

Semiologia e Atenção Primária à Criança e ao Adolescente, Segunda Edição
Copyright © 2005 by Livraria e Editora Revinter Ltda.

ISBN 85-7309-967-4

Todos os direitos reservados.
É expressamente proibida a reprodução
deste livro, no seu todo ou em parte,
por quaisquer meios, sem o consentimento
por escrito da Editora.

Contato com os autores:

MARIA CONCEIÇÃO OLIVEIRA COSTA
costamco@hotmail.com

RONALD PAGNONCELLI DE SOUZA
ronaldps@brturbo.com

A responsabilidade civil e criminal, perante terceiros e perante a
Editora Revinter, sobre o conteúdo total desta obra, incluindo as
ilustrações e autorizações/créditos correspondentes, é do(s) seu(s)
autor(es).

Livraria e Editora REVINTER Ltda.
Rua do Matoso, 170 – Tijuca
20270-131 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 2563-9700 – Fax: (21) 2563-9701
livraria@revinter.com.br – www.revinter.com.br

CAPÍTULO 18

CONTROLE DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Danilo Blank ❖ Aramis A. Lopes Neto

CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEITOS

Os acidentes e as violências – hoje mais apropriadamente estudados sob a denominação genérica de injúria física – constituem um dos maiores problemas de saúde pública global. Em todo o mundo, a cada ano, cerca de 5 milhões de pessoas morrem em consequência de traumatismos de diversas naturezas; o que equivale a cerca de 16% da sobrecarga global de doenças, considerando-se os anos perdidos de vida saudável. Estudos demonstram que esta epidemia está apenas começando; calcula-se que a sobrecarga de mortes e incapacitações decorrentes de “causas externas” deve aumentar em torno de 20%, nos próximos anos; ou seja, os traumatismos no trânsito, os diferentes tipos de violência (homicídios, suicídios, outros) devem ocupar um lugar significativamente maior no *ranking* das principais causas de morte.

As injúrias físicas, intencionais ou não, atingem principalmente a população jovem e têm relação direta com a pobreza. Segundo um relatório recente do UNICEF, 98% das mortes de crianças e jovens causadas por traumatismo ocorrem nos países em desenvolvimento. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde, através do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde aponta que a violência praticada por adolescentes e adultos jovens é uma das formas mais visíveis de violência na sociedade sendo eles próprios os autores e vítimas dessas injúrias.

No Brasil, com exceção do primeiro ano de vida, as injúrias físicas causam mais mortes de crianças e jovens do que as doenças mais incidentes somadas. A análise da mortalidade geral nos últimos dez anos revela uma tendência decrescente em todas as idades – principalmente no primeiro ano de vida – certamente em virtude do grande empenho das políticas públicas e da sociedade na promoção das outras ações básicas de saúde (amamentação, hidratação, monitorização do crescimento, imunização), enquanto as injúrias físicas, cujo controle tem sido relegado a um segundo plano, demonstram tendência ascendente (Quadro 18-1).

Por outro lado, mais marcantes que os dados de mortalidade, destacam-se os de morbidade; estima-se que para cada criança que morre por traumatismo ocorrem entre 20-50 hospitalizações – 33% das quais resultam em seqüelas permanentes – e até 1.000 atendimentos ambulatoriais. Anualmente, uma em cada dez crian-

Quadro 18-1. Principais causas de morte em menores de 19 anos*

	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos
Doenças infectoparasitárias	166,5	12,8	2,6	2,0	3,2
Neoplasias	4,9	5,1	3,9	3,7	5,2
Doenças respiratórias	1.46,5	15,8	2,7	2,2	3,5
Afecções do período perinatal	1.136,4	0,2	0	0	0
Malformações congênitas	242,4	5,7	1,2	0,8	0,7
Causas externas	38,5	16,3	12,4	17,4	75,2
Acidentes de transporte	2,8	4,5	5,3	5,6	14,7
Quedas	1,2	0,7	0,5	0,4	0,6
Submersões	0,8	4,2	2,9	3,7	5,4
Queimaduras	1,4	1,1	0,4	0,1	0,2
Intoxicações	0,3	0,2	0	0	0,1
Suicídios	0	0	0	0,5	2,9
Homicídios	2,4	0,8	0,7	3,2	40,5
Intenção indeterminada	5,8	1,5	0,8	1,5	5,8
Total	2.119,6	85,6	32,4	36,3	107,3

*Brasil, 2000, mortes/100.000 habitantes.

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus/Informações de Saúde/Mortalidade – Brasil.
Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>.

ças necessita atendimento no Sistema de Saúde em virtude de injúrias físicas, que levam à ocupação de 10-30% dos leitos hospitalares e geram cerca de 3 casos de incapacitação permanente por cada 1.000 habitantes. O custo socioeconômico da “doença-injúria física” é incalculável.

Durante muito tempo, os acidentes foram considerados como desígnios do destino, resultados imprevisíveis do azar, assim como culpavam-se as vítimas de descuidadas ou estúpidas. No caso das crianças, os culpados eram os pais, logo, todas as medidas preventivas baseavam-se na mudança de comportamento dos responsáveis.

Nos últimos anos, a ciência do controle de injúrias físicas – embasada pela epidemiologia, a biomecânica e na ciência do comportamento – se consolidou apoiada em evidências científicas, segundo a qual a injúria é passível de controle, seja impedindo que o evento traumático aconteça pela eficiência do atendimento de urgência e dos cuidados hospitalares, ou até pela reabilitação mais efetiva, além de estar contribuindo no planejamento das ações de promoção de saúde.

No contexto médico atual, a expressão "prevenção de acidentes" tende a ser substituída por "controle de injúrias físicas", não só pela conotação errônea que o termo acidente sugere de ocorrência ao acaso, mas também porque "controle" enfatiza a intervenção abrangente, desde antes do evento traumático, passando pelo atendimento médico, até a reabilitação. Além disso, sublinha o caráter de neutralidade quanto à frágil fronteira entre o que é injúria não intencional e o que é violência.

Sob tal enfoque, o conceito acadêmico moderno de acidente é de que se trata de uma cadeia de eventos: a) ocorre em um período relativamente curto de tempo (geralmente segundos ou minutos), b) não foi desejada conscientemente, c) começa com a perda de controle do equilíbrio entre um indivíduo (vítima) e seu sistema (ambiente) e d) termina com a transferência de energia (cinética, química, térmica, elétrica ou radiação ionizante) do sistema ao indivíduo, ou bloqueio dos seus mecanismos de utilização de tal energia. A definição de violência é praticamente a mesma, exceto pelo caráter de intencionalidade e por não ocorrer em um tempo necessariamente curto.

A injúria é o dano corporal impingido à vítima quando a referida transmissão de energia excede, em natureza e quantidade, determinados limites individuais de resistência. Na infância e na adolescência, exemplos relevantes de acidentes/violências e das conseqüentes injúrias são: queda, espancamento, atropelamento, desastre com veículo de transporte e disparo de arma de fogo, causando traumatismo mecânico; afogamento e aspiração de corpo estranho, causando asfixia; contato com líquido fervente ou chama, causando queimadura; ingestão de substâncias tóxicas, causando envenenamento.

ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO E FATORES DE RISCO

Nos primeiros meses de vida, o lactente (criança até 2 anos) tem capacidades motoras muito limitadas, estando completamente sujeito a riscos impostos por terceiros, podendo ser deixado cair no chão, queimado por líquidos que sejam derramados sobre ele, intoxicado por drogas que lhe sejam imprópriamente administradas ou colocado em um automóvel sem um dispositivo adequado de proteção. Com o tempo, a criança rapidamente adquire a capacidade de buscar objetos perigosos que estejam escondidos, passando a entender a relação entre certas ações e seus possíveis efeitos, por exemplo, tentar acender um isqueiro. Nessa etapa do desenvolvimento, duas habilidades são importantes, a formação de pinça, que, associada à tendência oral de levar os objetos à boca, aumenta muito o risco de aspiração de corpos estranhos, e a marcha, que traz um maior risco de quedas e contusões. O lactente tem uma motivação forte e constante a explorar o ambiente, porém, a incompleta coordenação motora e, principalmente, a total incapacidade de reconhecer riscos podem levar a um grande número de injúrias físicas, destacando-se os traumatismos em automóveis, aspiração de corpo estranho, quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações, entre outros.

No período **pré-escolar** a criança apresenta o pensamento mágico, com percepção egocêntrica e ilógica do seu ambiente, não sendo ainda capaz de compreender noções de segurança. Acham-se capazes de voar como os super-heróis, ou de cair de uma certa altura sem se ferir, como nos desenhos animados. Além disso, têm dificuldade em fazer generalizações a partir de experiências concretas: por exemplo, cair de uma cerca não implica ter medo de subir em árvores. Nesta fase, têm importância crescente as queimaduras, intoxicações, atropelamentos, quedas de lugares altos, ferimentos com brinquedos e lacerações, entre outros.

No período **escolar** é possível à criança aprender noções de segurança, entretanto o pensamento operacional concreto do escolar não é suficiente para capacitá-lo a fazer julgamentos acurados sobre velocidade e distância. Além disso, seu comportamento e os riscos a que se expõe começam a ser fortemente influenciados por seus pares, gerando freqüentemente atitudes de desafio a regras. Suas habilidades motoras (por exemplo: acender fogo ou ligar um automóvel) estão bem além do seu julgamento crítico, entretanto, quando fora de casa e longe da supervisão de adultos, precisa lidar com situações complexas como o trânsito. Os atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, ferimentos com armas de fogo e lacerações são riscos com importância crescente. Na escola, predominam as quedas, lacerações, e traumatismos dentários por brincadeiras agressivas durante o recreio também são muito freqüentes.

Na **adolescência** o indivíduo adquire a capacidade do pensamento formal (do adulto), entretanto as pressões sociais, somadas à onipotência característica dessa fase freqüentemente levam a situações de riscos conscientes. Por outro lado, os jovens ganham liberdade e passam mais tempo sem supervisão de adultos e mais longe de casa, e o uso de bebidas alcoólicas passa a ser um fator a mais como condicionante da perda de controle. Os principais riscos para o adolescente são acidentes de trânsito (automóvel, motocicleta e bicicleta) levando a atropelamentos, e outros tipos de vitimização, afogamentos, homicídios, suicídios e intoxicação por abuso de drogas, as quais estão entre as principais causas de morbimortalidade nessa faixa etária. Na escola, predominam lacerações e fraturas associadas a práticas esportivas.

CONTROLE DE INJÚRIAS FÍSICAS

A aplicação concentrada do modelo de controle de injúrias físicas por equipes multiprofissionais tem gerado um número crescente de ações bem-sucedidas neste campo da promoção de saúde. As estratégias preventivas mais bem-sucedidas são aquelas que funcionam de modo automático, independentemente da ação das pessoas – são as estratégias passivas. Em contraste, as estratégias ativas exigem que as pessoas mudem seu comportamento e se lembrem de repetir as ações mais seguras toda vez que se deparam com quaisquer riscos, por exemplo, usar capacetes comprovadamente reduz traumatismos graves causadas por quedas de bicicleta, mas é preciso que o ciclista seja antes convencido disso, que se disponha a adquirir o

equipamento e ainda que nunca se esqueça de usá-lo de modo adequado. A fabricação de veículos e a construção de estradas mais seguras têm contribuído em favor da redução de traumatismos no trânsito, comparado ao impacto das campanhas de sensibilização para que os motoristas dirijam de forma defensiva. O tamponamento de segurança em medicamentos é eficaz na prevenção de intoxicação de crianças, enquanto que medidas de orientação aos pais para que coloquem as drogas em locais seguros quase não demonstram nenhum efeito. Na prática, a maioria dos programas de controle de injúrias físicas consiste de combinações de estratégias passivas e ativas, sendo que a ênfase nas medidas passivas deve resultar em maior diminuição real dos traumatismos. O Quadro 18-1 apresenta conceitos atuais e abrangentes sobre o modelo de controle de acidentes e violências, adaptados de fontes reconhecidamente fidedignas (Quadro 18-2).

Nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde tem dado bastante ênfase à criação das chamadas comunidades seguras, graças a experiências bem-sucedidas na redução de injúrias físicas. Trata-se do emprego de estratégias de intervenção comunitária para dotar uma determinada comunidade de condições básicas de segurança, por meio da mobilização de todos os segmentos da população sob a coordenação de especialistas. Sua execução deve seguir técnicas bem definidas, que passam por uma avaliação criteriosa dos riscos específicos da comunidade, motivação e envolvimento ativo de todos, colaboração efetiva de líderes, autoridades, imprensa, setor técnico e apoio financeiro de fontes capazes de manter o programa a longo prazo. O Centro Colaborador da OMS para a Promoção de Comunidades Seguras (www.phs.ki.se/csp/Default.htm) disponibiliza um vasto material informativo sobre o tema.

Apesar do pouco crédito que a educação para a segurança costuma receber como estratégia no controle dos acidentes e violências, uma análise mais criteriosa da literatura recente evidencia um número significativo de estudos controlados que demonstram que o aconselhamento no âmbito do chamado atendimento primário é factível e eficaz na melhora do conhecimento sobre segurança, na mudança do comportamento para um estilo mais seguro e na redução efetiva de injúrias físicas. Assim, as autoridades no assunto recomendam que o aconselhamento sobre segurança, específico para cada faixa etária, seja incluído como parte integrante dos cuidados de rotina de crianças e adolescentes saudáveis. A seguir encontram-se as principais recomendações quanto às áreas prioritárias para aconselhamento, de acordo com os diferentes riscos.

Medidas específicas no controle de injúrias físicas

Proteção do pedestre

- *Playgrounds* afastados ou separados de ruas movimentadas, e cercados.
- Desviar o tráfego da proximidade de escolas.

Quadro 18-2. Controle de injúrias físicas: dez regras básicas

1. A atenção deve ser concentrada em eventos traumáticos mais *freqüentes*, mais graves e para os quais haja *intervenções efetivas*
2. Injúrias intencionais – como agressões, homicídio e suicídio – merecem tanta consideração quanto as não-intencionais, que têm sido o principal foco de atenção até o presente
3. Ao importar conhecimentos *embasados cientificamente*, países pobres precisam desenvolver intervenções que sejam específicas ao seu *contexto socioeconômico e político*
4. Há uma forte associação entre *pobreza e injúrias físicas*. Programas de promoção da segurança e controle de acidentes e violência devem considerar a *privação social*
5. Estratégias preventivas passivas são potencialmente mais efetivas do que as ativas e devem ser usadas de preferência
6. Orientação preventiva específica é muito mais efetiva do que a vaga
7. O empenho do pediatra e da equipe de saúde no controle de injúrias físicas deve incluir o trabalho com *indivíduos* e com a *comunidade*. É papel dos profissionais de saúde *estar a par* dos programas de promoção da saúde da sua comunidade, envolver-se e encorajar seus pacientes a fazer o mesmo e agir como *consultores e incentivadores*
8. Ao aplicar medidas de prevenção primária a *práticas pessoais em saúde*, o paciente é o *agente principal* e deve dividir com o profissional de saúde a responsabilidade pelas tomadas de decisão
9. Campanhas de educação para a segurança têm um *limitado sucesso* em aumentar o *conhecimento* e alguma *mudança de comportamento*, mas há poucas evidências de que reduzam as injúrias físicas
10. O conceito de controle de injúrias físicas expande o foco de ação, incluindo também o *cuidado pós-traumatismo*

Adaptado de: Rivara FP. Injury control: Issues and methods for the 1990s. *Pediatric Annals* 1992;21:411-413.

US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

Dowswell T et al. Preventing childhood unintentional injuries – What works? *Injury Prevention* 1996;2:140-149.

- Adoção de vias com mão única e limitação do estacionamento próximo às calçadas.
- Passarelas sobre vias de fluxo mais pesado e cercas impedindo o cruzamento em outros pontos.
- Calçadas limpas e apropriadas para o uso em toda a sua extensão, separadas da rua por cercas.
- Menor velocidade dos veículos, através de policiamento ostensivo e/ou quebra-molas.

- Legislação severa limitando o ato de dirigir sob o efeito de álcool abaixo de 40 mg/dL.
- Roupas para escolares feitas com material refletor de luz, tornando-os mais visíveis à noite.
- Ensinar normas de segurança ao pedestre a partir da pré-escola, com reforço de instrução durante a idade escolar; dar preferência a treinamento em situações verdadeiras de tráfego em vez da sala de aula.
- Não permitir crianças desacompanhadas na rua antes dos 11 anos.
- Formação de brigadas de estudantes para auxiliar no controle do fluxo de veículos nos locais e horários de entrada e saída das escolas.
- Normatização da construção de veículos, proibindo superfícies afiadas ou pontiagudas na parte frontal.

Proteção dos passageiros de veículos

- Uso do cinto de segurança por todos os ocupantes de veículos em qualquer situação, promovido por legislação severa e apoiado por educação constante. Seguir os quatro estágios para o transporte seguro de crianças em automóveis, conforme o Quadro 18-3.
- Promoção da obrigatoriedade de equipar todos os automóveis com dispositivos de proteção passiva, principalmente *airbags* nos bancos dianteiros e cintos de segurança automáticos com três pontos de inserção em todas as posições.
- Multas mais severas para o ato de dirigir sob o efeito de álcool, com limite legal abaixo de 40 mg/dL.
- Carteiras de motorista somente para maiores de 18 anos.
- Elevação da idade mínima para a venda de bebidas alcoólicas para 21 anos.
- Limitação da velocidade dos veículos, tanto na estrada quanto na cidade, com multas e/ou penalidades severas para os infratores.
- Sistema de transporte público adequado e acessível a todos.

Proteção dos ciclistas e motociclistas

- Uso de capacete por qualquer ciclista ou motociclista em todas as circunstâncias.
- Ciclovias e/ou áreas para ciclismo de lazer separadas das rodovias.
- Legislação sobre normas de segurança na construção de bicicletas, como pintura amarela ou laranja, obrigatoriedade de faróis e pontos de material refletor de luz.
- Multas e/ou penalidades severas para motoristas que se envolvam em colisões com bicicletas ou motos e estejam sob o efeito de álcool.
- Sistema de transporte público adequado e acessível a todos.
- Cursos práticos sobre segurança do ciclista nas escolas.

Quadro 18-3. Recomendações para o transporte seguro de crianças em automóveis

Estágio 1	Assento de lactente voltado para trás		Do nascimento até 1 ano completo e até alcançar o peso de 10 kg	Em todos estes três estágios a criança viaja obrigatoriamente no banco traseiro do veículo
Estágio 2	Assento infantil voltado para a frente		A partir de 1 ano e 10 kg até pesar 20-22 kg, em torno dos 5 anos	
Estágio 3	Dispositivo posicionador do cinto de segurança		A partir dos 20-22 kg até alcançar a estatura de 1,45 m	
Estágio 4	Cinto de segurança		Altura mínima de 1,45 m e peso de 36 kg (\pm 11 anos). As costas têm que tocar no encosto do assento, joelhos dobrados confortavelmente, pés no chão, cinto de segurança passando pelo tórax	Especialistas recomendam que crianças viajem no banco traseiro até os 12 anos ou mais

Modificado de: American Academy of Pediatrics. Committee on Injury and Poison Prevention. Selecting and Using the Most Appropriate Car Safety Seats for Growing Children: Guidelines for Counseling Parents. Pediatrics. 2002;109:550-3.

Howard AW. Automobile restraints for children: a review for clinicians. CMAJ. 2002; 167:769-73.

NHTSA. Child transportation safety tips. Disponível: <http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/childps/newtips/>.

RoSPA. Carrying Children Safely. Disponível: http://www.childcarseats.org.uk/carrying_safely/carrying_safely.htm.

Redução da violência na escola

- Entendimento pela sociedade e instituições de ensino e saúde de que o comportamento agressivo entre estudantes, conhecido como *bullying*, é danoso para o desenvolvimento e a saúde de quem o pratica, de quem sofre e daqueles que testemunham tais atos na escola.
- Inclusão de ações de prevenção do comportamento agressivo entre estudantes no programa político-pedagógico das escolas.
- Garantia de ambientes escolares seguros, onde seja estimulado o exercício da amizade, solidariedade e respeito às diferenças.
- Sensibilização e envolvimento de toda a comunidade no planejamento e execução das ações voltadas à redução e interrupção das situações de *bullying* entre os estudantes.
- Capacitação de profissionais de educação para a identificação precoce e intervenção eficaz sobre os casos de *bullying*.
- Criação de sistemas de monitoramento, registro, intervenção e avaliação dos casos de *bullying* entre os alunos.
- Incentivo ao protagonismo juvenil e à formação de alunos mediadores.
- Organização de rede de apoio aos alunos-autores de *bullying* e alunos-alvo de *bullying*.
- Avaliar a vida escolar de crianças e adolescentes não só pelos indicadores de avaliação do aprendizado formal, mas também pela capacidade e possibilidades dos jovens construírem habilidades para o pleno exercício da cidadania.

Prevenção do afogamento

- Piscinas com cercas com altura mínima de 1,40 m e portões com mola e tranca automática.
- Limitar o uso de bebidas alcoólicas durante recreação ligada à água.
- Estabelecimento de normas de segurança a serem adotadas quando da utilização de piscinas por crianças (supervisão adequada por faixa etária, equipamentos eficazes, controle de acesso etc.).
- Treinamento de adolescentes em ressuscitação cardiopulmonar.
- Ensinar alunos a nadar.

Prevenção de queimaduras

- Limitar o uso de álcool para fazer fogo, por exemplo, em churrasqueiras.
- Promoção de legislação que obrigue a fabricação e comercialização do álcool sob forma de gel, cigarros auto-extingüíveis e recipientes para produtos combustíveis dotados de bico antijato.
- Instalação de detectores de fumaça em escolas e instituições de educação infantil.
- Exercícios de evacuação rápida para situações de emergência nas escolas e instituições de educação infantil.

- Roupas de proteção contra fogo em atividades em laboratórios com produtos inflamáveis.

Redução de injúrias por armas de fogo

- Restrição à fabricação e comercialização de armas de fogo.
- Manter armas de fogo descarregadas e trancadas em armário separadas da munição.

Controle de intoxicações

- Comercialização de medicamentos com embalagens que contenham apenas doses totais subletais.
- Limitar o uso de tranqüilizantes em todas as idades.
- Identificação de todas as plantas existentes em vasos e jardins de instituições de educação infantil, com eliminação das consideradas tóxicas.
- Educação para a prevenção do abuso de drogas a partir da idade escolar, com reforços ao longo da adolescência.
- Manter o número de telefone do centro de informação toxicológica sempre à mão e orientar escolares e adolescentes sobre o seu uso.

Controle de aspiração de corpos estranhos

- Impedimento do acesso de crianças menores de 3 anos a objetos com partes de tamanho inferior ao mínimo considerado seguro para essa faixa etária (3 cm de diâmetro e 5,7 cm de comprimento), principalmente chupetas, brinquedos e móveis infantis.
- Ensinar aos pais e cuidadores as manobras de atendimento de urgência de vítimas de aspiração, como a manobra de Heimlich.

Prevenção de traumatismos e ferimentos

- Adequação das áreas de lazer de creches e pré-escolas (por exemplo, pisos capazes de absorver impacto sob os brinquedos nos *playgrounds*).
- Capacitação dos funcionários de creches e pré-escolas quanto à percepção de riscos de injúrias não-intencionais em crianças nas diversas atividades desenvolvidas.

BIBLIOGRAFIA

- Committee on Injury and Poison Prevention. Injury Prevention and Control for Children and Youth. 3. ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1997.
- Davis RM, Pless B. BMJ bans "accidents". *British Medical Journal* 2001;322:1320-1.
- Deal LW, Gomby DS, Zippiroli L, Behrman RE. Unintentional injuries in childhood: analysis and recommendations. *Future Child* on line 2000 acessado em 07 de Janeiro de 2004; Disponível em: www.futureofchildren.org/pubs-info
- Johnston BD, Rivara FP. Injury control: new challenges. *Pediatric Review*. on line 2003; acessado em 07 de Janeiro de 2004. Disponível: <http://pedsinreview.aappublications.org/>.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds.) World report on violence and health [on line]. Geneva: World Health Organization 2002. [acessado em 7 de

- Janeiro de 2004]: Disponível:
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/
 Krug EG (eds.) Injury: a leading cause of the global burden of disease on line: Geneva: World Health Organization 1999. acessado em 07 de Janeiro de 2004: Disponível: www.who.int/violence_injury_prevention/injury/gbi/gbi8/en/.
 Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. *American Journal Public Health* 2000;90:523-6.
 National Center for Injury Prevention and Control. Injury Fact Book 2001-2002 on line: Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2001 acessado em 07 de Janeiro de 2004: Disponível em: www.cdc.gov/ncipc/fact_book/.
 Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries on line: Geneva, World Health Organization, 2002. acessado em 07 de janeiro de 2004: Disponível em: www.who.int/violence_injury_prevention/injury/chartbook/chartb/en/.
 Preventive Services Task Force. Counseling to prevent household and recreational injuries. In: *Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services*. 2. ed. on line: Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: acessado em 07 de janeiro 2004: 643-57p. Disponível: www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshrin.htm.
 Preventive Services Task Force. Counseling to prevent motor vehicle injuries. In: *Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services*. 2. ed. on line: Baltimore: Williams & Wilkins;1996acessado em 07 de Janeiro de 2004; Disponível em: www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshrin.htm.
 Rivara FP. Prevention of injuries to children and adolescents. Injury Prevention on line: 2002 acessado em 07 de janeiro de 2004; Disponível em: <http://ip.bmjournals.com>.
 Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Calendário de aconselhamento em segurança on line acessado em 07 de janeiro 2004; Disponível em: www.sprs.com.br/areacientificacalendario2000201.htm.
 Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. a systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries. Injury Prevention on line 2001 acessado em 07 de jan 2004; 7:161-4 (Pt 1) e 2001;7:249-53 (Pt 2). Disponível em: <http://ip.bmjournals.com>.
 Unicef. A league table of child deaths by injury in rich nations. innocenti report card n. 2. Florence: Unicef, 2001.

Endereços eletrônicos na rede de Controle de Injúrias:

- Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente - SBP: www.sbp.com.com.br/show_item2.cfm?
 Harborview Injury Prevention and Research Center: <http://depts.washington.edu/hiprc/>
 Injury Control Resource Information Network: www.injurycontrol.com/icrin/
 Injury Prevention Web: www.injuryprevention.org/
 Insurance Institute for Highway Safety: www.hwysafety.org/default.htm
 National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA): www.nhtsa.dot.gov/
 OMS Department of Injuries and Violence Prevention: www.who.int/violence_injury_prevention/en/
 Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes: www.bullying.com.br/
 Safe Kids Worldwide: www.safekids.org/tier2_rl.cfm?folder_id=440
 SafeUSA: <http://safeusa.org/>
 WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion: www.phs.ki.se/csp/