

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/ENSP**  
**CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO**  
**TRABALHADOR**  
**E ECOLOGIA HUMANA/CESTEH**

**SAÚDE E TRABALHO INFANTO-JUVENIL:  
ANÁLISE DE SITUAÇÕES DE RISCO NA  
REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE  
JANEIRO E PROPOSTAS DE PREVENÇÃO**

**Relatório - Março de 1998**

**PROJETO INTEGRADO DE PESQUISA**

*Krishnamurti Sarmiento Junior*  
(Bolsista de Iniciação Científica)

*Carlos Minayo Gomez*  
(Coordenador)

## ⇒ *Introdução*

O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana - CESTEHE - da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP - criado em 1985, tem por objetivos realizar pesquisas, desenvolver tecnologias e promover a formação de recursos humanos, bem como atividades de serviço e cooperação técnico-científica no campo da Saúde Coletiva. Sob uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, vem incorporando, desde então, profissionais de diversas áreas de conhecimento, como as ciências sociais, a epidemiologia, a clínica, a engenharia, a psicologia e a toxicologia, entre outras. Além dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, nas sub-áreas de concentração em Saúde do Trabalhador e Toxicologia Ocupacional/Ambiental, e do curso regular de especialização, ministram-se outros cursos, de modalidades diversas, em cooperação com organizações da sociedade civil e instituições da área de Saúde Pública e Universidades, em âmbito nacional e internacional. Empenha-se, mais recentemente, em construir uma linha de investigação relativa às repercussões do trabalho de crianças e adolescentes sobre sua saúde. Para seu estabelecimento conta-se também, no âmbito da FIOCRUZ, com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde - CLAVES. Este Centro tem acumulado um significativo acervo de dados, estudos e publicações, que apontam - e propõem alternativas para enfrentar - formas diversas de violência a que está submetida essa faixa etária, nitidamente crescente no grupo de 15 a 19 anos. Conjugando esforços no sentido de desvendar em que medida essa violência relaciona-se às atividades em que se insere esse segmento populacional, nos espaços de trabalho formais e informais, bem como em alternativas diversas de sobrevivência, constitui-se numa etapa inicial indispensável que conduza gradativamente à caracterização e explicação da multiplicidade de situações de risco presentes nos ambientes internos e/ou externos a que essa população está exposta.

Os estudos realizados pelo CLAVES, no Município do Rio de Janeiro, mostram que, no período de 1980 a 1994, a mortalidade por causas externas, na faixa etária de 10 a 19 anos, representava 63% do total de óbitos. Do total de óbitos, majoritariamente no sexo masculino, 82% situam-se nesta faixa etária, sendo que 49,9% ocorreram em hospitais, 33,9% em vias públicas e 2,4% em domicílios; 79,7%

foram atestadas pelo Instituto Médico Legal. Os acidentes de trânsito preponderam na faixa de 10 a 14 anos, enquanto os homicídios são mais freqüentes na de 15 a 19 anos. Cabe apontar, no entanto, uma significativa deficiência quanto ao esclarecimento da causa básica do óbito, expressa no fato de 47.1 % das mortes por causas externas, entre 1980 e 1994, na faixa de 10 a 19 anos, terem sido incluídas no grupo das lesões ignoradas.

Outra investigação do mesmo Centro, no ano de 1996, nas emergências dos Hospitais Municipais Miguel Couto (MC) e Salgado Filho (SF) do Rio de Janeiro, cujo relatório final está em fase de elaboração, mostra que 15% de todas as causas externas foram decorrentes de acidentes de trabalho. As vítimas desses acidentes, na faixa etária de 10 a 14 anos, representavam 0.8% em ambos hospitais, enquanto as de 15 a 19 corresponderam a 9.1% no MC e 5.6 no SF. Não foram considerados na categoria de acidentes de trabalho os acidentes de percurso. Segundo dados do Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do número total de acidentes de trabalho notificados pela emergência de três hospitais, em 1994, 5% ocorreram na faixa de 10 a 19 anos. Em 1996, do total de acidentes de trabalho notificados pela rede municipal, 9,5% se deram nessa faixa etária.

O presente projeto responde, portanto, à necessidade de obter um quadro mais real dos acidentes e doenças do trabalho na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que permita progressivamente ir superando a elevada subnotificação e qualificação artificializadoras das estatísticas oficiais, dado que, entre outras razões, os registros existentes vêm sustentados na lógica da concessão de benefícios previdenciários a trabalhadores acidentados com vínculos formais. Nesse sentido, os dados do Rio de Janeiro são ilustrativos. Em 1994, conforme o Anuário Estatístico da Previdência Social, foram registrados 388.304 casos de acidentes de trabalho urbanos no Brasil, estando representado o Estado do Rio de Janeiro com apenas 13.920 (4,68% da Região Sudeste e 3,58% da totalidade de casos no Brasil), enquanto no Estado de São Paulo foram notificados 225.580 (75,9% do Sudeste e 58,09% do Brasil). Essa situação tende a se agravar com a precarização do trabalho e a informalização da economia, sobretudo na faixa etária objeto deste estudo. Por outro lado, ao estudar os acidentes está-se lidando com eventos de grande visibilidade social, reveladores mais contundentes das condições de trabalho que os geram, constituindo um significativo indicador dos processos mais gerais de desgaste da saúde dos trabalhadores.

A investigação está concebida sob uma abordagem interdisciplinar, que alia enfoques quantitativos e qualitativos, a utilização de dados secundários e o desafio de obter dados primários, no intrincado mosaico característico dessa força de trabalho. A quantificação e a qualificação do acidente, particularmente ao introduzir sua relação com a violência, permite uma aproximação mais adequada do fenômeno acidente de trabalho. A construção de uma tipologia que corresponda a um cenário mais aproximado potencializa políticas de prevenção, estabelecendo indicadores para avaliação de tendências e correlações com mudanças conjunturais gerais e específicas decorrentes de políticas públicas, empresariais e de movimentos sociais.

### ⇒ *Considerações Iniciais*

Dada a dificuldade de se obter informações que permitam a compreensão dos elementos envolvidos no processo saúde-doença em crianças e adolescentes trabalhadores, torna-se imperativo a busca de dados primários que permitam contornar a artificialidade das estatísticas oficiais, bem como obter uma noção mais realista e direta da dinâmica dos fatores condicionantes e resultantes do fenômeno acidente de trabalho. Destaca-se então a importância de uma visão livre de preconceitos e, senão capaz, pelo menos empenhada na tentativa de analisar por completo o espectro de acontecimentos e circunstâncias que envolvem o trabalho infanto-juvenil. Não obstante, mesmo equacionando as limitações das informações disponíveis sobre a questão, o empenho esbarra em obstáculos de difícil transposição enraizados no despreparo de nossa sociedade em lidar com o problema.

Como já observado em trabalhos publicados pelo CLAVES na mesma linha de pesquisa, o recurso aos registros de ocorrência (RO) da Secretaria e das Delegacias de Polícia Civil constituem importantes fontes de informação, dado que em ambulatórios de saúde dificilmente se registram casos de violência contra crianças e adolescentes, o que impede a realização de estudos epidemiológicos. Acreditamos que podemos acrescentar como fonte valiosa de informação os Boletins de Emergência de serviços públicos de saúde, com a vantagem de uma maior sensibilidade na detecção de casos de violência porém obviamente limitado pela precariedade dos dados ali obtidos. Entendemos, no entanto, que o serviço de emergência assume grande importância na medida em que se configura como detector primário e (mais gravemente) muitas

vezes único, de que a sociedade dispõe no presente momento para identificar o acidente de trabalho na faixa etária em questão.

Com o intuito de aprofundar os conhecimentos na dinâmica de funcionamento dos serviços de emergência e na sua interação com a problemática do atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência ou causa externa relacionada ao trabalho, realizou-se um trabalho de campo preliminar, de caráter descritivo e informal, no acompanhamento do Serviço de Emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar.

### ⇒ *Diretrizes da pesquisa de campo*

Segundo informação divulgada pela Secretaria Municipal de Saúde, o Serviço de Emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar é o maior da América Latina. Durante várias semanas, acompanhou-se a rotina do Serviço, observando as atividades e conversando com diversos profissionais de saúde e funcionários. É fundamental destacar que não foi a intenção primária da pesquisa de campo traçar um perfil preciso do atendimento no Serviço de Emergência, uma vez que trata-se de um levantamento sem dados estatísticos precisos. No entanto, o relato de boa fé da dinâmica observada obteve informações valiosas para futuras análise e tratamento de dados do projeto.

### ⇒ *Informações relevantes obtidas na pesquisa de campo*

Trata-se de uma emergência aberta ao público. Alguém que queira ser atendido no Serviço de Emergência do HMSA passa pelo seguinte caminho:

- 1) Enfrenta uma fila de tamanho variável, muitas vezes mais desorganizada que propriamente grande, complicada pela má vontade dos funcionários em informar por onde o paciente deve seguir. Não é raro observar-se pacientes que desistem de obter o atendimento médico e deixam o Hospital dali mesmo.
- 2) Dirige-se à recepção, no 1º andar, onde fala com uma funcionária responsável por preencher o cabeçalho do Boletim de Emergência (BE), anotando o nome do paciente, idade, raça e endereço, bem como data, horário e motivo do atendimento. O motivo do atendimento sempre se resume a descrições sumárias compostas de

uma palavra ou expressão, como por exemplo “alega mal estar” ou simplesmente “atropelamento”.

- 3) De posse do BE o paciente se dirige ao atendimento. Se for de dia (atendimento “pela rotina”, no jargão médico) o paciente se dirige a um médico da triagem, ainda no 1º andar, que vai avaliar se há necessidade do paciente subir ao 2º andar para o atendimento na emergência. Este médico faria uma espécie de triagem dos casos, mas na imensa maioria das vezes o paciente é simplesmente encaminhado para o 2º andar. Chefes de vários plantões da emergência concordam tratar-se de fonte constante de desavenças a ineficiência da triagem no serviço. A noite não há médico de triagem, subindo o paciente para o 2º andar assim que passa pela recepção.
- 4) Se o problema for “menos grave”, o médico da triagem pode medicar e encaminhar o paciente para tomar o medicamento em uma sala da enfermagem própria para isso ainda no 1º andar.
- 5) Chegando ao 2º andar, o paciente se dirige à sala de Homens, sala de Mulheres ou Emergência pediátrica, respectivamente, onde é atendido. A partir daí pode ser liberado, admitido no Serviço de Emergência ou internado em serviço especializado.
- 6) Os pacientes trazidos pelo Corpo de Bombeiros são encaminhados diretamente ao 2º andar para a Sala de Ressucitação, onde recebem o 1º atendimento.
- 7) No caso de ferida de pequeno tamanho (segundo os livros médicos, abaixo de 4 cm de comprimento não infectada, mas na prática a ferida de aspecto menos grave), o paciente é encaminhado para a sala de sutura no próprio 1º andar onde é atendido por um acadêmico e de lá vai embora.

É difícil avaliar quantos atendimentos são feitos por dia no Serviço de Emergência. Em cálculos puramente estimativos, em torno de 700~900/dia.

A grande maioria é atendida e liberada em seguida. No caso dos pacientes internados no Serviço, tem-se:

Sala de Homens = 28 vagas oficiais, a contar pelas saídas de oxigênio de cada leito.

É sempre a sala mais super-lotada da emergência. Costuma ter em média 40 internados.

Sala de Mulheres = 28 vagas

Costuma ter em torno de 30~35 pacientes.

Politrauma = 22 vagas

Costuma manter-se com as 22 vagas cheias. A super-lotação ocorre mas é menos freqüente porque os pacientes são transferidos para as salas de E ou X assim que a de politrauma está lotada, dando lugar aos casos mais graves.

Emergência Pediátrica = 14 vagas + 1 de isolamento (desativada)

Costuma manter-se com menos pacientes que sua lotação.

*Os casos de acidente de trabalho são identificados pelo funcionário que atende o paciente na recepção e preenche o cabeçalho do BE.* Foi observado que a informação de que ele dispõe para identificar um acidente de trabalho é aquela que obtém como resposta da simples questão “O que aconteceu?”. Se o paciente refere que se machucou no trabalho, ele pergunta em seguida se tem carteira assinada. Só então ele assinala no alto do BE um carimbo onde se lê “Acidente de Trabalho” e orienta o paciente a anotar o número do BE e procurar depois o “Registro de dados”. Conversando com alguns destes funcionários, estes informaram que não adianta nem explicar ao paciente o que fazer se ele não tiver carteira assinada porque aí ele não tem direito a nada. Logo, a imensa maioria dos casos de acidente de trabalho logicamente não são identificadas nesta etapa do atendimento.

Dessa forma, quase sempre o paciente só conseguirá fazer valer seus direitos se ele pedir o número do BE, pois *não é rotina do atendimento nas salas de emergência a identificação do acidente de trabalho.*

Se o paciente sofreu um corte ou uma ferida, ele pode ser atendido diretamente na sala de sutura por um acadêmico e de lá é liberado. Mesmo que o paciente procure por seus direitos e peça o número do BE e depois vá ao “registro de dados”, o BE não terá valor legal pois nele não constará o carimbo e assinatura de nenhum médico, apenas do acadêmico.

Conversando com as assistentes sociais, mais de uma me informou que o acidente de trabalho não tem necessariamente de passar por ela. Muitas vezes os médicos encaminham o paciente para a sala da assistente social em caso de acidente de trabalho ou quando estes perguntam o que fazer, mas a assistente limita-se a entregá-lo o nº do BE e orientá-lo a procurar o Setor de Registro de dados depois. Este setor só funciona das 9 às 16 horas (sem contar a hora de almoço), tendo o paciente de esperar ou voltar no dia seguinte se quiser registrar o caso. Outro problema apontado pela assistente social são os casos, muito comuns na Ortopedia, do médico conceder

ao paciente uma licença trabalhista de alguns dias. O atestado pode servir para abono daqueles dias mas não para o registro do acidente de trabalho, para o qual o paciente vai precisar do número do BE que muitas vezes ele não anota.

Na emergência pediátrica, são atendidas crianças até os 16 anos embora, dependendo do comportamento (menor alcoolizado ou por algum motivo atrapalhando o atendimento das demais crianças) a pessoa pode ser mandada para a respectiva sala de adulto. A grande maioria das crianças vem acompanhada das mães. Cerca de uma ou duas vezes por mês, segundo uma pediatra entrevistada, aparece um menino ou menina de rua para atendimento sozinho ou trazido por outros meninos de rua. *Na pediatria nunca são identificados “acidentes de trabalho”*. São comuns casos de abuso sexual e suspeitas de crianças forçadas à prostituição, encaminhadas à assistente social. Os acidentes com crianças na rua costumam ser mais graves e constituem em sua maioria atropelamentos. A maioria dos casos internados na pediatria não são de trauma.

A intenção inicial era a de prosseguir na coleta de dados do Serviço de Emergência do HMSA. Entretanto, dada a dificuldades burocráticas em se obter acesso aos Boletins de Emergência desta instituição e na intenção de não interromper a linha de pesquisa, foi dada continuidade ao trabalho através do levantamento de boletins de emergência do HMMC, nos moldes descritos a seguir.

## ⇒ *Metadologia*

Foram levantados os Boletins de Emergência referentes a todos os atendimentos prestados no Serviço de Emergência do Hospital Municipal Miguel Couto no período de 24/01/98 a 31/01/98, sendo observado o número total de atendimentos por dia. Destes boletins, foram incluídos para fins de análise quantitativa aqueles que preenchiam aos critérios abaixo:

- > Pacientes acima de 5 anos
- > Vítimas de causas externas ou conseqüências de causas externas, de acordo com a classificação apresentada nos capítulos XIX e XX do CID 10 (anexo)

Foram excluídos de análises subseqüentes os boletins que não cumpriram a esses critérios, bem como aqueles nos quais o mal preenchimento ou a falta de dados impossibilitava a caracterização dos mesmos (tais como boletins em que não era

estabelecida a idade do paciente, boletins em que não era esclarecido o motivo do atendimento ou ainda aqueles em que a caligrafia era ilegível para 3 examinadores diferentes).

Dos Boletins de Emergência dos pacientes incluídos foram pesquisados os seguintes dados:

- 1) Número do BE
- 2) Hora de entrada
- 3) Nome
- 4) Sexo
- 5) Idade
- 6) Tipo de Lesão
- 7) Causa eficiente da lesão
- 8) Internado? (Sim ou Não)
- 9) Reconhecido como acidente de trabalho? (Sim ou Não)
- 10) Óbito? (Sim ou Não)
- 11) Dados Profissionais
- 12) Local da ocorrência
- 13) Observação (Dados complementares)

Na falta de algum destes dados em cada boletim o mesmo foi devidamente classificado como não preenchido. As informações foram anotadas como descritas no Boletim de Emergência, mesmo se relatadas de forma incorreta, abreviando-se as informações menos relevantes. Quando uma informação relevante era encontrada no BE, mesmo que descrita em campo errado, foi considerada. O campo “Observação” foi preenchido com dados complementares julgados de importância para a correlação com um possível Acidente de Trabalho.

## ⇒ *Resultados*

Foram levantados um total de 5262 boletins de emergência correspondendo à totalidade dos atendimentos no Serviço de Emergência do HMMC no período de 24/01/98 a 31/01/98, em uma média de 752 atendimentos por dia. Destes atendimentos, 1076 (20%) foram devidos a causas externas.

### Motivo do Atendimento (N=5262)

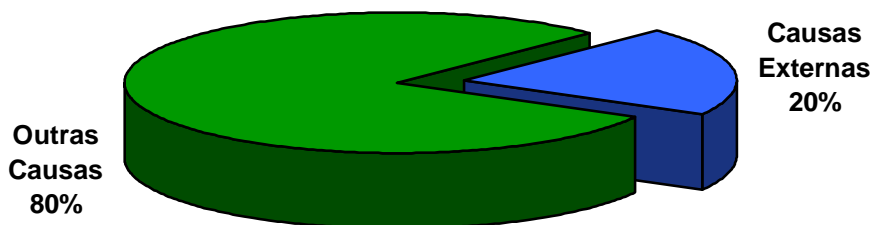


Gráfico 1

Das 1076 vítimas de causas externas, 630 (58,5%) eram do sexo masculino e 446 (41,5%) eram do sexo feminino. Na divisão por faixa etária, 376 (35%) tinham entre 5 e 21 anos, sendo que 240 (22% do total de causas externas) tinham entre 5 e 17 anos de idade. O gráfico 3 mostra a média de atendimentos por dia de pacientes entre 5 e 21 anos vítimas de causas externas.

### Distribuição das causas externas por faixa etária

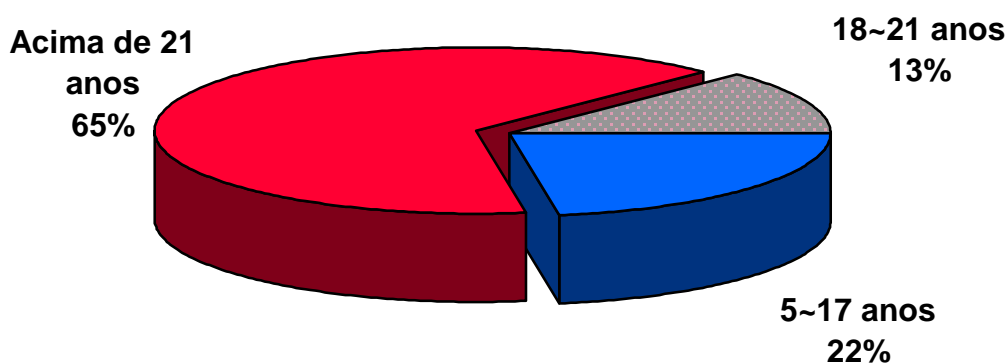


Gráfico 2

### Média diária de atendimentos de causas externas distribuídas por faixa etária

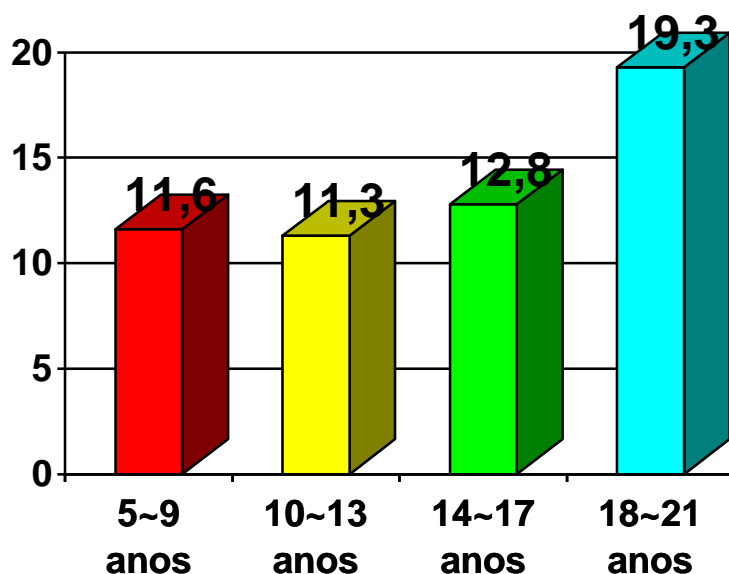


Gráfico 3

Dos 1076 atendidos por causas externas, 42 (3,9%) sofreram internação hospitalar, enquanto 12 (1,1%) evoluíram para o óbito ainda no Serviço de Emergência. O restante (95%) permaneceram por tempos variados no próprio Serviço de Emergência sendo em seguida liberados.

Foram identificados como acidentes de trabalho 58 casos (5,4%) de todos os atendimentos por causas externas. Destes, 48 (82,7%) foram em maiores de 21 anos de idade, 9 (15,5%) em vítimas entre 18 e 21 anos e apenas 1 caso (1,8%) foi identificado como acidente de trabalho em um menor de idade.

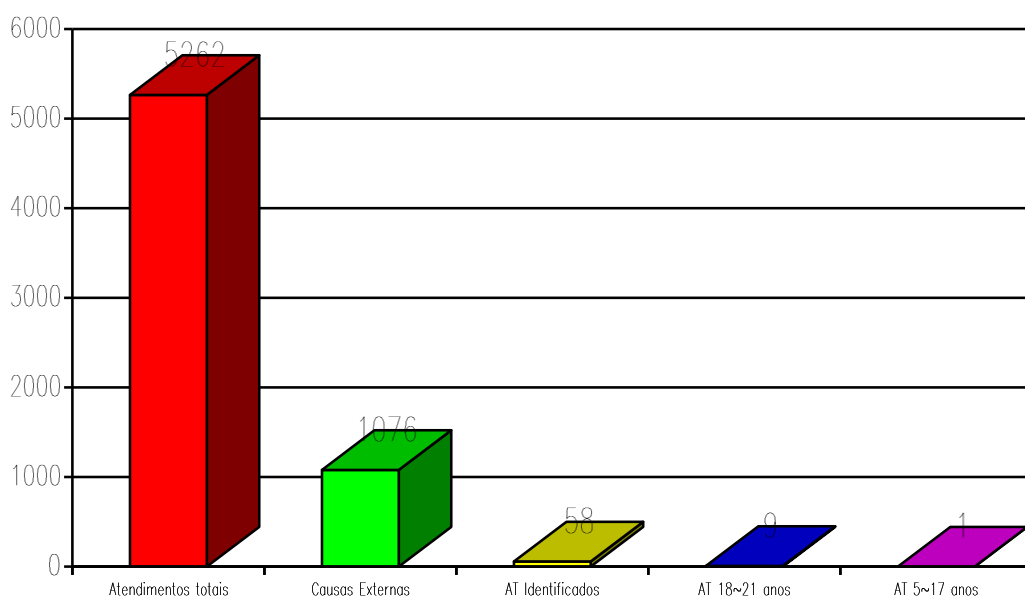


Gráfico 4

Em caso de acidente de trabalho, o boletim de emergência possui campo específico para preenchimento dos dados profissionais da vítima (dados da empresa/empregador e do empregado), que só foram preenchidos (e em todos de forma incompleta) em 4 (6,35%) casos.

A especificação da profissão da vítima, campo que faz parte da identificação do paciente para todos os atendimentos, só foi preenchida em 8 casos (0,69% do total de causas externas e 0,15% do total de atendimentos).

A causa eficiente da lesão, isto é, o agente que o paciente alega ter originado a afecção encontrada, é perguntada de forma objetiva no boletim de emergência. O referido campo, no entanto, não foi preenchido em 338 casos (31,4% de todas as causas externas). Em outros 361 casos (33,5% das causas externas) a informação ali contida era inconsistente e não permitia a identificação da causa eficiente da lesão, perfazendo um total de 64,9% nos quais a causa alegada da lesão não estava disponível. Exemplos comuns de preenchimento inadequado ou insuficiente do campo são “torção” (119 casos) ou simplesmente “trauma”/“trauma direto” (147 casos).

O local da ocorrência, que no boletim também é perguntado de forma objetiva com 3 opções (Residência, Via Pública ou Estabelecimento Público), só foi assinalado em 16 casos (1,4%).

### **Identificação da causa alegada da lesão nos casos de causas externas**

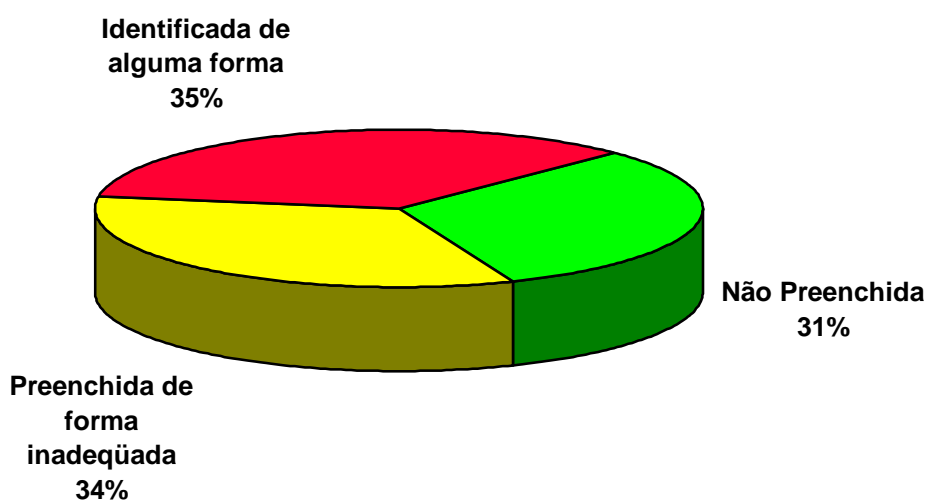


Gráfico 5

Dos atendimentos por causas externas 638 (55,2%) ocorreram entre 8:00 e 18:00, dos quais apenas 49 (7,68%) foram identificados como acidente de trabalho. O gráfico 6 mostra o número de atendimentos no período distribuídos por horário.

### Distribuição dos casos de causas externas por horário

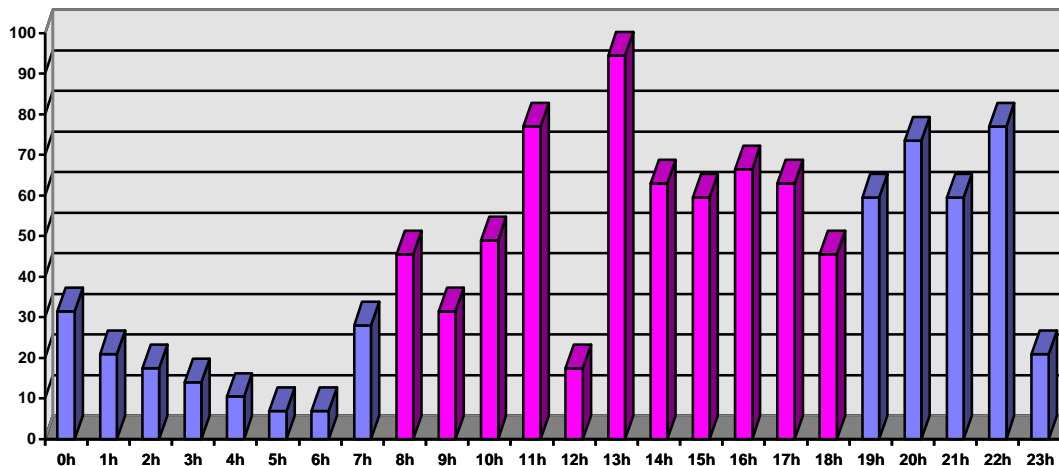


Gráfico 6

Da mesma forma, foram concedidas, segundo os dados que constam nos boletins de emergência, 72 dispensas trabalhistas para pacientes atendidos devido a causas externas no período. Destes casos, apenas 12 (16,6%) foram identificados como acidentes de trabalho.

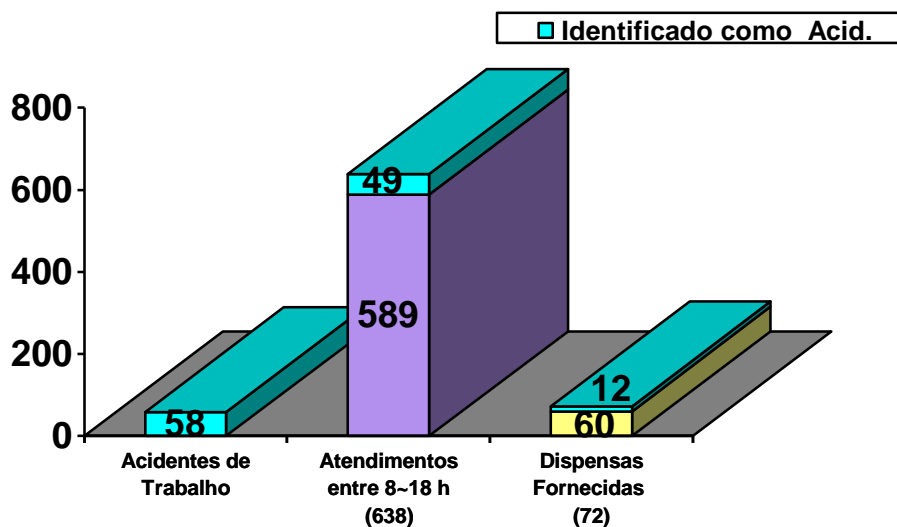


Gráfico 7

⇒ *Discussão*

A obtenção de dados primários sobre o sistema de saúde é via de regra tarefa desafiadora. *A priori*, é de importância ressaltar novamente tratar-se estes aqui apresentados de resultados preliminares que estão sendo continuamente aprofundados, permitindo análises mais fundamentadas e consistentes.

O atendimento de vítimas de causas externas não constitui maioria, mas já representa parcela importante (20%) da casuística do serviço de emergência. A predominância do sexo masculino (58,5% dos casos de causas externas) é dado esperado e condizente com o encontrado em outros trabalhos afins, observando-se inclusive um predomínio ainda maior em casos de crescente gravidade.

Dos 1076 atendimentos por causas externas 95% foram atendidos no Serviço e liberados em seguida, o que significa dizer que na grande maioria das vezes o boletim de emergência constitui-se no único registro do ocorrido, através do qual pode se tentar detectar e compreender o fenômeno acidente de trabalho. Isto reveste o BE de grande valor epidemiológico e justifica os esforços no sentido de extrair informações do mesmo bem como de reconhecer e buscar alternativas para os fatores determinantes de seu preenchimento incompleto.

Das causas externas, 35% deram-se em vítimas entre 5 e 21 anos de idade, sendo que 22% do total tinha menos de 18 anos. Todavia, em desacordo com essa estatística, apenas 17,3% dos acidentes de trabalho identificados eram de pacientes entre 5 e 21 anos, sendo que somente 1,8% do total tinha menos de 18 anos. A menor proporção de acidentes de trabalho em crianças e adolescentes em relação a proporção de causas externas pode encontrar explicação ao menos parcial na sub-notificação destes casos resultante do despreparo da equipe de saúde em lidar com eles. O exemplo dos recepcionistas que só “carimbam” como acidente de trabalho a ficha daqueles que possuem carteira assinada retrata com veemência um elemento que se configura como grande vilão da dinâmica do atendimento que é a idéia desastrosa de só ser possível caracterizar como acidente de trabalho aqueles casos em que a vítima apresenta vínculo empregatício formal. Por outro lado, configura-se paralelamente a desorganização na distribuição de encargos e responsabilidades quanto a identificação do acidente de trabalho que, dispersando-se entre funcionários e equipe médica, acaba em se perder por completo. Mesmo naqueles casos identificados, as informações que poderiam permitir maior compreensão dos fatores condicionantes do acidente de

trabalho e de sua dinâmica não são em geral preenchidas (apenas 6,35% dos boletins que identificavam acidentes de trabalho designavam o trabalho da vítima).

Se a identificação do acidente de trabalho é precária, especialmente nos menores de idade, o preenchimento dos demais campos do boletim também apresenta sérias deficiências dificultando sobremaneira o trabalho de quem busque estabelecer a relação com a atividade laborial. A falta ou preenchimento inadequado da causa eficiente da lesão (dado da maior relevância para a associação com o trabalho) constitui a maioria dos boletins de emergência (65%). Mesmo nos casos em que a causa alegada da lesão foi considerada como identificada de alguma forma, a informação ali contida não dá margem a muitas especulações. Por exemplo, se a causa eficiente da lesão foi preenchida simplesmente como “queda” ou “pancada”, foi classificada como preenchimento inadequado. Porém se esta foi identificada como “queda da própria altura” ou “queda de 3 metros de altura” ou “pancada contra parede de alvenaria” já foi classificada como preenchida de alguma forma, mesmo sem possibilitar maiores considerações do ponto de vista de estabelecer um nexo com atividade de trabalho. O local da ocorrência, que facilitaria este estabelecimento, foi outro dado cuja ausência foi grandemente ressentida.

Seria recurso muito fácil e demasiadamente simplificado culpar exclusivamente a equipe de saúde pelo mau preenchimento dos boletins de emergência. A limitação dos recursos humanos, a falta de orientação da necessidade e dos proveitos que adviriam do preenchimento de cada campo, a ausência de uma estratégia operacional traçada para as situações mais comuns de causas externas que atingem a sala de emergência e o volume absurdo de pronto-atendimentos (de acordo com os dados do levantamento um novo paciente procura a emergência em média a cada 1min55s) são alguns dos fatores preponderantes em qualquer análise mais aprofundada do tema.

Apesar das dificuldades, alguns dados permitem estimar, mesmo que de forma grosseira, o potencial de acidentes de trabalho não identificados. Das 1076 causas externas, 55,2% ocorreram no horário de trabalho comercial, sendo que apenas 7,68% destes foram identificados como acidente de trabalho. Da mesma forma, apesar de terem sido concedidos 72 dispensas de trabalho, o que logicamente implica em dizer que tais pessoas eram empregadas, apenas 16,6% destas dispensas estavam associadas a identificação de um acidente de trabalho.

## ⇒ *Conclusões*

Conclui-se portanto que a temática dos acidentes de trabalho infanto-juvenis está revestida de grande importância social e ao mesmo tempo mantém-se obscura e negligenciada por parte dos serviços de saúde, sendo portanto incontestavelmente justificada a concentração de esforços no sentido de transpor as barreiras impostas pela burocracia e desinformação.

Faz-se urgente o estabelecimento de estratégias de trabalho no serviços de saúde que permitam, dentro das limitações notórias dessas instituições, um melhor tratamento da questão do acidente de trabalho e da violência contra a criança e o adolescente.

Os resultados preliminares aqui apresentados fornecem subsídios e indicam o rumo de novos esforços. É imprescindível o levantamento de uma casuística maior que dê mais consistência às conclusões chegadas, bem como o desenvolvimento de uma análise qualitativa de casos selecionados com visitas e entrevistas às vítimas e seus familiares, etapa seguinte no sentido de se obter gradativamente a caracterização e explicação da multiplicidade de situações de risco presentes nos ambientes internos e/ou externos a que essa população esta exposta.