

P **E** **DIAGNOSTICO**
E TRATAMENTO

D **I** **A**

T **R**

A



SRS

Sociedade de
Pediatria do
Rio Grande
do Sul



**JOSÉ PAULO
FERREIRA**
ORGANIZADOR



P371 Pediatría: diagnóstico e tratamento / organizado por José Paulo Ferreira. – Porto Alegre :
Artmed, 2005.

1. Pediatría – Diagnóstico – Tratamento. I. Ferreira, José Paulo. II. Título.

CDU 616-053.2

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

85-363-0491-x

CONTROLE DE INJÚRIAS FÍSICAS: DICAS PARA O PEDIATRA

DANILO BLANK

A ciência do controle das injúrias físicas tem tido, nas últimas duas décadas, um progresso considerável, tanto no conhecimento dos fatores de risco e mecanismo do trauma quanto no desenvolvimento de programas efetivos de prevenção. Entretanto, a aplicação prática de tais avanços é lenta e inconstante, de modo que a morbimortalidade por causas externas (que inclui os chamados acidentes e as violências) continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A OMS estima que as injúrias físicas representem cerca de 16% da sobrecarga global de doenças, considerando-se os anos perdidos de vida saudável. Além disso, atingem com maior impacto a população jovem, freqüentemente levando à incapacitação permanente. Mais marcantes que os dados de mortalidade são os dados de morbidade: calcula-se que para cada criança que morre ocorrem entre 20 e 50 hospitalizações – um terço das quais resulta em seqüelas permanentes – e até 1.000 atendimentos ambulatoriais.

O modelo atual de controle do trauma se apóia no conceito de que as suas conseqüências podem ser reduzidas por meio da prevenção primária, do atendimento efetivo das emergências e da reabilitação – todos no âmbito de atuação do pediatra. Assim, a antiga expressão “prevenção de acidentes” cai no desuso não só pela conotação errônea que o termo acidente sugere de ocorrência ao acaso, sem previsibilidade, mas também, principalmente, porque hoje em dia é essencial dar atenção a todo o conjunto de intervenções, antes e durante o evento traumático, passando pelo atendimento pré-hospitalar, pelos cuidados no serviço de emergência, no hospital, até a reabilitação. O pediatra

já conta com embasamento científico razoável para aplicar os princípios de controle das injúrias físicas na sua prática clínica diária; mas a sua responsabilidade extrapola a sua ação no ambulatório ou no serviço de emergência e exige também uma atuação na comunidade. No campo da prevenção primária, seu trabalho educativo continua sendo preponderante, juntamente com leis e normas aplicadas de modo efetivo e com o aperfeiçoamento da segurança dos produtos. Porém, a pronta aplicação de medidas de prevenção secundária, visando ao atendimento mais rápido e eficaz das vítimas de trauma, não pode ser deixada de lado. O presente capítulo apresenta algumas dicas práticas para o pediatra nestas duas áreas.

Estratégias educativas que levem as pessoas a modificar o seu estilo de vida, assumindo comportamentos mais voltados para a segurança, costumam ser menos efetivas no controle de injúrias físicas do que as medidas de proteção passiva. Contudo, uma análise criteriosa da literatura recente evidencia um número razoável de estudos controlados que demonstram que o aconselhamento no âmbito do chamado atendimento primário é factível e eficaz na melhora do conhecimento sobre segurança e na mudança do com-

ATENÇÃO ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀

A orientação preventiva no âmbito do atendimento clínico primário não pode jamais ser menosprezada.

portamento para um estilo mais seguro, embora nem sempre leve à redução efetiva dessas injúrias. Assim, autoridades no campo da segurança recomendam enfaticamente que o aconselhamento específico para os riscos próprios de cada faixa etária seja parte integrante dos cuidados de rotina de crianças e adolescentes saudáveis.

No final deste capítulo, é apresentado o calendário de aconselhamento em segurança elaborado pela Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, no seu projeto “Promoção da Segurança no Ambulatório de Pediatria – 2000 – 2001”, que resgata a idéia básica do pediatra como figura central na orientação das famílias. Consiste em um instrumento sistematizado a ser aplicado no âmbito da atividade ambulatorial, com 10 folhetos ilustrados, que podem ser copiados individualmente do site da SPRS (<http://www.sprs.com.br/areacientificacalendario20002001.htm>). A seqüência de recomendações – fragmentada em 10 faixas etárias, a fim de obter o máximo de fixação das mensagens – utiliza frases muito curtas e objetivas. Cada folheto deve ser entregue à família e discutido de modo adequado à medida que a criança for se desenvolvendo.

Programas comunitários de educação para a segurança podem ter resultados altamente positivos, se houver uma combinação de objetivos bem definidos, com foco estreito; população-alvo específica e abordagem multifacetada, com mensagens vindas de várias fontes respeitadas pela comunidade.

Compreender os conceitos de proteção ativa e passiva é básico para um plano preventivo. Estratégias de proteção ativa são as que exigem uma determinada ação sempre que a vítima em potencial esteja em situação de risco (p. ex., afivelar o cinto de segurança ao andar de carro). São intrinsecamente falhas, pois dependem de atitudes socio-culturais e dos níveis de persistência, de comprometimento e de responsabilidade dos indivíduos. Já as estratégias de proteção passiva são as que protegem automaticamente, prescindindo de qualquer ação, conhecimento ou colaboração das pessoas envolvidas (p. ex., medicamentos embalados em recipientes com tampas de segurança). São muito mais efetivas, pois independem dos fatores individuais. Logo, sempre que possível, devem ser tomadas medidas de proteção passiva na prevenção de injúrias físicas. Tais medidas costumam ser implementadas por meio de leis que normatizem as condições de segurança dos produtos ou que obriguem as pessoas a modificarem certos tipos de comportamento (p. ex., obrigatoriedade legal do uso do cinto de

segurança). Por outro lado, a prevenção de muitos tipos de injúrias exige a aplicação de estratégias preventivas que não se enquadram exatamente como ativas ou passivas – são as estratégias mistas de proteção. Por exemplo, as quedas de andares altos podem ser efetivamente prevenidas com a instalação de grades nas janelas; a grade instalada constitui proteção passiva, mas o ato e as despesas de instalação representam medidas ativas.

A adoção de estratégias de proteção passiva tem a sua efetividade máxima quando é feita na comunidade, por ação do governo, legislação ou entidades normatizadoras da própria sociedade, liberando a responsabilidade dos indivíduos e protegendo-os independentemente de suas ações. Infelizmente, equipar a comunidade com medidas de proteção passiva em número condizente com todos os riscos potenciais depende de um considerável amadurecimento social, o que demanda tempo. No nível familiar, muitas estratégias de proteção passiva (p. ex., colocação de grades em janelas, escadas e piscinas, armários para medicamentos chaveados, coberturas de tomadas elétricas, eliminação de objetos passíveis de aspiração, brinquedos inseguros e plantas tóxicas do ambiente) podem ser instaladas dentro de casa, mediante a orientação e o incentivo do pediatra. Quando não existirem formas passivas de proteção para certos riscos (p. ex., não deixar a criança desassistida sobre o trocador, traumatismos durante brincadeiras no recreio), as melhores técnicas disponíveis de educação para a adoção de medidas de proteção ativa precisam ser empregadas.

A supervisão da criança pelos pais ou outros adultos – medida de proteção essencialmente ativa – não tem-se mostrado útil na redução da morbimortalidade por injúrias físicas. Vários estudos demonstram que os adultos tendem a apresentar um comportamento incongruente com seu grau de educação e conhecimento específico sobre normas de segurança infantil, permitindo ou estimulando a criança a assumir responsabilidades para as quais ela não está suficientemente amadurecida (p. ex., usar um andador, atravessar a rua sozinha).

Criança “acidentável” é um mito da cultura leiga, não encontrado em investigações científicas. Prestar atenção em crianças potencialmente “repetidoras de acidentes” ou com “tendência a acidentes” é perda de tempo e desvia o foco central dos cuidados com o ambiente e da instalação de medidas de proteção passiva. Na prática, em termos de estratégia preventiva de injúrias físicas muito pouco pode ser obtido com a busca de características que poderiam colocar certos indivíduos em situações de risco aumentado.

O trânsito mata anualmente cerca de cinco mil crianças e jovens brasileiros entre 1 e 19 anos, o que corresponde a 12% de todas as mortes nessa faixa etária. Ao contrário do que ocorre em países desenvolvidos, cerca de 70% das mortes e injúrias são de pedestres e ciclistas. Peritos em segurança de tráfego estimam que esta epidemia piorará nos

ATENÇÃO ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀

A aplicação do princípio da proteção passiva no âmbito domiciliar precisa ser compreendida pelas famílias.

DICAS

A orientação sobre segurança no trânsito é transcendental.

próximos anos, o que torna mais urgente qualquer medida para atenuá-la.

O pediatra, por ser visto naturalmente na comunidade como uma autoridade em questões de saúde e segurança de crianças e jovens, deve tirar o máximo proveito desse papel para promover a segurança no trânsito. Há boas evidências científicas de que o pediatra pode, por meio do simples aconselhamento das famílias, promover mudanças de comportamento no sentido de uso de cinto e assentos infantis de segurança e capacetes para ciclistas, pelo menos em curto prazo. A efetividade da orientação preventiva na redução de atropelamentos é bem menos consistente, mas, em vista da relevância dos riscos, recomenda-se que seja incorporada à atividade clínica. Todo pediatra deve trabalhar com as famílias a conscientização dos riscos de atropelamento e as habilidades reais da criança nas várias fases do desenvolvimento. Os pais devem ser orientados a não permitir crianças desacompanhadas na rua antes dos 12 anos; a supervisionar o treinamento para atravessar ruas, a partir dos oito anos; e a exibir sempre um comportamento seguro, agindo como modelos. Por outro lado, como os programas de controle do tráfego constituem a melhor promessa na redução dos atropelamentos, é essencial que o pediatra atue no âmbito da comunidade, engajando-se ativamente nas estratégias multissetoriais que visem à segurança do pedestre. Alguns tópicos recomendados de ação: formação de brigadas de estudantes para auxiliar no controle do fluxo de veículos nos locais e horários de entrada e saída das escolas; desvio do tráfego da proximidade de escolas; adoção de vias com mão única e limitação do estacionamento próximo às calçadas; manutenção de calçadas limpas e apropriadas para o uso em toda a sua extensão, preferentemente separadas da rua por cercas; construção de playgrounds afastados ou separados de ruas movimentadas e cercados; menor velocidade dos veículos, por meio de policiamento ostensivo, controladores eletrônicos de velocidade e quebra-molas; controle severo do ato de dirigir sob o efeito de álcool, com aplicação rígida da lei; programas de educação dos motoristas quanto aos riscos dos pedestres.

ATENÇÃO

Os pais e/ou responsáveis precisam ser preparados para primeiros socorros e suporte básico de vida (SBV).

Em relação ao transporte seguro de crianças em automóveis, a Tabela 23.1 apresenta as recomendações de consenso dos especialistas na área, que devem ser dadas repetidamente às famílias, de preferência acompanhadas de algum material impresso. É importante lembrar que a orientação sobre segurança de ocupantes de veículos é responsabilidade do pediatra, pois o Código Brasileiro de Trânsito diz apenas que as crianças com idade inferior a 10 anos devem ser transportadas nos bancos traseiros, e a Resolução Nº 015/98 do CONTRAN adiciona somente a exigência de que usem, individualmente, cinto de segurança ou sistema de retenção equivalente.

Mesmo que as famílias estejam bem orientadas sobre a importância da prevenção, principalmente a passiva, nem todas as injúrias podem ser prevenidas. Isto deve ser discutido claramente pelo pediatra, que também deve auxiliar na preparação para o que fazer em caso de eventos traumáticos. Em primeiro lugar, é muito importante que os pais mantenham ao lado de cada telefone da casa – e preferentemente sob um ímã de geladeira – uma lista atualizada dos seguintes números de telefone: serviço de assistência médica de urgência, pediatra, dentista, centro de informação toxicológica, vizinho. É aconselhável adicionar à lista o endereço e o telefone da própria casa, pois em situações de emergência a memória pode falhar. Um estojo de primeiros socorros deve ser mantido em casa, completo, à mão e com produtos dentro dos prazos de validade.

O treinamento de leigos em procedimentos de SBV deve integrar qualquer programa comunitário de controle de injúrias físicas. Todo pai ou responsável deveria estar apto a praticar manobras essenciais de ressuscitação cardiopulmonar, atendimento à criança asfixiada e manobra de Heimlich. A SBP pode dar orientações sobre cursos nessa área para leigos. É importante lembrar, tanto aos leigos quanto aos médicos, que o chamado “ABC do atendimento ao trauma” (Tabela 23.2) deve ser aplicado em sua ordem estrita, independentemente da natureza da injúria sofrida, seja concussão, fratura, laceração, queimadura ou politraumatismo.

Mais de 90% das crianças hospitalizadas para avaliação de trauma craniano sofreram uma injúria menor, com escore superior a 13 na escala de coma de Glasgow. Radiografias ou tomografias computadorizadas são desnecessárias quando não houver perda de consciência, amnésia, déficits neu-

DICAS

No trauma craniano, é mais importante orientar os responsáveis sobre a maneira apropriada de observar a vítima, sem indicar exames radiográficos ou hospitalização desnecessários para os casos leves e moderados.

TABELA 23.1
RECOMENDAÇÕES PARA O TRANSPORTE SEGURO DE CRIANÇAS EM AUTOMÓVEIS

Estágio 1	Assento de lactente voltado para trás		Da alta da maternidade até um 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 frente		A partir de um ano e 10 kg até pesar 20 a 22 kg, em torno dos cinco anos	
Estágio 3	Dispositivo posicionador do cinto de segurança		A partir dos 20 a 22 kg até alcançar a estatura de 1,47 m	
Estágio 4	Cinto de segurança		Altura mínima de 1,47 m e peso de 36 kg ("12 anos). As costas devem encostar no encosto do assento, joelhos dobrados confortavelmente, pés no chão e o cinto de segurança passando pelo tórax	Recomenda-se viajar no banco traseiro até os 12 anos ou mais

Modificada de American Academy of Pediatrics, 2002, e de Howard, 2002.

rológicos focais ou afundamento do crânio e o escore na escala de Glasgow for superior a 14. Nesses casos, a criança pode ser observada em casa, desde que o transporte de volta ao serviço de urgência seja factível, e os responsáveis recebam orientação por escrito (Tabela 23.3).

Vítimas de trauma craniano com escore de Glasgow entre 12 e 14, perda de consciência transitória (menos de 5

minutos), amnésia, atenção prejudicada, ou com afundamento do crânio devem ser submetidas à avaliação radiológica, preferentemente por TC. Caso a tomografia seja normal, podem ser observadas em casa.

Crianças que tenham tido perda de consciência por mais de 5 minutos, convulsões, déficits neurológicos focais, qualquer anormalidade na tomografia, ainda que com escore de Glasgow entre 12 e 14, devem ser hospitalizadas para observação. Nesses casos, um escore de Glasgow inferior a 12 indica alto potencial de deterioração neurológica, sendo necessária a hospitalização em UTI e avaliação neurocirúrgica.

Procedimentos de auxílio urgente para desobstrução das vias aéreas estão indicados sempre que uma criança que tenha aspirado um corpo estranho não possa emitir sons ou apresente sinais de obstrução completa (cianose e/ou ausência de movimentos respiratórios). Não tentar manobras para asfixia, se a criança estiver tossindo, chorando ou fazendo ruídos.

TABELA 23.2
ABC DO ATENDIMENTO AO TRAUMA

A. Via aérea (Airway)	Avaliar permeabilidade da via aérea, traumatismo maxilofacial, estridor
B. Respiração (Breathing)	Avaliar esforço respiratório, frequência respiratória, ritmo, cianose, nível de consciência
C. Circulação (Circulation)	Avaliar pulso periférico, perfusão da pele, taquicardia, nível de consciência
D. Incapacitação (Disability)	Avaliar nível de consciência (escala de coma de Glasgow)
E. Exposição (Exposure)	Examinar a criança completamente despida, da cabeça aos artelhos, medir temperatura

Adaptada de Garcia, 1997.

DICAS ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀ ◀

Em caso de asfixia, deve ser aplicada a manobra de atendimento adequada para cada faixa etária.

TABELA 23
INSTRUÇÃO DE TRAUM

Instruções uma "batic

Observe at 24 horas. dormir, ac ficar acorc braços e pi das. Sinto dias ou até quer prob

Procure u

- 1| Não p que d
- 2| Vomit
- 3| Tiver
- 4| Tiver
- 5| Apres
- 6| Sangi
- 7| Apres
- 8| Tiver
- 9| Tiver nos t
- 10| Apre vo, e

Adaptada

Lacte em pron mando z nível má e secos e colocar lhe a ca

▲ FIGU Manobi

TABELA 23.3

INSTRUÇÕES PARA OBSERVAÇÃO DE VÍTIMA DE TRAUMA CRANIANO

Instruções aos pais: O que "observar" no seu filho que sofreu uma "batida na cabeça"?

Observe atentamente o comportamento do seu filho nas próximas 24 horas. Fique de olho quando ele estiver acordado. Quando dormir, acorde-o a cada três horas e verifique se ele é capaz de ficar acordado por alguns minutos, pode falar, movimentar os braços e pernas normalmente e dizer o nome das pessoas conhecidas. Sintomas de uma batida na cabeça podem surgir depois de dias ou até meses; mesmo que isso seja raro, se você notar qualquer problema procure um médico.

Procure um médico imediatamente, se a criança:

- 1| Não puder ser despertada ou se mostrar mais sonolenta do que de costume.
- 2| Vomitar mais de duas vezes.
- 3| Tiver dor de cabeça progressiva ou que dure mais de um dia.
- 4| Tiver convulsões.
- 5| Apresentar dor na nuca.
- 6| Sangrar pela orelha ou nariz.
- 7| Apresentar secreção clara pelo nariz.
- 8| Tiver qualquer problema de visão, de audição ou de fala.
- 9| Tiver problema para andar ou apresentar qualquer fraqueza nos braços ou pernas.
- 10| Apresentar qualquer comportamento estranho, choro excessivo, estado de confusão ou tontura.

Adaptada de Goldstein, 1994.

Lactente com menos de um ano deve ser posicionado em pronação, apoiado sobre o antebraço do socorrista. Firmando a cabeça da criança e virando-a para o lado, em um nível mais baixo que seu tórax, aplicar cinco golpes fortes e secos entre as omoplatas, com a base da mão. Em seguida, colocar a mão livre sobre as costas da criança, firmando a cabeça; virar a criança para a posição de supinação,

enquanto se mantém a cabeça segura entre as duas mãos. Virar a cabeça para o lado e aplicar cinco compressões sobre o tórax, na região inferior do esterno. Se não houver respiração, abrir a mandíbula e tentar visualizar o corpo estranho, removendo-o. Ainda não havendo respiração, aplicar ventilação boca-a-boca. Se o tórax não se mover, a obstrução persiste. Repetir toda a seqüência (Figura 23.1).

Criança maior de um ano consciente (em pé ou sentada) deve receber a manobra de Heimlich: posicionar-se por trás da criança, braços sob suas axilas, envolvendo-lhe o tronco; colocar o punho com a região tenar contra o abdome da criança, na linha média, um pouco acima do umbigo, bem abaixo do processo xifóide; agarrar o punho com a outra mão e aplicar cinco compressões rápidas dirigidas para cima. O punho não deve tocar o processo xifóide ou a caixa torácica. Cada compressão deve ser um movimento distinto, com a intenção de remover o corpo estranho. Tentar ventilação boca-a-boca. Se o tórax não se mover, a obstrução persiste. Repetir toda a seqüência. Se a criança perder a consciência, usar os procedimentos para paciente inconsciente.

Criança inconsciente (deitada) deve ser colocada em posição de supinação, com a cabeça voltada para o lado. Ajoelhar-se ao lado da criança ou acavalar-se sobre seus quadris; abrir a via aérea, por meio da hiperextensão do pescoço; colocar a base da palma de uma das mãos no abdome da criança, na linha média, um pouco acima do umbigo, bem abaixo do processo xifóide (a outra mão deve ser colocada sobre o punho); pressionar ambas as mãos sobre o abdome, com um movimento rápido e seco dirigido para cima. Se necessário, repetir cinco golpes na mesma direção, cada um como um movimento distinto. Tentar ventilação boca-a-boca. Se o tórax não se mover, a obstrução persiste. Repetir toda a seqüência (Figura 23.2).

Entorses e distensões certamente constituem o tipo de trauma mais freqüente em crianças, juntamente com as

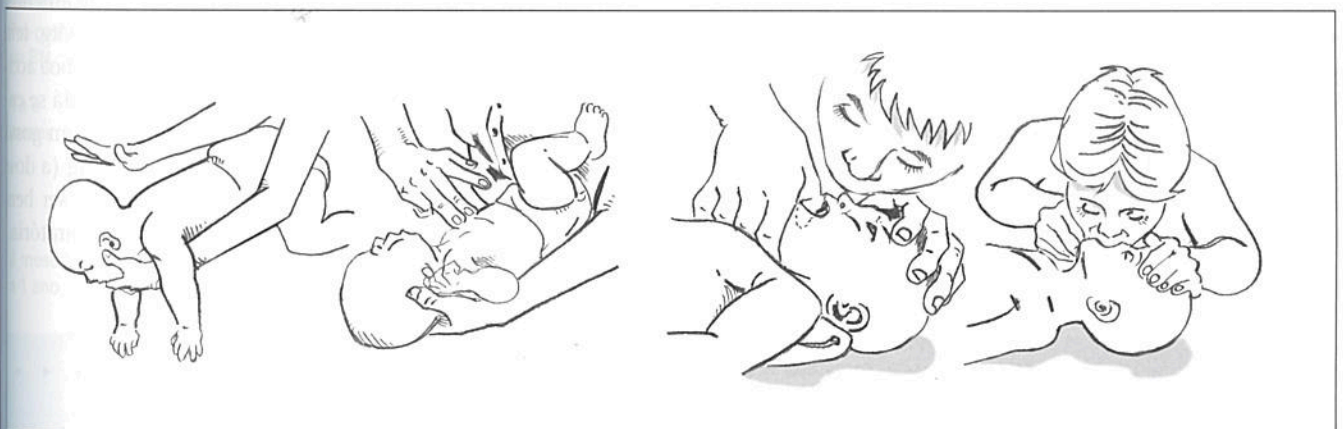
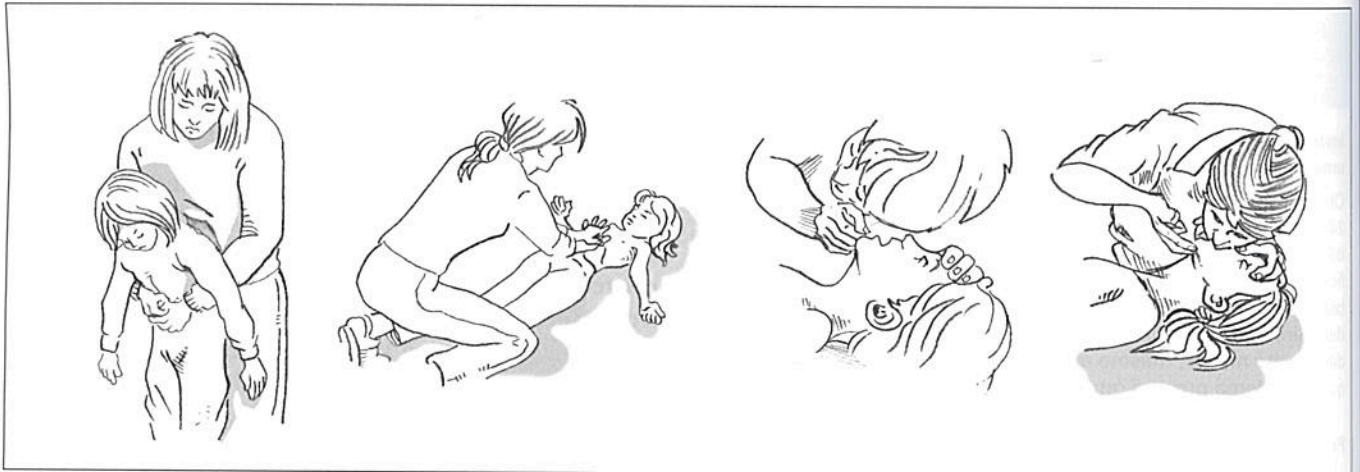


FIGURA 23.1

Manobras para asfixia em menor de um ano.



▲ FIGURA 23.2
Manobras para asfixia em maior de um ano.

DICAS

Em caso de entorse ou distensão de tecidos moles, é importante usar gelo por tempo suficiente e não solicitar radiografias desnecessárias.

lacerações e as contusões. A maioria das entorses e distensões apresentam resolução rápida mediante imobilização moderada. O acrônimo "RICE" ajuda a lembrar repouso, gelo ("ice"), compressão e elevação. Contudo, é importante ressaltar que a aplicação de gelo deve ser imediata e durar pelo menos 20 minutos, sob compressão. Novamente, é bom lembrar que os pais devem ser bem orientados quanto a estes conceitos, pois são os primeiros a atender a vítima da injúria.

Os traumatismos de tornozelo são muito freqüentes em jovens, exigindo procedimentos mais conservadores e menos dispendiosos; não se devem solicitar radiografias desnecessárias. Nestes casos, a aplicação da "regra de Ottawa" é capaz de reduzir em até 16% a necessidade de radiografias de tornozelo, com 100% de sensibilidade para fraturas significativas. Segundo ela, deve-se realizar radiografia do tornozelo apenas se houver dor na região maleolar acompanhada de hipersensibilidade na parte posterior ou ponta de qualquer dos maléolos, ou incapacidade persistente de apoiar

DICAS

Ao tratar lacerações, dar atenção devida à anestesia tópica e a novas abordagens ansiolíticas.

o peso sobre o pé envolvido. Da mesma forma, somente realizar radiografia do pé se houver dor na região média do pé acompanhada de hipersensibilidade na base do quinto metatarsiano ou no navicular, ou incapacidade persistente de apoiar o peso sobre o pé envolvido.

Lacerações pequenas (< 7 cm) em áreas bem vascularizadas, como o couro cabeludo e a face, podem ser reparadas com o uso de anestésicos tópicos. Uma mistura bem estudada contém lidocaína (2-4%), adrenalina (1:1000) e tetracaína (0,5-2%) em gel ou solução, que pode ser instilada nas margens da laceração, além de aplicada sobre o ferimento com um "swab" de algodão por cerca de 15 minutos. Em vista do efeito vasoconstritor, é contra-indicado o seu uso em áreas de circulação arteriolar terminal, como dedos, pênis, nariz e orelhas. A EMLA – uma mistura de lidocaína e prilocaína – é outra alternativa, particularmente efetiva em ferimentos de extremidades, mas exige aplicação entre 60 e 120 minutos antes do procedimento.

A ansiedade da criança frente a procedimentos pode ser amenizada com novas preparações de medicamentos por via oral. Midazolam, na dose de 0,3 a 0,5 mg/kg, tem sido administrado diluído em suco de laranja, com boa aceitação, obtendo-se efeito em cerca de 20 minutos. Já se encontra referência de um "pirulito de fentanil", com gosto de framboesa, nas concentrações de 100 a 400 µg (a dose oral recomendada é 10 a 15 µg/kg), que parece ser bem tolerado, com baixa incidência de depressão respiratória.

ATENÇÃO

A possibilidade de reimplantação de dentes arrancados deve ser sempre avaliada de modo adequado.

DICAS

Em caso de mordida com alto risco de infecção, deve-se administrar antibiótico.

ATENÇÃO

O pediatra precisa sempre ter alto grau de suspeição e reconhecer casos de abuso (injúrias intencionais).

A avulsão de um dente permanente requer imediato encaminhamento para reimplante, preferentemente dentro de 30 minutos, com manipulação cuidadosa do dente em questão. Como em outros casos de trauma, é essencial que a família seja previamente orientada sobre as condutas mais corretas. Recomenda-se pegar o dente pela coroa (jamais tocar nas raízes) e lavá-lo abundantemente com soro fisiológico, removendo materiais estranhos. Irrigar o local da gengiva de onde foi arrancado o dente, removendo coágulos, e inseri-lo de volta com firmeza. Procurar atendimento especializado imediatamente, solicitando à criança que mantenha o dente no lugar, mordendo um pedaço de gaze. Se essas manobras não forem factíveis, manter o dente imerso em soro fisiológico.

Antibiótico profilático deve ser administrado nas seguintes situações: vítima imunodeficiente; mordida humana ou de gato; ferimento profundo de mordida de cão; mordidas extensas ou com tecido devitalizado; mordidas de mais de 12 horas; mordidas envolvendo tendões, articulações ou ossos; mordidas punctórias ou com esmagamento; qualquer ferimento difícil de limpar ou que tenha sido suturado; qualquer mordida na mão, no punho ou no pé. Em vista da associação freqüente entre *Pasteurella multocida* e *Staphylococcus aureus*, os fármacos de preferência têm sido cefalexina e amoxicilina-clavulanato.

Todo pediatra que atende uma criança vítima de injúria física deve estar atento para a possibilidade de abuso. Lembrar-se de que nem sempre os fatores clássicos de alto risco (criança menor de quatro anos, hiperativa ou retardada, prematura; pais muito jovens, deprimidos ou drogados; família com problemas de relacionamento ou econômicos, desemprego) são evidentes.

Suspeitar de abuso sempre que houver um tipo de injúria física inconsistente com a história, pais relutantes em dar informações ou confusos sobre como ocorreu o trauma, criança muito imatura para um determinado tipo de injúria supostamente auto-infligida, atraso em buscar auxílio médico. É importante conhecer sinais indicativos de trauma intencional, tais como hemorragias retinianas, equimoses antigas ou com graus variados de evolução, queimaduras com bordos definidos e distribuição uniforme, marcas específicas (mordida, corda, cinto, cigarro), lesões traumáticas nas costas, queimaduras nas palmas e solas, equimoses bilaterais com marcas de dedos, fraturas ósseas com idades diferentes, fraturas metafisárias.

Trauma craniano não-acidental costuma ter prognóstico pior, até porque pode ser repetitivo em até 20% dos casos. A presença de hematoma subdural na região intra-hemisférica posterior sem história de impacto traumático significativo é patognomônico de maus-tratos graves (ver Capítulo 30).

CALENDÁRIO DE ACONSELHAMENTO EM SEGURANÇA
(Projeto "Promoção da Segurança no Ambulatório de Pediatria" – SPRS – 2001)

IDADE	ACONSELHAMENTO MÍNIMO EM SEGURANÇA
Pré-natal ou RN	Providenciar berço e/ou cercado com grades altas e separação máxima de 6 cm; assento de segurança para automóvel adequado para recém-nascido.
1 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - AUTOMÓVEL: Jamais leve crianças no colo. Utilize assento infantil. - QUEDAS: Proteja o berço e o cercado com grades altas e estreitas. - BANHO: Verifique a temperatura da água (ideal 37°C). Não deixe a criança sozinha na banheira. - QUEIMADURAS: Não tome líquidos quentes com a criança no colo. - BRINQUEDOS: Utilize brinquedos grandes e inquebráveis evitando sufocação.
6 meses a 1 ano	<ul style="list-style-type: none"> - OBJETOS: Não deixe ao alcance de crianças objetos cortantes, pequenos ou pontiagudos. - BRINQUEDOS: Use brinquedos fortes e inquebráveis; evite os brinquedos com partes pequenas, pelo risco de sufocação. - AUTOMÓVEL: Use assento especial para crianças; coloque-a no banco traseiro. - ASFIXIA: Evite cobertores pesados e travesseiros fofos. Afaste fios, cordões e sacos plásticos. - QUEDAS: Proteja escadas e arestas pontiagudas dos móveis. - ELETRICIDADE: Evite fios elétricos soltos e coloque proteção nas tomadas. - PRODUTOS DOMÉSTICOS: Não deixe produtos de limpeza e remédios ao alcance das crianças; tranque-os em armários ou coloque-os em locais de difícil acesso.

IDADE	ACONSELHAMENTO MÍNIMO EM SEGURANÇA
1 a 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> - OBJETOS: Não deixe ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos. - QUEDAS: Coloque proteção nas escadas e janelas. Proteja os cantos dos móveis. - SEGURANÇA EM CASA: Coloque obstáculo na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro. - AUTOMÓVEL: Use assento especial para crianças. Crianças devem ficar no banco traseiro. - PRODUTOS DOMÉSTICOS E MEDICAMENTOS: Tranque produtos de limpeza e remédios em armários e coloque-os em lugares altos.
2 a 4 anos	<ul style="list-style-type: none"> - QUEDAS: Cuidados especiais com bicicletas; não permita pedalar nas ruas. Coloque grades ou redes de proteção nas janelas. Cerque o local onde a criança brinca. - SEGURANÇA EM CASA: Cozinha e banheiro não são lugares para crianças. Use obstáculo na porta da cozinha. - AUTOMÓVEL: Lugar de criança é no banco traseiro. Use assento próprio para criança. - QUEIMADURAS: Não permita a aproximação da criança de fogão, ferro elétrico e aquecedores. - ENVENENAMENTO: Mantenha produtos de limpeza e remédios trancados em armário ou em locais de difícil acesso. - ATROPELAMENTO: Não permita que a criança brinque na rua. Atravesse a rua de mãos dadas.
4 a 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> - SEGURANÇA EM CASA: Cozinha não é lugar de criança; lembre-se de colocar proteção na porta. - QUEIMADURAS: Criança não deve brincar com fogo; evite álcool e fósforo. - QUEDAS: Coloque grades ou redes nas janelas. Não deixe as crianças sozinhas nos parques. - SUPER-HERÓI: Super-herói só na televisão. Coloque proteção nas janelas e escadas. - AFOGAMENTO: Criança não deve nadar sozinha. Ensine-a a nadar. - ATROPELAMENTO: Acompanhe a criança ao atravessar a rua.
6 a 8 anos	<ul style="list-style-type: none"> - ATROPELAMENTO: Ensine hábitos de segurança ao atravessar a rua. Não permita brincadeiras nas ruas. - BICICLETA: Criança deve usar capacete de proteção. Ande, somente, nos parques. - AUTOMÓVEL: Lugar de criança é no banco traseiro e com cinto de segurança. - AFOGAMENTO: Não permita que a criança entre na água sem a supervisão de um adulto. - ARMAS DE FOGO: Armas de fogo não são brinquedos; evite-as dentro de casa.
8 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> - ATROPELAMENTO: Acompanhe as crianças ao atravessarem as ruas. - BICICLETA: Crianças devem utilizar capacete de proteção ao andar de bicicleta. Não ande nas ruas. - AUTOMÓVEL: Crianças somente no banco traseiro com cinto de segurança. - AFOGAMENTO: Não permita a entrada de crianças na água sem supervisão de adultos. - ARMAS DE FOGO: Armas de fogo não são brinquedos; evite-as dentro de casa. - Centro de Informação Toxicológica: Telefone – 0800-780-200 / Internet – http://www.via-rs.com.br/cit/
10 a 12 anos	<ul style="list-style-type: none"> - ATROPELAMENTOS: Atravesse a rua na faixa de segurança. Observe a sinaleira. Olhe para os dois lados antes de atravessar a rua. - AUTOMÓVEL: Use cinto de segurança. Sente no banco traseiro. - BICICLETA: Ande com capacete de proteção. Observe os sinais de trânsito. Não corra ladeira abaixo. Não ande de bicicleta à noite. - ARMAS DE FOGO: Não manuseie armas, pois são perigosas e não são brinquedos. - AFOGAMENTO: Não mergulhe em local desconhecido. Não nade sozinho. Não mergulhe de cabeça. Nade perto da margem. - ACIDENTE ESPORTIVO: Pratique esporte com segurança; utilize equipamentos de proteção.
12 a 15 anos	<ul style="list-style-type: none"> - BICICLETA: Use sempre o capacete de proteção. Não ande à noite. Não ande e não leve ninguém na garupa. - ATROPELAMENTOS: Atravesse a rua na faixa de segurança; olhe para os dois lados antes de atravessar. Pare nos cruzamentos. - AFOGAMENTOS: Não nade sozinho. Não mergulhe de cabeça. Não nade longe da margem. - FOGOS DE ARTIFÍCIO: Evite brincadeiras com foguetes e “bombinhas”, pois são perigosos e você está sujeito a queimaduras. - AUTOMÓVEL: Use sempre o cinto de segurança. Não ande com motorista alcoolizado. - ESPORTES: Use equipamentos de proteção para andar com bicicleta, roller, patins, skate, etc. - DROGAS: Não fale com estranhos. Não aceite comidas ou objetos de estranhos.
15 anos em diante	<ul style="list-style-type: none"> - AUTOMÓVEL: Ande, sempre, com cinto de segurança. Não dirija sem habilitação. - DROGAS: Evite as turmas que usam drogas. Não aceite objetos ou alimentos de estranhos. - ESPORTES: Pratique esportes em locais adequados. Utilize equipamentos de proteção durante a prática esportiva (capacete, joelheira, cotoveleira, luvas, etc.) - AFOGAMENTOS: Não mergulhe em locais desconhecidos. Nade próximo a margem. Não nade sozinho. - ÁLCOOL: Não pegue carona com quem bebeu e está dirigindo. Tomar bebida alcoólica não é legal. - ARMAS DE FOGO: Não use armas; são perigosas e não aumentam sua segurança.

REFERÊNCIAS

- 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.
- American Academy of Pediatrics, TIPP Revision Subcommittee. In: Bass JL, editor. *The Injury Prevention Program: A Guide to Safety Counseling in Office Practice*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 1994.
- Committee on Injury and Poison Prevention. American Academy of Pediatrics. *Injury prevention and control for children and youth*. 3rd ed. Elk Grove Village: AAP; 1997.
- DiGiuseppe C, Roberts I. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. *Future Child* 2000; 10: 53-82. [On-line]. Disponível em: URL: http://www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id=69741. Acesso em: 05 outubro 2003.
- Dowswell T, Towner EML, Simpson G, Jarvis SN. Preventing childhood unintentional injuries: what works? A literature review. *Inj Prev* 1996; 2: 140-9. [On-line].
- Garcia PCR, Carvalho PRA, Bruno E. Trauma pediátrico. In: Piva JP, Carvalho PRA, Garcia PCR, editores. *Terapia intensiva em pediatria*, 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1997. p.306-20.
- Goldstein B, Powers KS. Head trauma in children. *Pediatr Rev* 1994; 15: 213-9.
- Howard AW. Automobile restraints for children: a review for clinicians. *CMAJ* 2002; 167: 769-73.
- Johnston BD, Rivara FP. Injury control: new challenges. *Pediatr Rev* 2003; 24: 111-8.
- National Center for Injury Prevention and Control. *Injury Fact Book 2001-2002*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2001. Disponível em: URL: http://www.cdc.gov/ncipc/fact_book/. Acesso em: 05 outubro 2003.
- Peden M, McGee K, Sharma G. *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva: World Health Organization; 2002. [On-line]. Disponível em: URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/924156220X.pdf>. Acesso em: 05 outubro 2003.
- Preventive Services Task Force. Counseling to Prevent Household and Recreational Injuries. In: US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 643-57.
- Rivara FP. Prevention of injuries to children and adolescents. *Inj Prev* 2002; 8: iv5-iv8. [On-line]. Disponível em: URL: <http://ip.bmjournals.com>. Acesso em: 05 outubro 2003.
- RoSPA. Carrying Children Safely. Disponível em: http://www.childcarseats.org.uk/carrying_safely/carrying_safely.htm
- Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries. *Inj Prev* 2001; 7: 161-4 (Pt 1) e 2001; 7: 249-53 (Pt 2). [On-line]. Disponível em: <http://ip.bmjournals.com>. Acesso em: 05 outubro 2003.

ENDEREÇOS ELETRÔNICOS RECOMENDADOS

- Harborview Injury Prevention and Research Center
<http://depts.washington.edu/hiprc/>
- Injury Control Resource Information Network
<http://www.injurycontrol.com/icrin/>
- OMS Department of Injuries and Violence Prevention
http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/
- Safe Kids Worldwide
http://www.safekids.org/tier2_rl.cfm?folder_id=440
- SafeUSA
<http://safeusa.org/>
- WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion
<http://www.phs.ki.se/csp/Default.htm>