

Copyright© 2014 Editora Manole Ltda., por meio de contrato com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Logotipo: Copyright: Sociedade Brasileira de Pediatria

Editor-gestor: Walter Luiz Coutinho

Editora: Karin Gutz Inglez

Produção editorial: Cristiana Gonzaga S. Corrêa, Juliana Moraes e Vanessa Pimentel

Equipe editorial: Lia Fugita, Edgar Godoi Gabriel, Paulo Roberto Rocha Filho, Visão Editorial, Lira Editorial e Dilia Editorial

Diagramação: Plínio Ricca, Rafael Zemantauskas e Dilia Editorial

Projeto gráfico e capa: Hélio de Almeida

Adaptação de projeto gráfico: Visão editorial

Ilustrações das aberturas de seção: Hélio de Almeida, Laurabeatriz, Maria Rosa, Joaquim de O. L. de Almeida, Manuel de Almeida e Thereza de Almeida

Ilustrações de miolo: Sírio José Braz Cançado e Mary Yamazaki Yorado

Figuras do miolo: gentilmente cedidas pelos autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria / organizadores Dioclécio Campos Júnior, Dennis Alexander Rabelo Burns. -- 3. ed. -- Barueri, SP : Manole, 2014.

Bibliografia

ISBN 978-85-204-3350-8

1. Crianças - Doenças - Diagnóstico 2. Pediatria 3. Puericultura 4. Terapêutica I. Burns, Dennis Alexander Rabelo. II. Campos Júnior, Dioclécio.

13-10370

CDD-618.92
NLM-WS 200

Índices para catálogo sistemático:
1. Pediatria : Diagnóstico e tratamento : Medicina 618.92

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por qualquer processo, sem a permissão expressa dos editores.

É proibida a reprodução por xerox.

A Editora Manole é filiada à ABDR – Associação Brasileira de Direitos Reprográficos

1ª edição – 2007

2ª edição – 2010

3ª edição – 2014

Direitos adquiridos pela:

Editora Manole Ltda.

Avenida Ceci, 672 – Tamboré

06460-120 – Barueri – SP – Brasil

Tel.: (11) 4196-6000 – Fax: (11) 4196-6021

www.manole.com.br

info@manole.com.br

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

Foram feitos todos os esforços para se conseguir a cessão dos direitos autorais das imagens aqui reproduzidas, bem como a citação de suas fontes. A maioria das ilustrações contidas nesta obra foi redesenhada pelos artistas Sírio José Braz Cançado e Mary Yamazaki Yorado.

São de responsabilidade dos autores e dos coordenadores as informações contidas nesta obra, bem como as referências bibliográficas que não foram citadas no texto em alguns capítulos. Nesses casos, as referências foram ordenadas alfabeticamente.

Acidentes de Transporte

Danilo Blank

Renata Dejtiar Waksman

Regina Maria Brunetti Kaiser Pirito

■ Introdução

No mundo inteiro, o trânsito ocasiona, a cada ano, mais de um milhão de mortes e cerca de 10 milhões de lesões incapacitantes e permanentes^{1,2}. A grande maioria desses casos está nos países pobres, sendo os pedestres e as crianças os grupos mais vulneráveis³; contudo, os riscos de passageiros de veículos aumentam acentuadamente ao longo da adolescência.

O aumento progressivo do número de automóveis circulantes, o crescimento urbano e industrial da população, a falta de cultura popular voltada para a segurança, a impunidade, a falta de legislação efetiva e as más condições das vias de circulação⁴ são fatores diretamente relacionados ao aumento do número de mortes.

A criança, pelas suas características próprias de falta de noção de perigo, por sua curiosidade, autonomia, controle motor ainda em desenvolvimento, inexperiência, falta de preocupação com seu corpo e vontade de imitar os mais velhos, está sujeita, frequentemente, ao risco de sofrer acidentes. Por isso os traumatismos são extremamente comuns nessa fase.

Nesses tipos de trauma, a energia envolvida é a mecânica, com transmissão de energia cinética maior do que a capacidade da criança de absorvê-la, além do impacto do corpo contra superfícies rígidas (do automóvel ou do solo). Por isso, as lesões acontecem em diferentes graus de intensidade.

É importante que o pediatra conheça os recursos de segurança desenvolvidos para minimizar os efeitos da transmissão de energia cinética nos diferentes tipos de trauma, como assentos de segurança e capacetes⁴, e que oriente os pais a usá-los corretamente e constantemente.

Estatísticas globais indicam que cerca da metade das mortes no trânsito se deve aos atropelamentos, mas, em centros urbanos em desenvolvimento, podem ultrapassar 70%^{5,6}. Segundo dados do Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde, no ano de 2010 morre-

ram no Brasil, vítimas de acidentes de transporte, 5.456 menores de 19 anos: 64,30% tinham entre 15 e 19 anos e, destes, 78% eram do sexo masculino⁷.

■ Prioridades para a Segurança de Crianças e Jovens Passageiros de Automóveis

De acordo com especialistas, o transporte seguro de crianças em automóveis tem as quatro seguintes prioridades, todas devidamente apoiadas em evidências científicas⁸⁻¹¹:

- Manter toda criança com menos de 13 anos de idade no banco traseiro do automóvel.
- Usar um dispositivo de contenção em toda viagem.
- Usar o dispositivo de contenção apropriado à idade e ao tamanho da criança.
- Instalar o dispositivo de contenção da maneira correta.

Todas têm o mesmo grau de relevância, pois de nada adianta escolher o dispositivo certo e não o fixar adequadamente, colocá-lo no banco dianteiro ou prender a criança de maneira frouxa ou incorreta.

■ O Dispositivo de Contenção Correto para Cada Tamanho de Passageiro

Os assentos de segurança específicos para o transporte de crianças em automóveis têm características adequadas às diversas fases do crescimento, desde alta da maternidade até o momento em que o adolescente atinge 1,45m de altura, quando pode utilizar o cinto de segurança.

Desde setembro de 2010, vigora no Brasil a Resolução n. 277 do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), de 28 de maio de 2008, segundo a qual, para transitar em

veículos automotores, menores de dez anos devem ser transportados nos bancos traseiros, usando individualmente um dispositivo de retenção apropriado para a sua idade. A desobediência a essa resolução configura infração gravíssima, com multa de R\$ 191,54 e retenção do veículo até que a irregularidade seja sanada¹².

Os modelos de assentos devem ser certificados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), seguindo a Norma Técnica NBR 14.400, que obriga os fabricantes a cumprirem as especificações de segurança. Até o início de 2013, 280 modelos de assentos foram certificados pelo Inmetro, cujo site apresenta informações detalhadas (www.inmetro.gov.br/prodcert/ produtos/busca.asp; no item “classe de produto”, selecionar “dispositivo de retenção para crianças”)¹³.

Entretanto, é muito importante ressaltar que, embora a legislação brasileira tenha obtido um grande avanço, infelizmente está desatualizada em relação às melhores evidências científicas, que contraindicam a migração

do bebê-conforto para a cadeirinha antes de cerca de dois anos de idade; desta para o assento de elevação antes dos 18 kg de peso, o que pode ser até os sete anos de idade; assim como o cinto de segurança antes de a criança ter 1,45m de estatura, o que ocorre entre nove e treze anos. Assim, cabe ao pediatra orientar os pais para que se certifiquem que seus filhos utilizem os equipamentos mais seguros e adequados, independentemente da lei.

Como não existem marcas de assento de segurança que sejam por consenso as mais seguras ou o melhores, o ideal é aquele que melhor se adapta no banco traseiro do carro e que seja utilizado corretamente a cada transporte. Preço, modelo e marca não devem influenciar na escolha do assento, que deve, antes de tudo, ser testado no carro, e sua instalação feita de acordo com as especificações dos fabricantes do veículo e do próprio assento.

Além disso, todo pediatra tem de saber fornecer orientações precisas acerca da progressão dos assentos de segurança à medida que a criança cresce. A norma

Tabela 4.3.1 Os cinco “grupos de massa” (NBR 14.400 do Inmetro) dos dispositivos de retenção para crianças

Informações contidas na NBR 14.400				Correspondência real entre peso, altura e idades*			
Grupo	Peso	Altura aprox.	Idade	Peso/altura**	Idade		
					-2dp	Média	+2dp
0	≤ 10 kg	72 cm	Até 9 meses	10 kg [22 lb]	26m***	13m	6m
				72 cm [28"=2'4"]	13m	9m	6m
0+	≤ 13 kg	80 cm	Até 12 meses	13 kg [30 lb]	4a2m	2a4m	1a3m
				80 cm [31"=2'7"]	1a10m	1a4m	12m
I	9 - 18 kg	100 cm	Até 32 meses	9 kg [20 lb]	1a8m	9m	4m
				18 kg [40 lb]	7a2m	4a10m	2a11m
				100 cm [39"=3'3"]	4a10m	3a6m	2a7m
II	15 - 25 kg	115 cm	Até 60 meses	15 kg [33 lb]	5a6m	3a4m	1a11m
				25 kg [55 lb]	10a6m*	7a9m	5a4m
				115 cm [45"=3'9"]	8a	6a	4a5m
III	22 - 36 kg	130 cm	Até 90 meses	22 kg [50 lb]	9a5m	6a7m	4a3m
				36 kg [80 lb]	13a9m*	11a*	8a3m
				130 cm [51"=4'3"]	11a	8a6m	6a7m
Informações adicionais				Correspondência real entre peso, altura e idades*			
A maioria dos assentos conversíveis acomoda crianças viradas para trás pelo menos até 16 kg.				16 kg [35 lb]	6a	3a10m	2a3m
O menor limite máximo de peso nos assentos virados para frente disponíveis é 18 kg.				18 kg [40 lb]	7a2m	4a10m	2a11m
Estatura mínima recomendada para o cinto de segurança de adulto é 145 cm.				145 cm [57"= 4'9"]	13a6m	11a3m	9a
Aos 7 anos e 6 meses, somente metade das crianças está com a estatura acima de 125 cm e 97,5% estão abaixo de 135 cm.				125 cm [49"= 4'1"]	10a	7a6m	6a
				135 cm [53"= 4'5"]	12a	9a6m	7a6m

* Dados retirados das curvas de meninos do padrão da OMS; peso/idade acima de 10 anos utiliza curva CDC.

** Dados entre colchetes são os valores em libras (lb), pés (') e polegadas ("), para referência com a literatura em inglês.
dp: desvio-padrão.

*** Idades indicadas com as letras a e m significam, respectivamente, anos e meses.

NBR 14.400 do Inmetro¹³, que tenta regular o assunto, precisa ser conhecida, até para que suas imprecisões possam ser discutidas. A Tabela 4.3.1 mostra as informações dessa norma e o significado real dos dados nela contidos.

Na prática diária do ambulatório de pediatria, vale mais a pena orientar as famílias segundo o esquema do NHTSA norte-americano¹⁴, que prescreve a observação de quatro estágios para a segurança dos passageiros de automóveis, segundo seu desenvolvimento físico, que são mostrados na Tabela 4.3.2.

■ Um Alerta Sobre Viagens de Avião

As crianças, principalmente os bebês menores de dois anos de idade, são os passageiros cuja segurança é mais negligenciada nas viagens de avião. Em caso de turbulência, situação em que as companhias aéreas costumam exigir o afivelamento do cinto de segurança de todos os passageiros, crianças conduzidas no colo têm risco muito grande de traumatismo grave e até morte.

Especialistas em segurança recomendam que todas as companhias aéreas sejam obrigadas a transportar cada passageiro no seu próprio assento, independentemente da idade, e exijam o uso de dispositivo restritivo nas decolagens, pousos e situações de turbulência, mas por ora isso está longe de ser conseguido em qualquer lugar¹⁶. No Brasil, não só não existe qualquer tipo de regulamentação, como há companhias aéreas que, mesmo que os pais paguem um bilhete especial para que seu bebê menor de

dois anos possa viajar no seu assento, obrigam-nos a manter a criança no colo durante a decolagem e o pouso.





A recomendação de consenso é que crianças de qualquer idade viagem de avião num assento individual, acomodadas da mesma maneira como nas viagens de automóvel. Devem-se seguir as orientações da Tabela 4.3.2, com exceção do estágio 3, pois aviões não têm cinto transversal; logo, crianças com mais de 18 kg, em torno de cinco anos, podem usar o cinto de segurança regular da aeronave.

Os pais devem se assegurar de que a criança tenha direito a um assento próprio, o que atualmente significa pagar por um bilhete integral, embora algumas companhias ofereçam preços especiais para crianças com menos de 12 anos de idade. Alternativamente, os pais podem fazer contato prévio com a companhia aérea, indagar sobre a sua política acerca do uso de assentos não ocupados e combinar sobre a possibilidade de instalar o assento de segurança da criança num desses.

■ Prioridades para a Segurança de Crianças e Jovens Pedestres

Na verdadeira "guerra" que é o trânsito brasileiro nos dias de hoje, o risco de atropelamento da criança e do adolescente é muito grande e a promoção da sua segurança precisa ser uma prioridade adotada por todos. Os atropelamentos devem-se: ao grande número de automóveis circulantes, às más condições das ruas e calça-

Tabela 4.3.2 Os quatro estágios para a segurança de crianças como passageiras de automóveis

Estágio 1	Assento infantil tipo bebê-conforto voltado para trás		Do nascimento até que a criança tenha ultrapassado o limite máximo de peso ou altura permitido pelo fabricante do assento; usar pelo menos até dois anos, mas não há limite superior de idade. O assento deve ser instalado de costas para o painel do veículo, preferentemente no meio do banco de trás, preso pelo cinto de segurança ou, se disponíveis, presilhas para assento infantil.	Em todos estes três estágios a criança viaja obrigatoriamente no banco traseiro do veículo.
Estágio 2	Assento infantil tipo cadeirinha voltada para frente		Criança com mais de 2 anos ou acima do limite máximo de peso ou altura permitido para o assento tipo bebê-conforto deve usar a cadeirinha dotada de cintos de segurança próprios, pelo maior tempo possível, até atingir o limite máximo de peso ou altura permitido pelo fabricante. Vários modelos acomodam crianças pesando até 22 kg, isto é, ao longo de toda a idade escolar. O menor limite máximo de peso nas cadeirinhas de segurança disponíveis é 18 kg, que as crianças podem atingir entre 3 e 7 anos.	
Estágio 3	Assento infantil de elevação ou "booster"		Criança com peso ou estatura acima do limite máximo permitido para a cadeirinha de segurança deve usar um assento de elevação, até atingir a estatura de 1,45 m (o que pode ocorrer entre 9 e 13 anos) e que o cinto de segurança do veículo adapte-se com perfeição (a porção subabdominal passando pela pelve, a porção do ombro passando pelo meio do ombro e do tórax e os pés encostando no assoalho). Se o carro somente tiver cintos subabdominais no banco traseiro, não deve ser usado um assento de elevação.	
Estágio 4	Cinto de segurança		Altura mínima de 1,45 m e peso de 36 kg (± 11 anos). As costas têm que tocar no encosto do assento, joelhos dobrados confortavelmente, pés no chão, cinto de segurança passando pelo tórax e pela pelve.	

Fonte: modificada de American Academy of Pediatrics⁹; National Highway Traffic Safety Administration¹⁴ e Waksman e Blank¹⁵.

das, à sinalização ineficiente, à deficiência na educação para o trânsito e à impunidade ao motorista infrator.

Os fatores que sabidamente estão relacionados ao risco de atropelamentos são^{1,4,17-19}: meninos, faixa etária de 3 a 12 anos, número de ruas que a criança atravessa, atravessar a rua fora da faixa de pedestre, horários escolares e moradias sem quintal ou área de recreação.

Crianças na situação de pedestres que correm riscos maiores de sofrerem traumas graves e até morte geralmente vivem em áreas urbanas densamente povoadas ou em regiões economicamente desfavorecidas. Crianças que vivem em áreas pouco povoadas e vizinhança com *status* socioeconômico mais alto tendem a ser consideradas de baixo risco¹⁹.

O crescimento infantil ocorre em etapas progressivas, que não podem ser vencidas antes do tempo¹⁸.

Na fase pré-escolar, a baixa estatura prejudica a visão do trânsito pela criança e dela pelo motorista, há incapacidade total de autoproteção, dificuldade para localizar de forma precisa os sons que ouve no tráfego e ausência de capacidade de lidar com mais de um fato ou uma ação de cada vez.

Os pré-escolares são impulsivos e, portanto, não podem jamais ser deixados sem supervisão no ambiente doméstico.

O escolar já é capaz de compreender os riscos do trânsito, mas sua visão periférica ainda é diminuída; é distraído e tem comportamento imprevisível; necessita de tempo maior para processar informações; tem dificuldade em julgar a distância de um objeto nas vias de tráfego e de avaliar a velocidade dos carros antes dos 11 anos de idade. Portanto, os horários de entrada e saída da escola são momentos de grande perigo.

O adolescente mostra atitudes de desafio a regras e comportamento influenciável. É comum estar fora de casa e longe da supervisão de adultos. O uso de patins e skates constitui fator adicional de risco. A partir dos 15 ou 16 anos, a ingestão de bebidas alcoólicas, assim como o uso de outras drogas, leva a um risco cada vez maior.

Crianças menores de cinco anos são atropeladas em geral por veículos a motor dando marcha à ré em vias de circulação^{19,20}: aos dois anos, os atropelamentos são mais frequentes em entradas de garagens; aos quatro anos, nos estacionamento, passando a ocorrer em outros locais, como no meio do quarteirão, aos seis anos; e, nos cruzamentos, aos 10 anos.

Portanto, ao se analisar o risco de atropelamentos na perspectiva do desenvolvimento neuropsicomotor, menores de 10 anos jamais devem enfrentar qualquer tipo de trânsito sem a supervisão direta de um adulto, uma vez que os perigos do trânsito excedem suas habilidades físicas, cognitivas, sensoriais e de comportamento. Até essa idade, devem sempre ser supervisionados em vias públicas movimentadas e cruzamentos sinalizados.

A alta frequência de atropelamentos fica exacerbada pelo fato de os pais frequentemente superestimarem as atitudes de seus filhos como pedestres. Crianças são impulsivas e ainda não desenvolveram as habilidades para

julgar e analisar a que distância um carro está e qual sua velocidade de aproximação; geralmente essa habilidade se desenvolve de forma gradual e não está totalmente completa antes de ter pelo menos 10 anos de idade.

Várias medidas de segurança para a criança na situação de pedestre têm sido desenvolvidas e estudadas nos últimos anos^{15,20-23}, baseadas em pesquisas relevantes; destacando-se:

- Construir *playgrounds* cercados e afastados de ruas movimentadas.
- Aumentar a visibilidade da criança, por meio de roupas e materiais (mochila) de cores brilhantes, fortes, fluorescentes, especialmente durante os horários com menos luminosidade, como pela manhã bem cedo e ao final da tarde.
- Elaborar campanhas de orientação para os grupos de risco: meninos, menores de 10 anos, áreas densamente povoadas e socioeconomicamente desfavorecidas.
- Educar jovens motoristas sobre os riscos de colisões e atropelamentos de crianças através de programas educativos e cursos para obter a carteira de habilitação.
- Criar mensagens e materiais de prevenção direcionados aos motoristas que circulam em grandes centros urbanos, perto de locais frequentados por crianças (escolas, parques, condomínios, clubes).
- Apoiar medidas de engenharia para reduzir atropelamentos e colisões, como separar pedestres de veículos, por tempo e espaço e redução da velocidade do veículo.
- Construir cercas impedindo o cruzamento de vias mais movimentadas.
- Permitir tráfego de automóveis com desvios da proximidade de escolas.
- Manter calçadas limpas e apropriadas para o uso em toda a sua extensão.
- Arquitetar vias urbanas com mão única e com estacionamento restrito próximo às calçadas.
- Estabelecer e reforçar limites de velocidade, especialmente em áreas residenciais, perto de escolas e em locais que crianças costumam circular.
- Controlar a velocidade dos veículos por meio de policiamento ostensivo.
- Instalar controladores eletrônicos e/ou quebra-molas.

■ Referências Bibliográficas

1. Duperrex O, Bunn F, Roberts I. Safety education of pedestrians for injury prevention: a systematic review of randomized controlled trials. *BMJ*. 2002; 324:1129.
2. Murray CJL, Lopez AD. Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. Geneva: WHO, 1996.
3. Barss P. Injury prevention: an international perspective epidemiology, surveillance and policy. Oxford: Oxford University Press, 1998.
4. Waksman RD. Características epidemiológicas dos acidentes fatais de transporte em menores de 15 anos, São Paulo, setembro de 1990 a agosto de 1991. Tese (doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1995.
5. Coupland C, Hippiusley-Cox J, Kendrick D, Groom L, Cross E, Savellych B. Severe traffic injuries to children, Trent, 1992-7: time trend analysis. *BMJ*. 2003; 327(7415):593-4.

6. Bockholdt B, Schneider V. The injury pattern to children involved in lethal traffic accidents. *Leg Med (Tokyo)*. 2003; 5(Suppl. 1):S390-2.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. Mortalidade - Brasil. Disponível em: www.tabnet.datasus.gov.br. Acessado em: dez/2012.
8. American Academy of Pediatrics (AAP). Car seats: information for families for 2012. Disponível em: http://bit.ly/aap_car_seat. Acessado em: 18/02/2013.
9. American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on Injury, Violence and Poison Prevention. Policy Statement. Child passenger safety. *Pediatrics*. 2011; 127:788-93. Disponível em: http://bit.ly/AAP_Passenger_safety. Acessado em: 18/02/2013.
10. Blank D. Brazil's new child passenger protection law stricter but faulty. Injury prevention: editor's blog. 2010; Jul 3. Disponível em: http://bit.ly/IPBlog_072010. Acessado em: 18/02/2013.
11. Federal Aviation Administration. Child safety on airplanes. Disponível em: http://www.faa.gov/passengers/fly_children/crs/. Acessado em: 18/02/2013.
12. Denatran - Departamento Nacional de Trânsito. Disponível em: www.denatran.gov.br/resolucoes.htm. Acessado em: 18/01/2012.
13. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - Inmetro. Dispositivos de retenção para crianças. Portaria Inmetro 38/2007. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/rtac/pdf/RTAC001103.pdf>. Acessado em: 18/02/2013.
14. National Highway Traffic Safety Administration. Parents central. Car seats. Disponível em: <http://www.safercar.gov/parents/CarSeats.htm>. Acessado em: 18/02/2013.
15. Waksman RD, Blank D. Transporte seguro de crianças como passageiras de automóveis. Conversando com o pediatra. Disponível em: http://bit.ly/dicas_transp_seg_2011. Acessado em: 18/02/2013.
16. Zonfrillo MR, Durbin DR, Winston FK. Child passenger safety: protecting your patients on every trip. *J Pediatr (Rio J)*. 2012.
17. Laflamme L, Diderichsen F. Social differences in traffic injury risks in childhood and youth: a literature review and a research agenda. *Inj Prev*. 2000; 6(4):293-8.
18. La Scala EA, Gruenewald PJ, Johnson FW. An ecological study of the locations of schools and child pedestrian injury collisions. *Accid Anal Prev*. 2004; 36(4):569-76.
19. Piritto RMBK, Waksman RD. Trânsito e transporte da criança. In: Waksman RD, Gikas RMC (coords.). Segurança na infância e adolescência. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 97-112.
20. Dukehart J, Donahue MP, Deeks D, Prifti C. Latest trends in child pedestrian safety: a five-year review. Washington (DC): Safe Kids Worldwide, October 2007. Disponível em: <http://www.safekids.org/assets/docs/ourwork/research/pedestrian-safety-research.pdf>. Acessado em: 20/02/2013.
21. Nadler EP, Courcoulas AP, Gardner MJ, Ford HR. Driveway injuries in children: risk factors, morbidity, and mortality. *Pediatrics*. 2001; 108(2):326-8.
22. Blank D, Waksman RD. Acidentes de trânsito: segurança do pedestre, passageiro e condutor. In: Campos JA, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD (eds.). Manual de segurança da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé Nutrição, 2004. p.117-27.
23. Bunn F, Collier T, Frost C, Ker K, Roberts I, Wentg R. Traffic calming for the prevention of road traffic injuries: systematic review and meta-analysis. *Inj Prev*. 2003; 9:200-4.