedas de edifício ou outra construção são mais frequentes em crianças dos 0 aos 4 anos (67%, n= 36) e dos 5 aos 9 anos (28%, n=15).
- As quedas em buracos ou outras aberturas similares são mais frequentes em crianças dos 0 aos 4 anos (36%, n=4) e dos 10 aos 14 anos (27%, n=3).
- As outras quedas de um nível para o outro são mais frequentes nas faixas etárias dos 10 aos 14 anos 39%, n= 11), dos 0 aos 4 anos (29%, n=8) e dos 5 aos 9 anos (25%, n=7).
- As quedas ao mesmo nível ocorrem em maior percentagem em crianças dos 5 aos 9 anos (67%, n=4) seguidas por crianças entre os 0 e os 4 anos (33%, n=2).

Ao analisar o tipo de queda e o local onde ocorreu o acidente podemos verificar que:

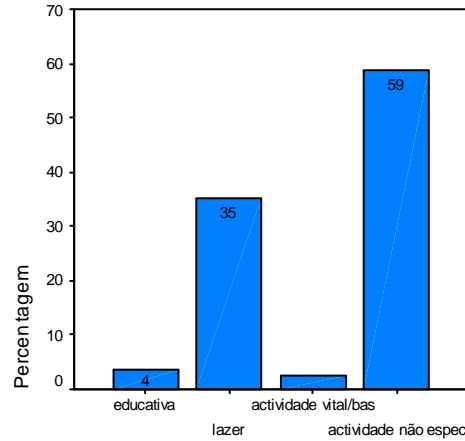
- As quedas de escadas verificam-se mais em casa (60%, n=3) e na escola (40%, n=2).
- As quedas de edifício ou outra construção ocorreram maioritariamente em casa (87%, n=47) também.
- A queda em buraco ou outra abertura ocorreu em maior percentagem em casa (46%) e em áreas de transporte (36%, n=4).
- As outras quedas de um nível para o outro foram mais frequentes em áreas de transporte (39%, n=11) e ao ar livre (14%, n=4), seguidas da casa, escola e áreas de diversão e entretenimento exequo (11%, n=3).
- As quedas ao mesmo nível ocorreram em maior percentagem na escola (50%, n=3), casa (33%, n=2) e em áreas de transporte (17%, n=1).

Quanto à actividade no momento do acidente e lesões e parte do corpo afectadas:

- 35% (n=40) das crianças estavam a desenvolver uma actividade de lazer quando ocorreu o acidente; 4% desenvolviam uma actividade educativa e 3% uma actividade vital/básica. Em mais de metade dos registos (59%) não é especificada a actividade que a criança desenvolvia na altura do acidente.

como varandas/janelas mas em 2 destes casos também surgem associadas peças de mobiliário (cadeira, cama) que facilitaram o acesso à janela.

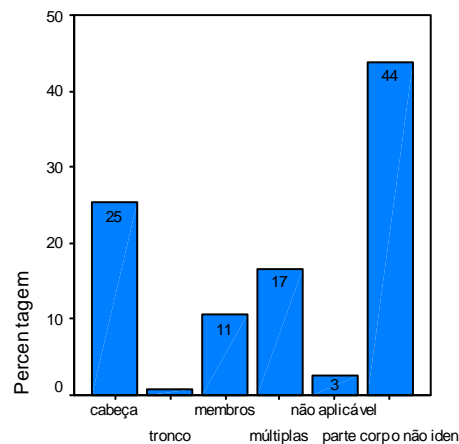
Distribuição percentual dos acidentes por queda por actividade desenvolvida (Recortes de Imprensa)



Actividade no momento da lesão

- A cabeça é a parte do corpo mais lesionada (25%) seguida dos membros (11%). Em 17% dos acidentes registados as crianças lesionaram várias partes do corpo e em 44% dos registos não é especificada a parte do corpo lesionada.

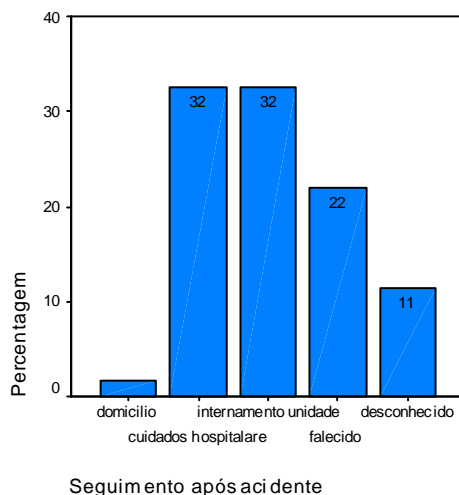
Distribuição percentual dos acidentes por queda por parte do corpo lesionada (Recortes de Imprensa)



Parte do corpo lesionada

- 64% das crianças foram encaminhadas para unidades de saúde hospitalar (centro de saúde ou hospital) onde receberam cuidados de saúde ou ficaram internadas e 22% das crianças faleceram em consequência das lesões provocadas pelo acidente. Em 11% dos casos desconhece-se o seguimento que as crianças tiveram após o acidente.

Distribuição percentual dos acidentes por queda por seguimento após o acidente (Recortes de Imprensa)



Uma análise dos produtos envolvidos nos acidentes por queda, recolhidos através dos recortes de imprensa permite observar que:

- Em 13% dos acidentes não é referido o produto envolvido no acidente
- As varandas e janelas de edifícios são os produtos que aparecem mais vezes associados às quedas (38%), logo seguidas dos buracos ou outras aberturas (10%), tecto/telhado/terraço e muro (5%), escadas (4%), bicicleta (4%) e de veículos motorizados (carro/TCC/ tractor – 3,5%).

Produto envolvido no acidente

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------|------------|-------------|
| escada | 5 | 4,4 |
| varanda/janela | 43 | 37,7 |
| tecto, telhado, terraço | 6 | 5,3 |
| banco, cadeira | 1 | ,9 |
| slide | 1 | ,9 |
| baloço | 1 | ,9 |
| berço/cama | 2 | 1,8 |
| bicicleta | 5 | 4,4 |
| carro, TCC, tractor | 4 | 3,5 |
| insuflavel | 1 | ,9 |
| buraco ou outra abertura | 11 | 9,6 |
| bola | 2 | 1,8 |
| cavalo | 1 | ,9 |
| falesia/morro/ravina | 3 | 2,6 |
| muro | 6 | 5,3 |
| pavimento | 1 | ,9 |
| peessoa | 3 | 2,6 |
| blocos de cimento | 1 | ,9 |
| poste alta tensão | 2 | 1,8 |
| produto não especificado | 15 | 13,2 |
| Total | 114 | 100,0 |

Quanto aos produtos que causaram a lesão foi possível verificar que os pavimentos, no geral, representam 73% dos produtos causadores da lesão, dos quais 45% dizem respeito a pavimentos de estrada, rua, passeio; seguidos de fundo de buraco ou outra abertura (7%), degraus (3%) e fios e ferros (2%). Em 12% dos casos não é especificado o produto causador da lesão.

Produto causador da lesão

| | Frequência | Porcentagem |
|--|------------|-------------|
| pavimento ajardinado/vegetação | 3 | 2,6 |
| pavimento (estrada, passeio) | 51 | 44,7 |
| pavimento naturais/materiais soltos | 8 | 7,0 |
| pavimento não especificado | 21 | 18,4 |
| carro | 1 | ,9 |
| fios, ferros/obras | 2 | 1,8 |
| degraus | 3 | 2,6 |
| fundo de buraco ou outra abertura/poço | 8 | 7,0 |
| arvore | 1 | ,9 |
| lareira | 1 | ,9 |
| produto não especificado | 14 | 12,3 |
| blocos de cimento | 1 | ,9 |
| Total | 114 | 100,0 |

IV – Conclusões

1. Entre 2000 e 2009, 104 crianças e jovens morreram na sequência de uma queda e 40.000 tiveram que ser internadas.

A maior parte das crianças e jovens que morreram (INE, 2002-2009) e foram internadas (ACS, 2000-2009) na sequência de uma queda são do sexo masculino (76% das mortes, 69% dos internamentos), sendo que, o maior número de mortes ocorreu entre os 15 e os 19 anos (24 casos) e o 1 e os 4 anos (19 casos). Os internamentos, por seu turno, ocorrem mais nas crianças mais pequenas (29%, dos 0 aos 4 anos, 29% dos 5 aos 9 anos).

Apesar de, em muitos casos, não se conhecer o tipo de queda associada, é possível, a partir das situações onde existe esta informação (50% das mortes e 30% dos internamentos), identificar qual o tipo de queda que provoca mais mortes e internamentos.

2. A maior parte das mortes resultam de quedas de edifícios e outras construções.

De acordo com os dados disponibilizados pelo INE (2002-2009), 31% das mortes resultaram de uma queda de edifícios ou outras construções, sendo que a maior parte destes casos aconteceu com crianças até aos 9 anos (8 casos com crianças entre o 1 e os 4 anos e 7 casos entre os 5 e os 9 anos). Há ainda a registar 7 casos de crianças que sofreram uma queda de um nível para o outro não especificada, sendo que 3 destas tinham entre 1 e 4 anos. São ainda referidas mortes que resultaram de queda de leito, queda de árvore, penhasco, mergulho ou salto para a água, sendo que estas, por razões relacionadas com o segredo estatístico não são possíveis de quantificar.

O tipo de lesão mais frequentemente associado a estas mortes é a lesão traumática intracraniana.

3. As quedas de um nível para o outro são responsáveis pelo maior número de internamentos.

Nos casos de internamento (ACS, 2000-2009) relativamente aos quais se conhece o tipo de queda associada, as quedas de um nível para o outro representam aproximadamente 61%, sendo que destas, mais de metade são quedas de um nível para o outro não especificadas⁴ (67%), logo seguidas das quedas de edifícios e/ou outras construções (16%) e quedas de escadas ou degraus (14%). As quedas ao mesmo nível representam 39% dos internamentos, sendo que, a maior parte são quedas por tropeção/escorregão (72% das quedas ao mesmo nível).

14

4. Os internamentos que resultam de quedas de um nível para o outro, de uma maneira geral, são mais frequentes nas crianças mais novas.

Os internamentos resultantes de quedas de escadas/degraus e outras quedas de um nível para outro (não especificadas) são mais frequentes nas crianças entre os 0 e os 4 anos de idade e as quedas de edifícios/construções até aos 9 anos (grupo etário dos 0 aos 4 anos, sensivelmente com o mesmo número de internamentos que o grupo etário dos 5 aos 9 anos). Apenas nas quedas em buracos ou aberturas as crianças mais velhas são as mais atingidas (a partir dos 10 anos).

Os internamentos por quedas ao mesmo nível por escorregão ou tropeção são mais frequentes em crianças entre os 5 e 9 anos, enquanto que as quedas por colisão ou empurrão são mais frequentes a partir dos 10 anos.

5. A maior parte das quedas ocorreram em casa e na escola.

A análise dos dados recolhidos pelo ADÉLIA (respeitantes a aproximadamente 50.000 idas às urgências, entre 2003 e 2008) mostram que 41% das quedas aconteceram em casa e 34% na escola. Em casa mais de metade das quedas (53%) ocorre com crianças até aos 4 anos. Na escola a maior parte (54%) acontece entre os 10 e os 14 anos. Mais de 55% das crianças estavam envolvidas em actividades de lazer no momento em que se deu a queda. Ainda de acordo com estes dados, os membros e a cabeça são as partes do corpo mais afectadas (41% e 34% respectivamente). A maior parte das lesões nos membros (braços e pés) ocorreram com as crianças dos 10 aos 14 anos (43%) e das lesões na cabeça com as crianças dos 0 aos 4 anos (52%).

6. As varandas e as janelas são o produto que aparece mais vezes associado às quedas acidentais.

O estudo de casos dos registos de recortes de imprensa da APSI (114 casos, entre 2001 e 2009) permite ainda identificar que as varandas e as janelas são os produtos que aparecem mais vezes envolvidos em quedas (38%), seguidos dos buracos ou outras aberturas (10%)⁵. Na maior parte dos casos o produto causador da lesão é o piso/pavimento, sendo que a estrada/passeio representa 45% das situações.

V – Medidas necessárias

Os resultados deste estudo mostram claramente que as quedas com consequências mais graves estão relacionadas com os espaços construídos e que a construção ainda não salvaguarda de forma

⁴ Inclui queda de equipamento de recreio, queda de cadeira, queda de cadeira de rodas, queda da cama, queda de mobiliário de casa de banho, queda de outra mobília, queda de talude, palheiro, árvore,...

⁵ Inclui buracos ou aberturas na via pública, poços,...

eficiente a segurança das crianças. **É urgente projectar e construir habitações e escolas adaptadas às características e necessidades das crianças.** Só desta forma poderemos reduzir o nº de mortes e internamentos resultantes de quedas de edifícios (varandas, janelas) e quedas de escadas. Não só as construções novas, mas também as construções existentes devem cumprir requisitos mínimos de segurança de forma a não apresentarem riscos inaceitáveis de acidente durante a sua utilização normal e previsível, como aliás prevê a Directiva Comunitária dos Produtos de Construção.

A adaptação dos ambientes construídos é essencial. A colocação de guardas eficazes nas varandas e terraços (não escaláveis e difíceis de transpor ou gerar desequilíbrios), de limitadores de abertura nas janelas (abertura máxima 9 cm) e cancelas em escadas (no topo e em baixo) são medidas fundamentais.

Muito recentemente foi publicada uma Norma Portuguesa para Guardas para Edifícios (NP 4491 2009), que apesar de ser uma referência técnica de aplicação voluntária, ainda não começou a surtir efeitos práticos em termos do desenho e construção de guardas eficazes na prevenção de quedas de crianças. **É necessário que os municípios adoptem esta norma no âmbito dos Regulamentos Municipais de Urbanização e Edificação de forma a** que se harmonizem os requisitos existentes para guardas para edifícios. É necessário também uma intervenção coordenada das autarquias e/ou do Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana e Edificação, bem como dos serviços de saúde pública e acção social, para uma **avaliação de risco do edificado existente** e eventual adaptação aos requisitos das novas normas (Menezes, H.; Eloy, S.; APSI, 2009). Para além disso, é fundamental **publicar de imediato o novo Regime Geral para Edificações**, que já previa na sua versão final de Janeiro de 2007, a alteração das regras de construção, nomeadamente nas habitações, de forma a reduzir o risco de queda de crianças de janelas, varandas e escadas.

Paralelamente, é necessário **fomentar a implementação de um programa de visitas domiciliárias a nível nacional a famílias com crianças**, que inclua a educação para a saúde e avaliação de risco, na perspectiva de prevenção das quedas, assim como, **promover a formação dos estudantes e profissionais** ligados ao desenho e construção de edifícios.

Este estudo mostrou ainda a necessidade de **melhorar o sistema de registo e codificação dos acidentes por queda**. A percentagem de quedas relativamente às quais se desconhece a causa específica é muito alta (50% das mortes e 29% dos internamentos), para além do que, a categoria “outras quedas de um nível para o outro”, abarca um número muito elevado de quedas não especificadas (sabe-se que são de um nível para o outro, mas não se conhece o tipo de queda específico). Este facto, impossibilita um conhecimento completo e detalhado da realidade e pode “mascarar” alguma situação relevante em termos das quedas com crianças e jovens. Para além disso, informações mais pormenorizadas das condições em que as quedas ocorrem, no levantamento associado à mortalidade e internamentos (que implicariam a inclusão de mais parâmetros de registo), são essenciais para um retrato mais fiel da realidade e conseqüentemente uma definição de estratégias mais direccionadas e eficazes.

Finalmente, é evidente a necessidade de uma intervenção estratégica e multidisciplinar para controlar e reduzir eficazmente o problema das quedas acidentais nas crianças e jovens. Os trabalhos a decorrer ao nível do PASI, Plano de Acção de Segurança Infantil, cuja coordenação oficial cabe ao Alto Comissariado da Saúde e coordenação técnica à APSI, darão certamente uma contribuição decisiva, sendo que, o presente estudo será também um contributo essencial na definição de estratégias no PASI.



Associação para a Promoção
da Segurança Infantil

QUEDAS EM CRIANÇAS E JOVENS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO (2000-2009)

VI - Referências Bibliográficas

- A sua varanda é segura? (APSI, 2008)
- ADELIA Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada, Relatório 2006 – 2008 (INSA, 2011)
- European Report on Child Injury Prevention (World Health Organization, WHO, 2008)
- Segurança das Crianças nos Ambientes Construídos – Responsabilidade e Boas Práticas (Menezes, H., Eloy, Sara, 2009)

16

Ficha Técnica

Edição: APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

Autoria: Sandra Nascimento, Sónia Anjos

Apoio financeiro: Century 21 Portugal

Data de Publicação: Maio 2011

Agradecimentos

Ao Alto Comissariado da Saúde (ACS), Instituto Nacional de Estatística (INE), Instituto Ricardo Jorge (INSA) pela cedência de dados

À Century 21 Portugal pelo apoio financeiro



Associação para a Promoção
da Segurança Infantil

Em parceria com:

